

L'accès à la santé chez la femme migrante à Bruxelles : ségrégation résidentielle et approche intersectionnelle.

Auteur : Dagonnier, Giulia

Promoteur(s) : Lafleur, Jean-Michel

Faculté : Faculté des Sciences Sociales

Diplôme : Master en sociologie, à finalité spécialisée en Immigration Studies

Année académique : 2017-2018

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/5628>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier et à exprimer ma reconnaissance envers toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont soutenue et aiguillée dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie en premier lieu mon promoteur, monsieur Jean-Michel Lafleur, pour ses conseils, sa rigueur, son ouverture et sa disponibilité. C'est lui qui, déjà l'an passé, m'avait dirigé vers une étude intersectionnelle concernant mon pré-mémoire. C'est également Jean-Michel Lafleur qui, entre autres, a permis de créer le master en immigration dont je me réjouis d'en détenir le diplôme.

J'aimerais également remercier Zenia Hellgren, excellente professeure à l'Universitat Pompeu Fabra, d'avoir accepté d'être une des lectrices de ce mémoire. Je remercie au même titre Daniela Vintila, qui a également accepté d'être une des lectrices de ce mémoire.

Je voudrais également remercier Fatima, pour m'avoir permis de réaliser ma première interview avec une femme migrante, sur des sujets aussi sensibles que profonds. Accepter de me livrer un bout de son histoire a été une grande étape dans ma vie humaine. Je veux également remercier Louisa d'avoir accepté de me rencontrer. L'association *De Schutting* mérite d'être soulignée dans ces remerciements puisqu'elle m'a permis de prendre contact avec Fatima mais aussi parce que cette ASBL fait un travail social formidable.

Enfin, je voudrais remercier ces personnes qui m'entourent et m'ont soutenue pendant la réalisation de ce mémoire. Je tiens donc à remercier chaleureusement mes deux merveilleux parents, Erik Dagonnier et Fabienne Verlaine. Sans leur soutien, leur conseils et corrections avisés, leur amour et leur intelligence, rien n'aurait été possible. Je veux également remercier mon Papy pour sa brillante intelligence. Merci à Michèle pour sa troisième relecture et sa rigueur. Enfin, je remercie mes deux fabuleux frères, Paolo et B., mes cousins et cousines, Elisa, Robin, Lola ainsi que mes amis si chers : Marie, Benjamin, Sophie, Célestine, Paola, Sofia, Kristina, Natasha, Karina et Peri.

L'accès à la santé chez la femme migrante à Bruxelles : ségrégation résidentielle et approche intersectionnelle.

Sommaire

INTRODUCTION	3
1 CONTEXTUALISATION ET MÉTHODOLOGIE	4
1.1 Contextualisation – Bruxelles : ville cosmopolite et disparate	4
1.1.1 La « super-diversité » bruxelloise	5
1.1.2 Une polarisation économique et sociale croissante	8
1.1.3 Une diversité polarisée ? La différence entre migrants et expats	9
1.2 Méthodologie	11
1.2.1 Problématisation : le choix et la pertinence de la recherche	11
Bruxelles	11
Schaerbeek	12
Intersectionnalité, ségrégation résidentielle et accès à la santé comme facettes et moteurs d'exclusion sociale	12
Quelles femmes migrantes marocaines ?	13
1.2.2 Cadre méthodologique et hypothèses	14
La recherche de terrain	16
Question de recherche et hypothèses	17
2 SÉGRÉGATION RÉSIDENTIELLE : LE CAS DE BRUXELLES	18
2.1 Ségrégation résidentielle, ethnique, raciale : approche d'un concept	20
2.1.1 La ségrégation résidentielle : une réalité difficilement mesurable	23
2.2.3 La ségrégation résidentielle à Bruxelles	26
Le croissant pauvre de Bruxelles : pauvreté, gentrification, périurbanisation et rôle (relatif) de quartier de transit	26
Ségrégation raciale à Bruxelles : pas d'indicateur, mais une réalité visible	30
Des indices de ségrégation : RIS, ERI et chômage, les chiffres de la précarité dans les quatre communes	34
BIM : l'accès à la santé pour les plus précarisés	35
2.2 Focus sur Schaerbeek	36
Gentrification schaarbeekoise : double ségrégation ?	36
3 SÉGRÉGATION ET CONSÉQUENCES EN TERMES D'ACCÈS À LA SANTÉ	38
3.1 Être un migrant : déterminant social d'inégalités de santé	38
3.2 Les impacts (encore trop flous) de la ségrégation sur l'accès à la santé	41
Facteurs contextuels : ségrégation scolaire et discrimination territoriale	43
Facteurs individuels : discrimination ressentie et barrières culturelles	44
3.3 L'état de santé de l'accès à la santé à Schaerbeek	46
Facteurs contextuels : ségrégation scolaire et manque d'offre de soins	47
Les cartes et Maisons Médicales comme outils ?	48
Facteurs individuels : discrimination et caractéristiques personnelles	50
4 FEMME, MIGRANTE, SÉGRÉGÉE : L'INTERSECTION DE DÉTERMINANTS SOCIAUX D'INÉGALITÉS	52

4.1	L'intersectionnalité comme concept sociologique et socio-économique	52
4.1.1	Les trois marqueurs traditionnels : genre, classe, race	54
	Genre	54
	Classe sociale	55
	Race, ethnicité, nation	55
4.1.2	Concept fourre-tout ou théorie cohérente ?	58
4.2	Le lieu de résidence comme quatrième marqueur social	60
	Genre, race, classe & lieu de résidence dans l'accès à la santé	63
5	CONCLUSION	65
6	BIBLIOGRAPHIE	66
	Articles scientifiques	66
	Rapports et documents officiels	69
	Articles de périodique	70
	Sites internet	70
	Ouvrages	70
	Données quantitatives	71
	Autres	71
7	ANNEXES	71
	Annexes n°1 : Proportion de ressortissants ayant obtenu la nationalité belge selon le nombre de ressortissants nés étrangers, par pays de nationalité à la naissance, au 1er janvier 2016, en Région de Bruxelles-Capitale	71
	Annexe n°1, Graphique n°1 – Les 10 nationalités actuelles étrangères les plus représentées au 1er janvier 2017 en Région de Bruxelles-Capitale	72
	Annexes n°2 – a – : Guide d'entretien – femme marocaine résidente de Schaerbeek	73
	Annexes n°2 – b – : Guide d'entretien – responsable santé communautaire Maison Médicale du Nord à Schaerbeek	75
	Annexe n°3 : carte représentant le croissant pauvre de Bruxelles (en rouge) au moyen de la répartition statistique des revenus médians des déclarations en 2011	78
	Annexes n°4 : répartition de la population par commune (Woluwe Saint-Pierre, Uccle, Schaerbeek et Molenbeek)	78
	Annexes n°5 : les bénéficiaires du droit à l'intégration et à l'aide sociale en Région bruxelloise (2016).	80
	Annexe n°6 : Pourcentage de bénéficiaires d'une intervention majorée par secteur statistique (2015)	81
	Annexe n°7 : Pourcentage de bénéficiaires d'une intervention majorée par secteur statistique (2015)	82
	Annexe n°8 : retranscription de l'interview de Fatima	83
	Annexe n°9 : retranscription de l'interview de Louisa	88

Introduction

Depuis des dizaines d'années, des chercheurs cherchent à comprendre comment la structure spatiale des villes peut se refléter par des différences socio-économiques dans la population. La ségrégation en est l'exemple puisqu'elle touche des disciplines variées comme la sociologie, la géographie, la science politique ou encore l'étude de l'immigration. La structure spatiale urbaine est en effet un facteur clé dans la compréhension d'une ville.

Dans le cadre de cette recherche, nous abordons le cas de la ségrégation résidentielle à Bruxelles et son lien avec l'accès à la santé. L'évaluation de la ségrégation à Bruxelles a déjà été réalisée mais nécessite une actualisation depuis 2012, date à laquelle on replace la dernière étude portant sur le sujet. La dualisation socio-économique de Bruxelles se traduit aussi *et surtout* par la concentration et la surreprésentation spatiale de populations précaires et immigrées, bref, par de la ségrégation résidentielle. La documentation existante concernant la ségrégation est vaste et abondante bien qu'il n'existe pas, par exemple, de consensus autour de l'indice de ségrégation et donc, pas d'indicateur capable de mesurer et d'analyser les niveaux de ségrégation entre les différentes villes. Il est toutefois possible d'évaluer l'ampleur du phénomène de ségrégation via d'autres indicateurs réflecteurs d'une réalité polarisée.

L'intérêt de cette recherche est double. Premièrement, ce mémoire tente de comprendre comment la ségrégation résidentielle peut être vue comme un facteur déterminant dans les disparités d'accès à la santé. La recherche récente et encore pauvre sur le sujet crée donc une lacune dans le domaine, lacune que nous avons voulu combler en prenant l'exemple de Schaerbeek. Les facteurs contextuels et individuels liés à la ségrégation et générateurs de disparités dans l'accès à la santé sont appliqués à la réalité de Schaerbeek, à Bruxelles. L'utilité de la recherche est donc d'aborder la ségrégation résidentielle comme un vecteur d'exclusion sociale, en prenant la dimension de l'accès à la santé.

Le deuxième objectif de ce mémoire est d'analyser la ségrégation comme un marqueur social d'inégalités au sens entendu par l'intersectionnalité. A notre connaissance, cet angle d'approche n'a encore jamais été adopté. L'intérêt est donc de croiser deux champs d'études : intersectionnalité et ségrégation. Le lieu de résidence, quand il admet des hauts niveaux de ségrégation, est déjà un facteur qui a des conséquences sur la vie des individus qui la subissent mais la ségrégation résidentielle n'a pas toujours des impacts négatifs sur la population ségréguée. Les discriminations dépendent de l'interaction de plusieurs facteurs, notamment la race et la classe sociale. L'approche intersectionnelle tente d'analyser les discriminations multiples qui proviennent de l'interaction entre différents marqueurs sociaux qui se conjuguent à une discrimination originelle : celle d'être une femme. Être une femme, migrante, issue de la classe la plus pauvre sont trois facteurs qui interagissent et produisent des

discriminations co-constitutives. A ces trois marqueurs, nous soutenons que l'on peut ajouter celui du lieu de résidence lorsqu'il est spatialement ségrégué.

Notre recherche se divise en quatre sections.

La première section présente la contextualisation de ce mémoire ainsi que sa méthodologie. Nous abordons d'abord le contexte de plus en plus dualisé dans lequel s'inscrit Bruxelles, contexte nécessaire et déjà révélateur d'une polarisation socio-économique et spatiale. Un revenu par habitant très élevé comme celui de Bruxelles peut cacher des grandes disparités en matière économique, sociale ou de santé. L'objectif est donc de comprendre dans quel environnement se développe Bruxelles actuellement. Ensuite, cette section expose les choix méthodologiques et la pertinence des choix dans la recherche.

La deuxième section constitue une tentative de mesure du phénomène de la ségrégation résidentielle à Bruxelles. Pour ce faire, ce chapitre revient sur l'origine de la recherche sur la ségrégation, sur la présentation du concept, les manières de la mesurer pour enfin étudier le cas de Bruxelles. Afin de réaliser cette tâche, cette partie s'est concentrée sur 4 quatre communes – les deux plus riches et deux des plus pauvres – pour analyser plusieurs chiffres révélateurs d'une concentration spatiale de la pauvreté et d'une différente répartition des « migrants » et des « expats » à Bruxelles.

Le troisième chapitre rentre dans le cœur de la problématique et étudie les conséquences de la ségrégation résidentielle sur l'accès à la santé. Cette partie explique d'abord en quoi être un migrant est un déterminant social d'inégalités de santé. Ce chapitre explore ensuite la littérature relative aux liens entre accès à la santé et ségrégation et applique les items relevés à l'analyse de Schaerbeek.

La quatrième et dernière partie de ce mémoire présente l'approche intersectionnelle et l'intérêt de l'envisager comme un facteur déterminant dans la construction de discriminations multiples. Pour mieux comprendre et mieux combattre les inégalités subies par les femmes, nous pensons que dans le cas des femmes migrantes provenant d'une classe sociale plutôt précaire, la ségrégation peut jouer un rôle dans cette production de facteurs de risques cumulatifs.

1 Contextualisation et méthodologie

1.1 Contextualisation – Bruxelles : ville cosmopolite et disparate

En juin 2017, *The Brussels Time* sortait un article sur l'économie de la ville de Bruxelles intitulé « *So rich, yet so poor : How Brussels became a city divided ?* » (Cendrowicz, 2017). Bruxelles est en effet une importante ville européenne et le fait qu'elle en soit la capitale institutionnelle a très

certainement eu un impact sur la ville : elle subit une forte polarisation économique et sociale due notamment à deux importants phénomènes qui se croisent. D'une part, elle accueille la plupart des institutions européennes depuis leur création. Cela a eu un effet économique et social significatif sur la ville : en plus de profiter de sa position stratégique en Europe et de la mobilité facilitée par le droit de circulation des personnes, elle a su tirer profit de l'activité politique et économique internationales à Bruxelles. D'autre part, Bruxelles est aussi une des plus grandes villes du monde en termes de pourcentages de population née à l'étranger : l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) classe Bruxelles à la deuxième place des villes les plus cosmopolites du monde après Dubaï en 2015 (Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), 2016). Bruxelles est donc une grande et riche ville qui, à l'instar de certaines autres villes européennes, subit une croissance économique signifiante.

En revanche, elle connaît également une importante dégradation des indicateurs sociaux. En 2011, plus d'un Bruxellois sur quatre dans la Région vivait avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté (Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), 2011). En 2017, ce nombre augmente davantage puisque la Région de Bruxelles-Capitale compte désormais plus d'un tiers de sa population en-dessous du seuil de pauvreté (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2017). Cette réalité régionale est encore perçue de manière plus forte dans certaines communes. Les indicateurs sociaux des populations les plus défavorisées continuent à se dégrader, facteur susceptible de renforcer la polarisation sociale croissante bruxelloise. L'intérêt est donc d'étudier et de comprendre une des facettes de cette polarisation à travers la question de l'accès à la santé chez les femmes marocaines dans des quartiers à plus forte concentration étrangère. Pour ce faire, il nous faut comprendre et analyser le contexte actuel de Bruxelles, ses caractéristiques, évolutions et réalités.

1.1.1 La « super-diversité » bruxelloise

Comme mentionné précédemment, Bruxelles est une des villes qui comporte le plus de ressortissants non-nationaux dans le monde (Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), 2016). En effet, la Région comporte une forte représentation d'Européens, 23,3% d'étrangers provenant de l'UE (Belgique non incluse) et 12,1% provenant de pays hors UE : la population bruxelloise est donc constituée à plus de 35% d'étrangers, issus de 184 nationalités différentes (IBSA, 2017)¹. Cependant, des remarques préliminaires et générales sont à prendre en compte avant de continuer à explorer la mixité sociale à Bruxelles. Premièrement, comme l'avaient souligné Massey & Capoferro en 2004 déjà, la tendance générale occidentale à imposer des restrictions de plus en plus sévères pour faire face à l'offre et à la demande migratoire a eu comme conséquence la prolifération de migrants

¹ Pourcentages réalisés à partir de la banque de données «de l'IBSA (Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse) sur base du fichier Excel de l'évolution annuelle de la population au premier janvier 2017 (voir Bibliographie).

« *irréguliers*² », un phénomène généralisé à travers les pays dits « *développés* » (Massey & Capoferro, *Measuring Undocumented Migration*, 2004). Leur argument derrière la nécessité de mesurer les migrants illégaux est de réduire le biais général qui existe dans les statistiques démographiques – mais pas seulement. En effet, puisque les migrants dits « illégaux » sont par définition, sans papiers ou résidant de manière illégale sur le territoire, ils ne figurent pas dans les recensements démographiques : ceux-ci ne reflètent donc pas fidèlement la réalité. Bien que l'étude des deux chercheurs préconise et donne des recommandations sur la méthodologie à adopter pour tenter de mesurer les migrants irréguliers, il semblerait que ces mêmes États dits « développés » peinent à ne serait-ce qu'évaluer leur présence sur leur territoire. Dans l'agglomération de Bruxelles, il existe peu de recherches récentes concernant l'évaluation du nombre de migrants irréguliers.

“[This can lead in] (...) creating major problems for demographers seeking to forecast the size and composition of national population and serious headaches for social scientists seeking to study the determinants and processes of immigration and immigrants incorporation” (Massey & Capoferro, *Measuring Undocumented Migration*, 2004, p. 1076)

En effet, dans le cadre de cette recherche ainsi que dans bien d'autres domaines, il serait crucial de détenir les données valides et fiables sur la répartition des nationalités étrangères, en ce compris les migrants « indivisibles » de par leur nature dite « irrégulière ». Dans le cas de ce mémoire, c'est particulièrement la probable sous-représentation du phénomène de ségrégation ethnique qui nous préoccupe.

Avant d'entamer plus en profondeur le sujet de la mixité et de la polarisation sociale à Bruxelles, la seconde remarque préliminaire concerne le fait que les migrants de seconde génération qui ont acquis la nationalité belge ne figurent pas, de manière logique, parmi les « étrangers ». En effet, en son article 11§2, le Code de la Nationalité Belge de 1984 prévoit l'acquisition de la nationalité belge pour les enfants dont les parents étrangers ont une résidence principale en Belgique depuis au moins 10 ans et ce de manière légale, avec un titre de séjour illimité. Or, la Belgique et Bruxelles ont été actives après la deuxième guerre mondiale dans des politiques d'invitation de travailleurs immigrés. Pour répondre aux besoins d'après-guerre, l'État et ses pouvoirs publics pratiquent une politique de recrutement de main-d'œuvre étrangère. A partir de la fin des années quarante, la Belgique conclut alors des accords avec des pays exportateurs de main-d'œuvre, successivement avec l'Italie, l'Espagne, la Grèce, le Maroc, la Turquie, la Tunisie, l'Algérie et l'ex-Yougoslavie (Martiniello & Rea, 2013). Toutefois, les immigrés de seconde génération qui ont la nationalité belge, bien que légitimement qualifiés comme belges, sont absents des statistiques : il n'existe pas d'indicateur statistique sur la deuxième ou troisième nationalité. Or nous voyons à travers les faits d'actualité et la presse que l'opinion publique accorde encore une

² Nous choisissons de choisir l'appellation « migrants irréguliers » bien que ce terme n'a pas de valeur juridique et peut être porteur de jugements de valeur. Cependant, ce terme inclut la réalité des étrangers en situation irrégulière d'une manière généralisée.

relative importance à l'*origine* des individus – et non à la nationalité, bien que l'individu soit belge – lorsque celle-ci est reliée à un fait divers ou à un cas de terrorisme. Ainsi, mesurer la présence des étrangers se heurte à une nouvelle difficulté : la sous-évaluation de discriminations liées à la nationalité d'origine.

En Région de Bruxelles-Capitale, les Marocains constituent la plus grande proportion de ressortissants ayant obtenu la nationalité belge selon le nombre de ressortissants étrangers (voir annexe n°1, Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), 2017). La proportion de Belges dont la première nationalité est étrangère à Bruxelles concerne majoritairement les Marocains, les Turcs et les Congolais (Herma & Vandermotten, 2017). Comme analysé dans de nombreuses études à travers le monde, les immigrés de seconde génération souffrent généralement d'inégalités par rapport aux nationaux traditionnels. Le manque de statistiques, tant au niveau européen qu'au niveau national se conclut par l'évaluation souvent sous-estimée de phénomènes d'exclusion sociale, que ce soit sur le marché de l'emploi, dans la vie sociale ou en matière de santé (Wrench, Roosblad, & Kraal, 2009).

Autrement dit, bien que la Région et la ville de Bruxelles soient déjà très diversifiées en termes de ressortissants étrangers, il semble très probable qu'on sous-estime encore la représentation des étrangers à Bruxelles. Cela est dû notamment à la zone grise qui concerne le nombre de migrants irréguliers ainsi qu'aux immigrés de seconde génération dont la seconde nationalité peut avoir une pertinence significative :

« (...) Dans l'imaginaire collectif, les personnes dénommées ou pensées comme étrangères constituent un groupe bien plus large que les seuls étrangers mesurés par la nationalité (actuelle) » (Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), 2017, p. 1)

Dans la Région, les dix nationalités les plus représentées sont dans l'ordre : les Français, les Roumains, les Marocains, les Italiens, les Espagnols, les Polonais, les Portugais, les Bulgares, les Allemands et les Grecs (voir annexe n°1, graphique n°1). Ces dix nationalités représentent à elles seules 22,4% du total de la population bruxelloise, soit près des 60 % des étrangers – répertoriés – à Bruxelles. Toutefois, de grandes différences existent entre les profils des migrants. En effet, à Bruxelles, il existe diverses formes d'immigration, migration économique et politique s'entrecroisent bien que leur réalité soient bien différentes.

Selon une étude menée par l'UCL³ et l'ULB⁴ en 2015 sur les quartiers défavorisés dans les grandes villes de Belgique, Bruxelles serait la ville belge qui comporte le plus de quartiers défavorisés, selon les critères établis par les auteurs (Grippa, Marissal, May, Wertz, & Van Hamme, 2015). Mais au cours des dernières années, Bruxelles connaît également une croissante gentrification au sein de la ville :

³ Université Catholique de Louvain

⁴ Université Libre de Bruxelles

l'accès au logement pour les ménages à faibles revenus à Bruxelles devient de plus en plus difficile mais ce phénomène commence également à toucher les classes moyennes (Van Criekingen, 2016). Ce phénomène de gentrification, souligne Van Criekingen, est susceptible de créer une ségrégation spatiale entre les différents groupes sociaux, mais aussi carrément le départ de certains vers d'autres villes belges. Nous assistons de plus en plus à une concentration spatiale mais aussi sociale des richesses et des niveaux d'éducation. D'une façon assez évidente :

“This has led to certain neighbourhoods of some municipalities becoming majority non-national resident, especially given the strong concentration of both EU elites and immigrant minorities in particular areas of the city.” (Bousetta, Favell, & Martiniello, 2017, p. 5).

Ainsi, bien que Bruxelles soit une ville orientée vers l'international, dotée d'une population elle-même très internationale, avec un centre artistique de plus en plus important, une activité croissante dans le domaine de la recherche et de l'innovation ainsi qu'une richesse – sur papier – considérable, elle peine toujours à réduire les inégalités entre ses résidents. Bruxelles apparaît en effet de plus en plus polarisée économiquement et socialement parlant.

1.1.2 Une polarisation économique et sociale croissante

Dans la Région de Bruxelles-Capitale en 2016, le PIB (Produit Intérieur Brut) régional par habitant est deux fois plus élevé que celui de la moyenne européenne (Eurostat, 2018). Cependant, ces chiffres ne rendent pas compte de la réalité qui se reflète dans la ville et sa périphérie : la richesse est relative selon qu'on utilise un indicateur ou un autre. Calculer la richesse sur base du PIB donne peu d'indications sur la répartition des revenus entre les différents habitants et ne reflète pas la qualité de vie des populations. Ainsi, pour mesurer l'égalité ou plutôt l'inégalité des revenus et donc des richesses, nous utilisons davantage des indicateurs tels que le taux et le seuil de risque de pauvreté comme mentionné précédemment pour le second. Dans l'Union européenne, la moyenne du taux de risque de pauvreté⁵ était de 23,4% en 2016, ce qui représente une légère baisse de 0,3% par rapport à l'année précédente – 23,7% en 2015 – (Eurostat, 2018). Dans la Région bruxelloise, ce taux s'élève à 30,9% et monte jusqu'à 37,9% lorsqu'on prend en compte l'exclusion sociale, chiffre qui n'a fait qu'augmenter ces dernières années.

Dans le cadre de leur étude sur les quartiers de Bruxelles et les mouvements migratoires au sein de ceux-ci, Grippa et al. incluent quant à eux quatre dimensions de la précarité : les revenus, l'origine

⁵ Le risque de pauvreté est la part de la population qui détient un revenu total d'un ménage, après transferts sociaux – appelé *revenu disponible équivalent* – qui se situe en-dessous du seuil du risque de pauvreté, fixé à 60% de la moyenne nationale. Il se rattache davantage à mesurer et à identifier la portion de la population qui détient les plus bas revenus qu'à mesurer la pauvreté ou la richesse *per se* (Eurostat, 2018). En Belgique, sur base de l'enquête européenne EU-SILC 2016, ce seuil est de 1 115€ par mois pour une personne isolée, de 1 784€ par mois pour un parent seul avec deux enfants et de 2 341€ pour un couple avec deux enfants (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2017).

nationale, la précarité sur le marché du travail et la dépendance des ménages aux transferts sociaux (Grippa, Van Hamme, & Van Crielingen, 2016). Tous ces marqueurs d'inégalité sous-entendent évidemment toute une série d'indicateurs censés mesurer ces différentes dimensions. Dans le cadre de cette recherche, le lieu de résidence peut être analysé comme une dimension ainsi qu'un indicateur d'exclusion – ou d'inclusion – sociale.

Bien sûr, l'intérêt de ce mémoire n'est pas d'explorer tous les indicateurs d'exclusion sociale et de comprendre comment ceux-ci sont créés. La brève explication ci-dessus est pensée comme nécessaire pour comprendre dans quelle mesure l'intersection de certains de ces facteurs peuvent créer une forme d'exclusion chez les migrantes et les répercussions que cela peut avoir en matière d'accès à la santé.

En résumé, la ville et la Région de Bruxelles connaissent un PIB par habitant très haut, bien plus haut que la moyenne européenne mais aussi un taux de risque de pauvreté et d'exclusion sociale également bien plus élevés que la moyenne européenne. Nous voyons donc l'émergence d'une ville riche en apparence, mais très disparate dans la réalité : une importante richesse est produite, mais elle est distribuée de manière inégale. Ainsi, le modèle de croissance économique dans lequel s'inscrit Bruxelles apparaît de plus en plus polarisé et générateur d'inégalités sociales.

1.1.3 Une diversité polarisée ? La différence entre migrants et expats

Puisque Bruxelles est une ville diversifiée mais aussi très polarisée, pourrait-on parler de diversité polarisée ? Les recherches récentes sur la différence entre « migrants » et « expats » peuvent aider à la compréhension de cette expression. La nationalité et le statut socio-économique d'un migrant ont évidemment des impacts sur la perception de la société par rapport à ce dernier. Dans un article publié dans *The Conversation*, Amanda Klekowski von Koppenfels présente les résultats de sa recherche sur cette différence entre les migrants et les expats (What's the difference between a migrant and an expat?, 2016). Elle met en lumière les différentes perceptions de migrants, et donc, leur catégorisation, selon leur origine et leur niveau économique : on appelle plus facilement un « expat » un docteur américain qu'un réparateur de téléphone Pakistanais, qu'on aura plus tendance à dénommer « migrant ». Les expats semblent représenter une sorte d'immigration « positive » alors que les migrants représentent une vision plus traditionnelle et donc « négative » de l'immigration (Gatti, 2009). Toutefois, notons que les expats, surtout lorsqu'ils constituent la classe privilégiée de la société, ne sont pas toujours bien vus par les Bruxellois. Les habitants bruxellois leur attribuent, en partie à raison, la hausse des prix de logements ainsi que la crise immobilière d'une façon plus large (Gatti, 2009). Pourtant, la ville et la Région ont besoin de ces *expats* car ils représentent une source importante de revenus, et la recherche d'Emanuele Gatti prouve que les deux entités – locales et régionales – sont actives dans la communication pour

attirer ce sous-groupe normatif issu de l'immigration (Defining the Expat: the case of high-skilled migrants in Brussels, 2009).

Cette polarisation entre migrants hautement qualifiés venant de pays plutôt « développés » était d'ailleurs assez prévisible. En 2003 déjà, des chercheurs relevaient les probables impacts de la présence de l'Europe et de ses institutions à Bruxelles : économiques, spatiaux, sociaux mais aussi les impacts sur le trafic, l'environnement ainsi que sur la gouvernance locale (Christiaens, 2003). Christiaens prédisait en effet l'accroissement – naturel et nécessaire – des fonctionnaires travaillant pour les institutions européennes : l'élargissement de 2004 qui a fait passer l'organisation supranationale de dix à quinze États membres a forcément enclenché l'augmentation du nombre de travailleurs rattachés à l'UE à Bruxelles. De plus, comme dit précédemment, étant donné sa position centrale en Europe, la capitale européenne est vue comme un centre de pouvoirs symbolique et matériel et donc attractive aux yeux du monde. Un tel centre de pouvoir va surtout attirer des Européens reliés d'une manière ou d'une autre à l'UE (fonctionnaires européens, ONG, universités, centres de recherches, installation d'organisations de lobbying, cabinets de consultance, communication, traduction, recrutement,...) (Gatti, 2009). Ce(t) afflux de migrants économiques hautement qualifiés a de toute évidence eu à son tour, un effet attractif pour d'autres types de migrants.

Le problème, c'est qu'une part significative de l'immigration vers Bruxelles concerne des migrants avec un niveau d'éducation et un statut socio-économique plutôt bas. Il s'ensuit la coexistence de groupes sociaux et économiques tout à fait différents et on constate l'existence normative d'une séparation entre « migrants » et « expats ». Cette division entraîne également une séparation spatiale puisque les villes reflètent en général une construction sociale de l'espace urbain :

“Individuals do not locate themselves in the city randomly, but rather add their own territorialisation mode to the existing social construction of urban space. Low-skilled migrants, especially but not only those from North-Africa, concentrate in specific neighbourhoods. Often, long-established Expats and estate agencies recommend newcomers to avoid these areas (the classical advice one may receive when looking for an apartment in Brussels is on the order of: “do not go there, it is in a North Africa area””) (Gatti, 2009, p. 3).

L'intérêt d'essayer de quantifier ou d'évaluer l'exclusion sociale par la ségrégation spatiale est de réaliser que la pauvreté financière est une sous-catégorie de l'exclusion et que l'exclusion en soi peut être plus large, plus diffuse, avec plusieurs moteurs et fondements différents. Puisque l'exclusion sociale inclut des aspects sociaux, économiques et politiques de la vie, cette approche multidimensionnelle est reliée aux inégalités et à la pauvreté mais n'est pas pour autant réduite à ces deux concepts (Chakravarty & D'Ambrosio, 2006). Ce mémoire tentera d'expliquer en quoi être une femme, migrante et résidentiellement ségréguée forme une intersection de marqueurs sociaux pouvant aboutir à des sources d'inégalités ou d'exclusion sociale. A travers le prisme de la ségrégation, nous interrogerons les conséquences de celles-ci, et plus spécifiquement l'accès à la santé.

1.2 Méthodologie

Dans toute recherche, il est nécessaire de comprendre les choix méthodologiques et d'en interroger la pertinence. C'est là le rôle de cette section. En premier lieu, précisons les raisons derrière nos choix méthodologiques.

1.2.1 Problématisation : le choix et la pertinence de la recherche

Bruxelles

Nous venons de voir que dans une certaine mesure, Bruxelles apparaît cosmopolite, mais surtout très polarisée. Il était impératif de revenir sur la réalité de Bruxelles mais aussi d'aborder des concepts qui recouvrent des réalités nécessaires à la compréhension du sujet traité.

Les raisons du choix de Bruxelles comme entité d'étude sont multiples. Premièrement, ce mémoire désire s'inscrire dans une analyse locale des phénomènes liés à l'immigration. L'importance de l'étude du niveau local et donc de l'impact significatif de la ville en tant que pouvoir jouant dans l'accueil et l'intégration des migrants est grandissante. Le concept de « multi-gouvernance » tel qu'analysé récemment par Hackett (2017) ou Busetta, Favell et Martiniello (2017) montre la complexité de la gestion de l'immigration au niveau local, puisqu'elle interfère avec d'autres niveaux de pouvoirs (régional, national). En 2009, Glick Schiller et Çağlar attirent l'attention sur la nécessité d'étudier les interactions entre villes et migrants (Towards a Comparative Theory of Locality in Migration Studies: Migrant Incorporation and City Scale, 2009). Les auteures appellent à dépasser le « *methodological nationalism* » en prenant pour postulat qu'il est plus approprié d'adopter une approche locale dans l'étude de l'intégration et le développement des migrants. Les migrants, *a fortiori* lorsqu'ils sont en grand nombre, ont en effet un rôle clé sur le positionnement économique, politique, social et culturel d'un État en ce qu'il travaillent, produisent de la richesse, élèvent des familles, créent et reproduisent des normes sociales (Glick Schiller & Çağlar, 2009, p. 189). Il est désormais reconnu que le niveau local joue un rôle majeur dans l'élaboration des politiques d'immigration et que les villes sont désormais capables d'implémenter des politiques locales adaptées aux problèmes, besoins et paramètres de la ville (Hackett, 2017, pp. 351-352).

Deuxièmement, nous avons décidé de nous concentrer sur Bruxelles car, comme dit plus haut, elle est un merveilleux exemple de diversités⁶. Pourtant, parmi toutes les villes belges, elle est également connue comme étant la ville qui a le niveau de ségrégation le plus important (Imeraj, Willaert, & de Valk, 2018).

⁶ Il s'agit bien d'un merveilleux exemple de diversités au pluriel car nous ne nous aventurons pas dans le débat autour de *la* diversité. Ici, il s'agit donc bel et bien d'un ensemble de *diversités*.

Troisièmement, Bruxelles en tant que Région est un ovni politique et institutionnel. Nous ne nous attarderons pas sur le système politique, législatif et institutionnel de la Belgique et de Bruxelles mais il est important de souligner la nature singulière de cette « ville-Région » (Bousetta, Favell, & Martiniello, 2017, p. 3) pour comprendre également le choix d'étudier celle-ci. Les compétences locales, communautaires, régionales et nationales s'entrecroisent à Bruxelles plus que partout ailleurs en Belgique. Etant donné la fragilité institutionnelle et nationale du pays et le « compromis à la belge », Bruxelles, ville bilingue d'un peu plus d'un million d'habitants, compte son propre Parlement et Gouvernement régional ainsi que ses institutions communautaires. Elle dispose donc d'une autonomie politique assez importante, combinée à des budgets plutôt conséquents pour réaliser celle-ci.

Bref, Bruxelles représente un laboratoire unique en termes de diversité et de changement politique (Bousetta, Favell, & Martiniello, 2017). Ainsi, la ville-Région de Bruxelles illustre un cas très intéressant dans l'étude des phénomènes liés à l'immigration au niveau local.

Schaerbeek

Les raisons pour lesquelles nous avons décidé de mettre la focale sur Schaerbeek sont multiples. Tout d'abord, elle répond comme d'autres communes bruxelloise, aux caractéristiques liées à la ségrégation et à la concentration de la pauvreté. Des communes telles que Molenbeek ou Saint-Josse répondent aux mêmes critères. Cependant, Schaerbeek compte des particularités qui nous ont donné envie de l'étudier plus en profondeur. Les attentats de Bruxelles ont placé des communes comme Molenbeek et Schaerbeek sous les projecteurs. Nous avons choisi Schaerbeek pour sa diversité. A Schaerbeek, ancienne commune plutôt ouvrière, un phénomène de gentrification grandissant s'ajoute à une diversité plutôt précaire. Les effets conjugués de la coexistence croissante de deux pans de la population différents méritent une attention. D'autant plus que Schaerbeek compte un tissu associatif et une vie communale très forts, ce qui a conforté notre choix méthodologique. En parlant avec les Schaerbeekois, c'est aussi un quartier dans lesquels les résidents semblent se sentir *bien*. Sa densité de population, sa mixité sociale, son tissu associatif, sa gentrification sont autant de raisons qui ont motivé le choix de Schaerbeek.

Intersectionnalité, ségrégation résidentielle et accès à la santé comme facettes et moteurs d'exclusion sociale

Pour problématiser l'objet de cette recherche, nous avons posé le concept d'exclusion sociale comme étant un concept angulaire à la compréhension de la ségrégation des femmes – et les répercussions en termes d'accès aux soins de santé. Cette recherche a pour but non seulement de comprendre les difficultés d'accès aux soins de santé à Bruxelles comme étant une différence sociale et économique,

mais aussi de mobiliser les concepts d'intersectionnalité et de ségrégation résidentielle comme facteurs qui peuvent avoir une influence sur ces difficultés – ou facilités – d'accès. Puisque l'exclusion sociale n'est pas seulement quantitative et quantifiable, l'intérêt d'une recherche qualitative sur le sujet est d'une importance majeure. Le sujet des discriminations multiples est pertinent tant d'un point de vue sociologique que d'un point de vue politique. D'une part, parce que le concept d'intersectionnalité est encore trop sous-utilisé dans le domaine de la recherche mais aussi et surtout dans l'élaboration des politiques publiques. D'autre part, le concept de ségrégation spatiale, résidentielle, ethnique⁷ est aussi largement sous-estimé en Europe : c'est dû au manque d'études et indicateurs pertinents pour évaluer l'ampleur et les conséquences de ce phénomène sociologique et spatial. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude regroupant ces deux domaines de recherche – intersectionnalité et ségrégation – d'où l'intérêt de combiner ceux-ci.

Ensuite, l'intérêt d'étudier les inégalités en matière d'accès aux soins de santé se réfère à un thème plus large : les inégalités de santé. Elles ne recouvrent pas seulement les inégalités *de santé* mais aussi d'*accès* à celle-ci. Tout comme les autres objets de recherche pris séparément – intersectionnalité et ségrégation résidentielle –, l'approche d'accès à la santé est aussi relative à l'exclusion sociale. La santé d'un individu et donc, l'accès à celle-ci, sont assurément des facteurs jouant un rôle dans l'inclusion sociale d'une personne ou d'un groupe de personne dans une société. Les inégalités de santé constituent un des grands socles du triste panel des inégalités dans le monde : elles sont révélatrices de problèmes sociaux, économiques et politiques. Mais avant tout, la santé est censée être un droit fondamental qui s'avère souvent bafoué : en son article 25, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme prévoit en effet que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires » (Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, 1948). Pourtant, les inégalités de santé continuent de s'accroître et, d'une certaine façon, à se polariser : elles symbolisent un problème de justice sociale mondial incontournable. Elles constituent une ressource d'informations pertinente pour expliquer comment le bien-être et la justice sont répartis de manière inégale à l'échelle mondiale – ou locale –.

Quelles femmes migrantes marocaines ?

Concernant la population étudiée, par femmes migrantes marocaines, nous entendons toute femme marocaine migrante de première ou de seconde génération résidant légalement en Belgique depuis plus de dix ans⁸. La population est large, mais le choix d'inclure les migrantes de première et de seconde génération ainsi que l'intérêt de ne pas spécifier la nature de l'immigration est double.

⁷ Nous reviendrons sur ces concepts dans la section suivante.

⁸ Ainsi, les Belges d'origine marocaine sont également incluses dans la population.

Premièrement, si le champ d'étude est trop restreint, l'intérêt de celle-ci peut l'être aussi. Ici, le cadre de recherche est déjà relativement restreint : nous mélangeons des concepts importants mais complexes – intersectionnalité, ségrégation – dans une population spécifique – les femmes marocaines – dans un domaine particulier – la santé. Ainsi, si nous nous focalisons sur une population encore plus petite, les résultats pourraient être plus spécifiques et donc moins généralisables⁹. Bien que le but ne soit pas de généraliser les résultats, il sera peut-être davantage représentatif d'une plus grande partie de la population et de cette manière plus pertinent pour analyser un des prismes de l'exclusion sociale des femmes¹⁰.

Deuxièmement, l'intérêt de mener des interviews avec des migrantes de première et seconde générations est de pouvoir analyser s'il existe des différences et similarités entre celles-ci. En effet, comme mentionné précédemment, les immigrés et immigrées de seconde génération subissent toujours de façon significative les inégalités de chance qu'ont traversé – et traversent toujours – leurs parents.

1.2.2 Cadre méthodologique et hypothèses

Les raisons des choix de champs d'étude ainsi que leur pertinence par rapport à la recherche en science politique et en sociologie ont déjà été exposées dans le sous-point précédent. Nous allons désormais nous attarder sur le cadre méthodologique *per se*. Sans attendre, précisons que la recherche est de nature qualitative et inductive. Par recherche qualitative, nous entendons le corps de recherche qui s'attèle à répondre aux *pourquoi* et aux *comment* des comportements humains, opinions et expériences qui sont difficilement atteignables via des méthodes quantitatives (Guest, Mitchell, & Namey, 2013). La nature déductive de ce mémoire a été adoptée puisque nous avons d'abord créé les hypothèses et nous les avons ensuite appliquées aux observations et à la recherche d'analyse.

De plus, comme nous le verrons, bien que des indicateurs quantitatifs soient nécessaires à la mesure de la ségrégation résidentielle, l'intersectionnalité est davantage un concept qualitatif tandis que l'accès aux soins de santé n'est pas toujours quantifiable. De cette manière, nous menons une recherche exploratoire qui mêle ancrage théorique et réalité de terrain.

⁹ Conscients du fait que les migrants et les migrantes ainsi que leur profil, trajectoire et vécu sont différents et propre à chacun, nous prenons connaissance des dangers du *groupism*. Ce mémoire ne cherche pas à généraliser la réalité de certaines femmes migrantes à toutes celles-ci, loin de là. Il s'attaque davantage à repérer les discriminations et difficultés qu'un groupe de femmes migrantes et ségréguées peuvent affronter, et cela pour attirer l'attention sur les discriminations multiples que ces femmes peuvent subir. L'intérêt est donc plutôt d'attirer l'attention que de généraliser *des* réalités en *une* réalité.

¹⁰ Les limites, de temps, de moyens et d'expérience sont à prendre en compte dans le cadre de cette recherche qui, bien que pertinente et légitime, admet ses limites scientifiques.

La recherche qualitative menée se base sur des données primaires et secondaires. Les données primaires seront constituées de deux interviews : une avec une femme marocaine résidant à Schaerbeek et une autre avec la responsable santé communautaire de la Maison Médicale du Nord à Schaerbeek. Nous y ajoutons des données d'observation récoltées dans la commune schaerbeekoise. Les données secondaires sont composées majoritairement d'articles issus de revues scientifiques, d'ouvrages, de rapports, documents et statistiques communaux, régionaux et fédéraux ainsi que d'articles de journaux.

Du côté de l'approche intersectionnelle, rappelons d'abord que le débat actuel de l'intersectionnalité est avant tout centré sur des questions qui concernent des catégories pertinentes d'inégalités et de différences de pouvoir (Winker & Degele, 2011, p. 52). Dans le cadre de ce travail, c'est la « complexité intercatégorielle »¹¹ que nous allons adopter pour traiter l'aspect intersectionnalité, on l'appelle également l'approche *catégorique*¹². Cette approche postule l'existence de relations d'inégalités présentes dans des groupes sociaux déjà constitués et place ces relations au centre de l'analyse (McCall, 2005). C'est pourquoi on peut utiliser des catégories qui, bien que non ancrées perpétuellement dans le temps, existent, ont existé et peuvent donc être « catégorisées ». Il s'agit d'interroger les relations sociales entre les différents groupes sociaux, d'analyser comment ils ont changé ou sont en train de changer. L'approche catégorielle interroge les complexités de plusieurs groupes sociaux à travers différentes catégories analytiques, et ne se concentre pas sur un seul groupe social. Comme l'exprime Leslie McCall :

“It is not the intersection of race, class, and gender in a single social group that is of interest but the relationships among the social groups defined by the entire set of groups constituting each category.” (McCall, 2005, p. 1787).

Et lorsqu'on interroge la dimension de la ségrégation, c'est bien l'interaction du groupe majoritaire (les Belges, ici) avec les groupes minoritaires ségrégués. Dans la perspective de ce travail, il s'agit de comprendre les facteurs expliquant la différence d'accès à la santé entre les minorités et la majorité d'une part mais surtout, de mettre en lumière comment les femmes, migrantes et ségréguées peuvent constituer un groupe plus sujet à des discriminations au sein de cette minorité.

D'autant plus que la recherche qualitative serait le meilleur outil pour étudier l'intersectionnalité selon Harris et Bartlow dans le livre « *Handbook of the Sociology of Sexualities* » :

« Qualitative research is widely regarded as the best methodology in which to apply intersectional frameworks in study design, data collection, and analysis. » (DeLamater & Plante, 2015, p. 264).

¹¹ Nous n'avons pas trouvé de traduction en français de ce terme. Le terme initial est *intercategorical approach*.

¹² *Categorical approach*.

La recherche de terrain

L'idée première était de réaliser des interviews avec des femmes migrantes marocaines résidant à Schaerbeek, une commune de Bruxelles à forte concentration étrangère. L'objectif aurait été d'interviewer une quinzaine de femmes marocaines ou d'origine marocaine pour interroger les différentes dimensions abordées dans ce travail : ségrégation, accès à la santé et discriminations¹³. Nous avons d'abord procédé à une démarche directe en nous rendant dans des lieux à forte concentration de population marocaine à Schaerbeek pour aborder directement ces femmes. Cette démarche n'a pas porté de résultat : après avoir demandé à une quarantaine de femmes, l'idée de la démarche directe a été abandonnée. Sans sur-dimensionner cette information, il est toutefois pertinent de relever deux éléments liés à cet échec. Premièrement, une bonne partie des femmes à qui nous avons demandé parlaient très mal le français voire pas. Deuxièmement, ces femmes, naturellement, éprouaient une grande résistance à s'ouvrir sur des sujets aussi sensibles que ceux abordés dans cette recherche. Il est évidemment tout à fait compréhensible que ces femmes, qui abordées dans la rue par une inconnue, ne trouvaient pas l'intérêt à répondre à mes questions. Nous avons tout de même décidé de garder une focale ou une attention particulière aux femmes marocaines à Schaerbeek et à l'immigration marocaine à Bruxelles puisqu'elles représentent une partie significative de la population de la Région bruxelloise.

Nous nous sommes alors tournés vers des associations pour prendre contact avec des migrantes. C'est *De Schutting*, une ASBL bruxelloise qui travaille dans l'accompagnement social et individuel qui a pu nous décrocher un rendez-vous avec Fatima (prénom d'emprunt). Les autres associations contactées (*Arab Women's Solidarity Association*, *Feza*, *Femmes et Santé*, *Golden Rose* pour ne citer qu'elles) n'ont soit pas répondu soit pas trouvé de femmes qui accepteraient de répondre à ces questions soit ont répondu trop tard par rapport à l'agenda de cette recherche. Nous ne touchions toutefois pas ou moins aux immigrés de seconde génération ou aux femmes n'ayant pas besoin d'avoir recours à ces associations et perdions donc une dimension importante.

L'interview réalisée avec Fatima a pu être possible car elle détenait une grande confiance en Chris Pauwels qui a réussi à lui faire accepter de l'interviewer. Son niveau de français très élémentaire n'a pas facilité notre première expérience d'entretiens semi-directifs avec des migrants, mais celle-ci était enrichissante aussi bien humainement qu'intellectuellement. Nous avons également interviewé Louisa (nom d'emprunt)¹⁴. Louisa est responsable santé communautaire à la Maison Médicale du Nord, à Schaerbeek.

¹³ Le guide d'entretien élaboré figure en annexe n°2 a de ce travail.

¹⁴ Le guide d'entretien prévu pour Louisa figure en annexe n°2 b de ce travail.

Notre approche de terrain a donc été modifiée en cours de recherche. Nous nous limiterons donc aux seules interviews, pour autant pertinentes et révélatrices, de Fatima et Louisa. Elles représentent cependant deux témoins clés dans notre recherche. D'un côté, Fatima est une femme, migrante, précaire et vivant dans un milieu ségrégué. De l'autre, Louisa représente une des ASBL – les Maisons Médicales – les plus intéressantes à étudier dans l'accès à la santé des plus précarisés. Elles ont toutes les deux préféré garder l'anonymat bien qu'acceptant d'être enregistrées, nous leur avons donc attribué des noms d'emprunt.

Dans les quartiers, nous avons également beaucoup observé la vie dans les rues de Schaerbeek. L'observation de cette commune nous a permis, entre autres, de nous rendre compte d'une précarité et d'une concentration étrangère très forte mais aussi d'un phénomène de gentrification hautement perceptible. Une observation qui confirme *de visu* les données analysées dans cette recherche.

Étant donné que l'intérêt de ce mémoire était et est surtout de croiser deux champs d'étude majeurs dans la sociologie, un travail important de recherche théorique et pratique a été mené pour pallier les manquements présents sur notre terrain. Nous avons par exemple, créé des données à partir des statistiques officielles de la Région bruxelloise. Nous avons également épluché un nombre important de rapports sur la ville de Bruxelles, tout en les combinant à des articles scientifiques, des documents issus d'ASBL et des articles de journaux.

La naïveté avec laquelle nous nous sommes lancés dans cette démarche directe a dû changer notre approche méthodologique. La première approche d'un terrain aussi complexe et sensible que celui-ci nous semblait certes difficile mais faisable. Force a été de constater que cela a été plus compliqué que prévu. Nous sommes cependant satisfaits des résultats présentés dans cette recherche.

Question de recherche et hypothèses

L'objectif cette recherche est donc d'explorer une des facettes de l'exclusion sociale à travers des femmes, ségréguées et migrantes, via une recherche qualitative de nature inductive. Comme exprimé par Sarah de Laet, il est nécessaire pour le chercheur en sciences sociales de détecter les éléments structurants des classes populaires et des réalités multiples dont celles-ci souffrent ou dont elles ont plus de chances de souffrir (de Laet, 2018). Un des dangers est évidemment de tomber dans les travers du *groupism* c'est-à-dire traiter des catégories scientifiques comme étant des catégories naturelles et de généraliser des résultats ou caractéristiques d'une étude à ces groupes (Zapata-Barrero & Yalaz, 2018, p. 164). Nous ne cherchons pas à généraliser les résultats ni les informations produites et découvertes dans ce mémoire à *toutes* les femmes marocaines, ou pire encore, à *toutes les femmes migrantes*. Cependant, nous cherchons à mettre en lumière les difficultés que peuvent rencontrer *certaines* de ces

femmes ségréguées – qu’elles soient marocaines ou non – afin d’attirer l’attention sur le lieu de résidence et la concentration d’étrangers dans l’espace bruxellois comme étant un moteur d’inégalités sociales en termes d’accès à la santé.

Nous soutenons deux hypothèses dans le cadre de ce travail :

1. Premièrement, que **la ségrégation résidentielle peut être vue comme un facteur déterminant dans les disparités d’accès à la santé, que ce soit en termes d’accès, de qualité ou de bonne utilisation des services publics relatifs à la santé.**

La littérature portant sur la ségrégation résidentielle est abondante mais elle l’est beaucoup moins concernant le lien entre ségrégation et accès à la santé. L’intérêt est donc non seulement de prouver que la ségrégation résidentielle est un facteur déterminant dans les disparités d’accès à la santé mais aussi pourquoi et de tenter de l’appliquer à la commune de Schaerbeek à Bruxelles, Bruxelles qui s’affiche comme de plus en plus dualisée socio-économiquement.

2. Deuxièmement, **la ségrégation résidentielle peut être vue comme un marqueur d’inégalité social tel qu’envisagé par l’intersectionnalité.**

L’intérêt est de combiner deux champs d’étude non-exclusifs mais encore jamais étudiés entre eux : l’intersectionnalité et la ségrégation. Nous cherchons à comprendre dans quelle mesure le lieu de résidence chez les femmes de nationalité ou d’origine étrangère dans un milieu précarisé, participe à un processus d’interférence de discriminations multiples. Nous cherchons à démontrer qu’être une femme, être un migrant et faire partie de la classe économique la plus précarisée sont tous trois des vecteurs d’inégalités, inégalités qui s’accroissent également à travers l’interaction d’un ou plusieurs facteurs. Nous cherchons à démontrer que les inégalités associées au marqueur social « ségrégation » se conjuguent avec les inégalités qui dérivent du fait d’être *respectivement* une femme, migrante, précarisée.

En s’appuyant sur des extraits des deux interviews que nous avons menées, nous cherchons à explorer le phénomène socio-spatial de la ségrégation en étudiant Bruxelles et en nous focalisant sur une commune (Schaerbeek). A travers cet exemple, nous tentons d’appliquer la théorie récente concernant les liens entre ségrégation résidentielle et accès à la santé. Puis, l’intérêt est de prouver que la ségrégation résidentielle pourrait être vue comme un marqueur social d’inégalité s’ajoutant au trio traditionnel de l’approche intersectionnelle : genre, classe et race.

2 Ségrégation résidentielle : le cas de Bruxelles

Nous avons expliqué dans la section précédente notre choix de recherche, les raisons de celui-ci et la méthodologie pour la mener à bien, ainsi que la contextualisation dans laquelle s’inscrit notre

question de recherche. Dans cette section, nous nous concentrerons sur le concept multidimensionnel de ségrégation résidentielle (appelée ségrégation raciale ou ethnique)¹⁵. C'est un concept central de notre recherche, raison pour laquelle nous y consacrons autant de place. Nous repasserons sur les origines de ce champ d'étude, sur l'explication et l'analyse de celui-ci et sur les conséquences générales – positives et négatives – de celle-ci et en finissant sur les effets en termes d'accès à la santé. En parallèle à ces explications théoriques, nous analyserons Bruxelles comme Ville-Région et en mettant la focale sur la commune de Schaerbeek.

Le concept de ségrégation résidentielle, ethnique, raciale, spatiale, genrée ou encore professionnelle sont tous des termes qui recouvrent une réalité : la concentration de groupes ethniques, nationaux ou socio-économiques dans un certain domaine (lieu de résidence, activité professionnelle,...) qui est susceptible de créer des inégalités sociales et économiques (Iceland, 2014). Dans le cadre de ce mémoire, nous nous attèlerons à comprendre, expliquer et analyser la ségrégation résidentielle ou ethnique, entendue comme la concentration des populations mentionnées plus haut dans un quartier spécifique d'une ville ou d'une zone urbaine. Il s'agit donc de comprendre les conséquences de ce phénomène expliqué par Massey & Denton comme étant :

“The degree to which two or more groups live separately from one another, in different parts of the urban environment.” (Massey & Denton, 1988, p. 282).

L'étude de la ségrégation résidentielle a débuté aux États-Unis, le terme en lui-même en français, est d'ailleurs bien moins familier que ce qu'il ne l'est en anglais. Ce concept de « ségrégation ethnique » s'est vu se développer aux USA dans le courant des années quatre-vingt, bien que d'autres recherches – pauvres et moins pertinentes – aient été réalisées avant. A partir des années cinquante-soixante, des chercheurs s'attèlent à tenter de mesurer la ségrégation résidentielle aux USA. Pourtant, le concept de « ségrégation » - qu'il implique la nationalité ou l'origine de l'individu ou non – est un concept et une réalité vieille de plus de quatre mille ans. En effet, en 2000 ACN, la ville de Babylone était décrite comme composée de différents quartiers reflétant des différences économiques et sociales : le centre de la cité était composé de rois, princes, nobles et prêtres, tandis que les quartiers en dehors de la ville étaient davantage accessibles à tous, résultant en une séparation spatiale et économique de différents groupes (Van Kempen & Özüekren, 1998). Cette réalité spatiale, économique et sociale s'est perpétuée à travers l'histoire : de l'Antiquité à nos jours, il y a toujours eu une concentration des plus aisés, ainsi qu'une concentration des plus pauvres contribuant à creuser le fossé entre ces deux derniers.

¹⁵ De prime abord, nous avons choisi de parler de ségrégation « ethnique » plutôt que résidentielle. Le problème étant avec cette appellation de se heurter à des critiques, pertinentes pour certaines, sur l'ethnie et les sous-entendus qu'elle peut accompagner. Pour éviter ce risque, nous parlerons dans les titres de ségrégation résidentielle, mais nous utiliserons à tour de rôle, les appellations « ségrégation ethnique » ou « raciale » pour dénommer le même phénomène dans le corps du texte. Cependant, soulignons que la qualification que nous utilisons ne sous-entend d'aucune manière, une forme de racisme ou de vision « ethnique » de la population étudiée ou mentionnée.

NB : lorsque mentionnée seule, la ségrégation ne **fait jamais référence** aux pratiques de ségrégation entre noirs et blancs aux États-Unis, mais se réfère toujours à la **ségrégation spatiale** des individus.

Pourtant, les études concernant la ségrégation résidentielle ne sont pas si vieilles. Elles remontent au début du siècle pour les premières et se sont renforcées avec l'apport incontestable de l'École de Chicago. En termes d'apport sociologique, l'École de Chicago a en effet eu un impact énorme sur l'étude urbaine, ethnographique et sur la compréhension des relations de pouvoir dans les villes. D'ailleurs, cette école de pensée dont les « golden years » se situent dans les années vingt a forcément eu une influence sur l'étude qualitative et quantitative de la ségrégation résidentielle/ethnique. Il n'est pas étonnant de d'abord voir émerger ce courant d'étude principalement aux États-Unis : l'histoire américaine en termes d'immigration et d'émigration est riche et constitue un archétype au sens platonicien du terme. Le pays s'est en effet constitué grâce à l'immigration et est toujours considéré comme l'un des pays les plus attractifs pour les migrants, hautement qualifiés ou non.

Ainsi, la recherche américaine a ouvert la voie de la recherche concernant la ségrégation ethnique, tout du moins en Occident¹⁶. Partie des USA, l'étude sur la ségrégation résidentielle/ethnique/raciale a stimulé la recherche européenne et nord-américaine sur un phénomène généralisé. Comme mentionné précédemment, la concentration de groupes socio-économiques ou nationaux a toujours existé. L'intérêt de comprendre et analyser la ségrégation au sein d'un espace est essentiel dans la compréhension de ce même espace, la ségrégation étant un phénomène ayant d'importantes répercussions socio-économiques. Dans le cas des États-Unis, à l'heure actuelle, la ségrégation ethnique est toujours une réalité impétueuse qui a très certainement toujours des impacts sur la façon dont les blancs américains ainsi que leurs autorités (défense et justice) voient et jugent les noirs aux USA. La concentration d'un groupe socio-économique ou national a des conséquences énormes sur la vie de celui-ci. Pourtant en Europe, les études concernant la ségrégation résidentielle sont moins importantes qu'aux États-Unis. Les États-Unis constituent bel et bien un exemple plus marquant et plus visible de la ségrégation résidentielle, puisqu'essentiellement basée sur la couleur de peau et non la nationalité. Cependant, il existe et persiste en Europe, des enclaves nationales ou socio-économiques qui méritent d'être étudiées et analysées (Imeraj, Willaert, & de Valk, 2018).

2.1 Ségrégation résidentielle, ethnique, raciale : approche d'un concept

Comme mentionné en introduction de cette section, la ségrégation résidentielle/ethnique/raciale est un concept davantage anglo-saxon que francophone. Dans le domaine de la recherche francophone, on parle plus souvent de « concentration d'étrangers ». Pourtant, nous estimons que le terme « ségrégation », bien qu'il puisse être porteur de jugements normatifs, est le plus approprié pour traiter notre question, surtout parce qu'il est justement assez univoque.

¹⁶ Sans faire preuve d'ethnocentrisme, mais parce qu'également notre pouvoir de recherche ainsi que notre connaissance des langues sont limités, nous ne nous sommes pas renseignés sur la présence d'études similaires en Afrique, Océanie et Asie.

C'est donc un processus lié à la concentration ou la surreprésentation d'un ou de groupes nationaux ou socio-économiques dans un espace délimité (Musterd, 2005) qui peut porter atteinte à la cohésion sociale d'une société puisque pouvant conduire à une exclusion sociale et une marginalisation économique de ces groupes ségrégués (Iceland, 2014). Ce concept sous-entend ainsi une idée de regroupement spatial, volontaire ou involontaire – ou même les deux – d'une nationalité, d'une communauté religieuse, d'un groupe socio-économique ou d'une couleur de peau particulière ayant des conséquences économiques, sociales et culturelles. La notion implique donc souvent la présence d'immigrants, de première ou de seconde génération, voire de troisième génération. De cette manière, la ségrégation résidentielle – et ici pas *ethnique* ou *raciale* – peut aussi être vue en termes de regroupement des *expats* si l'on fait référence à la différence entre *migrants* et *expats* mentionnée dans la première partie. La ségrégation est communément liée à l'exclusion sociale mais l'exclusion sociale ne doit pas seulement être vue du point de vue de ceux qui en souffrent mais aussi comme du point de vue de ceux qui la produisent ou qui contribuent à la renforcer. Dans le cadre de ce travail, et puisque la population choisie est déjà discriminée – des femmes marocaines dans des espaces ségrégués à Bruxelles –, nous analyserons davantage l'exclusion sociale produite et vécue par la ségrégation d'un groupe déjà marginalisé.

En effet, être un migrant, que ce soit de première ou de seconde génération est déjà un déterminant social générateur d'inégalités et de discrimination en termes d'emploi, d'éducation, de santé et, d'une façon générale, d'inégalités des chances et des opportunités (Wrench, Roosblad, & Kraal, 2009). Et bien que la ségrégation ethnique soit liée au statut socio-économique d'un groupe, celle-ci ne peut pourtant pas être réduite à cette seule dimension : des causes et conséquences culturelles, sociales et historiques doivent également être prises en considération (Musterd, 2005). C'est pourquoi la ségrégation ethnique renvoie, dans le domaine plus familier, à des termes comme « ghettos », « enclaves ethniques¹⁷ », « banlieue », « cité »,... etc. Ces termes renvoient à un jugement de réalité c'est-à-dire un jugement portant sur ce qui *est* et sous-entendent également une réalité acceptée et perceptible et donc ressentie par la société dans laquelle s'inscrit cette ségrégation. Et si ces termes comportent souvent une dimension péjorative, c'est parce que la réalité vécue par ces groupes ségrégués est fréquemment associée à une exclusion, une inégalité et une violence, sociales et économiques. Les conséquences sociales et culturelles de la ségrégation peuvent engendrer du racisme, de la xénophobie qui, à leur tour, peuvent avoir des conséquences néfastes sur le bien-être, l'épanouissement et l'intégration des migrants ségrégués (Phillips, 2010). De même, des niveaux de ségrégation élevés peuvent créer des difficultés en

¹⁷ Ce terme est davantage lié à la littérature anglo-saxonne qu'à la francophone. Mais le terme d'enclave est cependant intéressant à mentionner puisqu'une enclave se définit comme un territoire géographiquement situé à l'intérieur d'un autre.

termes de participation de ces groupes dans la société puisque le lieu de résidence a un impact important sur les opportunités des individus (Stillwell, Norman, Thomas, & Surridge, 2010).

Mais la ségrégation ethnique n'a pas que des effets négatifs : en effet, elle peut être envisagée comme positive en termes de capital social lorsque les migrants créent ou rejoignent des réseaux dans une société d'accueil. Ces réseaux peuvent être une source d'aide puisqu'ils peuvent favoriser l'accès à l'emploi – formel ou informel – tout en fournissant un réseau social, parfois et souvent proche de leur origine (en termes de culture, de nationalité, de religion, de nourriture,...). Inversement, cela peut également mener à une difficulté accrue de trouver un emploi, pour les raisons que nous venons de mentionner : le danger de se regrouper avec une communauté déjà ségréguée est la difficulté pour le migrant, de trouver un travail ou de sortir de ce regroupement avec cette communauté qui peut aboutir à une ségrégation professionnelle¹⁸ (Bernardi, Garrido, & Miyar, 2011). Puisque nous savons que le fait d'être un migrant est déjà un vecteur d'inégalités, les migrants vivant dans des lieux fortement ségrégués dans des zones plus précarisées peuvent donc subir des inégalités qui se chevauchent, et donc, augmenter le niveau d'exclusion sociale (Quillian, 2012). Cependant, des chercheurs défendent l'idée selon laquelle il n'y a pas de relation directe entre pauvreté et ségrégation, donnant lieu à un débat académique qu'il serait intéressant de creuser (Tammaru, 2017, Krupka, 2007). Nous investiguerons cette piste avec l'apport des interviews.

La ségrégation, comme concept et réalité multidimensionnels, peut aussi mener à d'autres types de ségrégation. Nous avons déjà mentionné dans le paragraphe précédent, la ségrégation professionnelle. L'intérêt d'utiliser l'intersectionnalité, comme désignant l'intersection de plusieurs marqueurs sociaux (genre, nationalité, classe sociale) comme source d'inégalités pour les femmes peut nous aider à comprendre comment ces inégalités peuvent s'additionner à celles produites par la ségrégation (Wrench, Roosblad, & Kraal, 2009). Il n'est pas inconcevable d'émettre l'hypothèse selon laquelle une femme migrante résidant dans un quartier ou un espace ségrégué et précaire puisse aussi se retrouver dans une situation de ségrégation professionnelle dans des domaines précaires eux aussi, où les femmes migrantes sont surreprésentées comme dans le secteur du travail domestique par exemple. Ainsi, la ségrégation résidentielle comme producteur d'inégalités sociales et économiques peut aussi mener à d'autres formes de ségrégation : professionnelle, genrée, scolaire...

Néanmoins, la difficulté de s'attaquer à un concept aussi complexe est que celui-ci ne produit pas toujours les mêmes impacts sociaux et économiques. Différentes nationalités coexistent à travers le monde, mais la mesure dans laquelle les nationaux acceptent les ressortissants de pays tiers dépend fortement du pays duquel ils sont ressortissants. Comme explicité plus haut, la ségrégation ethnique

¹⁸ La ségrégation professionnelle est la surreprésentation d'un groupe socio-économique, national au sein d'une profession.

pourrait aussi être envisagée comme l'agrégation des expats, plutôt vus comme des migrants aisés et hautement qualifiés. Cependant, la ségrégation ethnique n'est pas le domaine de prédilection des politiques publiques, même en temps de « crise migratoire ». C'est pourquoi à l'heure actuelle, il n'existe malheureusement pas encore d'indicateurs ou d'index officiels permettant de mesurer la ségrégation dans les données produites par les organisations internationales ou supranationales (World Bank, ONU, Union Européenne,...).

2.1.1 La ségrégation résidentielle : une réalité difficilement mesurable

Plusieurs indicateurs ont été créés pour mesurer la ségrégation. Pourtant, le domaine de recherche que constitue la ségrégation a été et est toujours dans un état de confusion théorique et méthodologique. Ce concept recouvrant des réalités multiples et plurielles est en effet difficile à évaluer dans les faits, que ce soit le niveau même de ségrégation ou que ce soit l'évaluation de ses conséquences et de leur ampleur. Massey & Denton, à propos de la ségrégation résidentielle affirment :

« There is little agreement about which measure is best to use and under what circumstances » (Massey & Denton, 1988, p. 282).

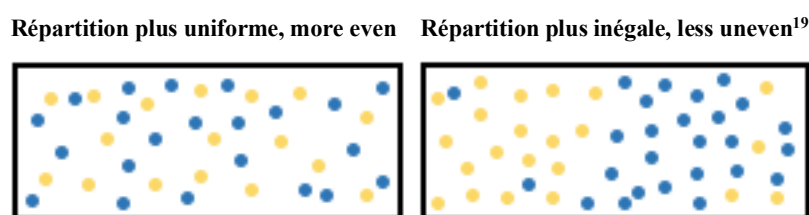
Le premier index visant à mesurer la ségrégation, encore largement utilisé bien qu'aussi contesté et repensé par et dans le monde académique : l'index de dissimilarité de Duncan (Duncan & Duncan, 1955). Il demeure toujours à l'heure actuelle, l'indice de répartition spatiale le plus populaire et le plus répandu dans la littérature (Massey & Denton, 1988 ; Allen, Burgess, Davidson, & Windmeijer, 2015). Celui-ci peut aider à comprendre le degré auquel un groupe – ethnique, étranger, socio-économique – est concentré dans un espace urbain : il compare la répartition spatiale d'au moins deux groupes différents (Apparicio, Apparicio, Martori, Pearson, & Fournier, 2014). C'est une manière d'évaluer à quel point un groupe est plus ou moins réparti uniformément dans une zone donnée.

Cependant, Duncan & Duncan sont conscients du fait que créer un index c'est aussi se heurter à des limites, et choisir des critères mathématiques et méthodologiques peut créer des résultats biaisés :

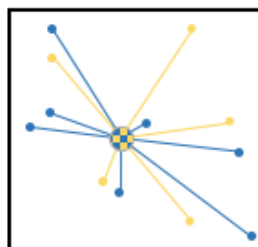
“It has been insufficiently emphasized that the empirical results obtained with an index may be strongly affected by its mathematical properties” (Duncan & Duncan, 1955, p. 215)

Ainsi, les pionniers dans le domaine de la mesure de la ségrégation sont conscients du fait que premièrement, les indicateurs sont toujours construits et que donc, deuxièmement, ils peuvent refléter une vision biaisée de la réalité. Attribuer des biais dans la recherche pour cause de choix et représentations personnelles est monnaie courante concernant les études qualitatives, mais il est plus rare de remettre en question des recherches quantitatives qui apparaissent souvent comme une vérité scientifique peu contestée. Il est dès lors intéressant, en tant que chercheur qualitatif, de souligner cette vérité : derrière les nombres qui semblent refléter une réalité incontestable se trouvent également des biais de nature personnelle qu'ils soient volontaires ou involontaires.

Massey & Denton quant à eux, tentent de regrouper plusieurs indicateurs en une théorie unique, qui, à son tour, va avoir une influence majeure sur la mesure de la ségrégation résidentielle (The Dimensions of Residential Segregation, 1988). Ils présentent cinq dimensions de la ségrégation, cinq manières par lesquelles la ségrégation peut se manifester, les cinq n'étant pas hétérogènes : une zone pourrait présenter les différentes façons d'envisager la ségrégation. **L'*evenness*, l'uniformité** représente la sous ou surreprésentation d'une catégorie de la population dans une superficie : il est relatif à la distribution différenciée de deux groupes sociaux à travers différentes unités territoriales. C'est donc la mesure relative à l'index de dissimilarité présenté ci-dessus.



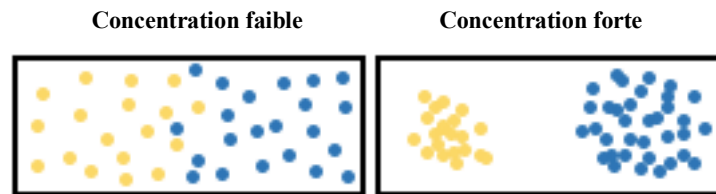
Le degré d'***exposure*, d'exposition** est le degré d'interaction, de contact potentiel entre un groupe minoritaire et la majorité. Les indices d'exposition mesurent la mesure dans laquelle les membres d'une minorité sociale se confrontent physiquement avec ceux de la majorité en partageant une même place de résidence (Massey & Denton, 1988, p. 287). Cette mesure est empiriquement corrélée au concept d'*evenness* sauf que ce dernier est lié à la taille du groupe tandis que le degré d'exposition ne l'est pas. Il est davantage associé à l'*expérience* de la ségrégation comme ressentie par les membres soit de la communauté minoritaire soit de la communauté majoritaire. Comme l'expliquent les auteurs, une minorité peut être répartie de manière égale dans une zone, mais sans pour autant interagir, être exposée à la vie sociale de la majorité. Massey & Denton donnent, comme dans chaque mesure, une formule statistique et donc un indice pour mesurer cette exposition, mais certaines critiques ont estimé que ce champ d'étude était davantage relié à l'étude qualitative que quantitative (Allen, Burgess, Davidson, & Windmeijer, 2015). Cette mesure pourrait être représentée par la figure suivante où le point central représente un point d'interrogation, ce qu'il faut évaluer et analyser, le degré d'exposition :



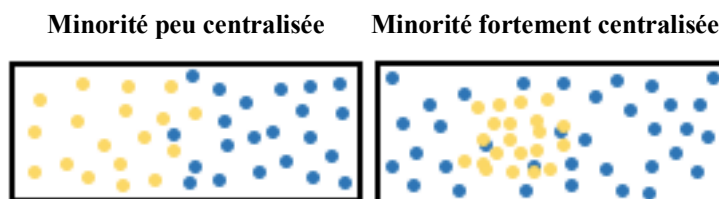
La **concentration**, comme son appellation l'indique, se réfère à l'espace relativement restreint occupé par une minorité dans un espace donné. Si le groupe minoritaire occupe une très petite partie de cet espace, alors nous dirons qu'il est résidentiellement concentré. Traditionnellement, les minorités

¹⁹ Les figures illustrées dans cette partie sont réalisées par nos soins.

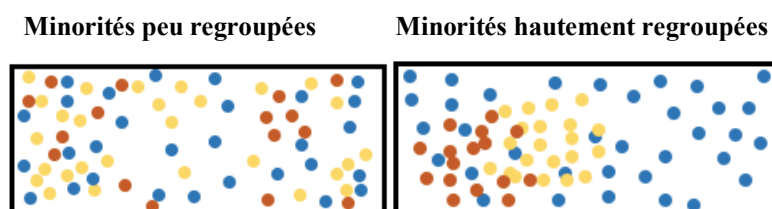
tendent à se regrouper dans certains quartiers, certaines zones. Massey & Denton expliquent que deux villes peuvent avoir le même degré d'uniformité résidentielle mais que dans une des deux villes, les zones consacrées aux minorités peuvent être moins nombreuses et plus petites, résultant en une concentration plus forte que dans l'autre ville où ces zones sont plus nombreuses et plus grandes (The Dimensions of Residential Segregation, 1988, p. 289).



La quatrième mesure de la ségrégation présentée par les deux auteurs est la **centralisation**. Celle-ci est liée à la concentration mais en est conceptuellement distincte. En effet, les groupes qui sont spatialement concentrés tendent également à être centralisés, mais ce n'est pas toujours le cas : les minorités peuvent aussi se retrouver en périphérie ou dans des banlieues excentrées, phénomène que Massey & Denton anticipent dans leur article. C'est par exemple le cas de Bruxelles, où la gentrification mène à une relocalisation d'une partie de la classe populaire vers la périphérie de Bruxelles (de Laet, 2018). La centralisation est plus parlante grâce à ces figures :



Enfin, la cinquième et dernière dimension de la ségrégation théorisée par Massey & Denton est le degré de **regroupement** (*clustering*) c'est-à-dire la mesure dans laquelle les minorités tendent à se regrouper les unes avec les autres dans l'espace. Lorsque le degré de regroupement est élevé, il indique que les minorités sont accolées et qu'elles sont donc proches les unes des autres, résultant en une « *ethnic enclave* ». Contrairement aux autres dimensions de la ségrégation qui relèvent la relation spatiale entre minorité(s) et la majorité, celle-ci ne concerne que les minorités, et leur niveau relatif de regroupement, de proximité.



Bien que ces mesures de ségrégation résidentielle soient présentées statistiquement par les auteurs, il nous a semblé opportun et pertinent de présenter les résultats de leur étude, même sans les explications statistiques.

Premièrement, ces différentes mesures nous aident à comprendre et à différencier un phénomène multidimensionnel qui, comme nous l'avons mentionné, recouvre plusieurs réalités. En effet, la ségrégation résidentielle ne se manifeste pas de la même façon partout, elle est propre à chaque ville, chaque zone étudiée. Cependant, des similarités peuvent être trouvées, comme le prouvent les travaux de recherche de Duncan & Duncan et de Massey & Denton ce qui permet de dégager des théories utilisables pour analyser ces différences, et dégager des conclusions.

Deuxièmement, l'intérêt de représenter les résultats de l'analyse des deux auteurs par des figures nous a semblé intéressant afin d'aider le lecteur à conceptualiser les différents modèles de ségrégation, mais aussi à voir que ces dimensions ne sont pas hétérogènes. Une zone donnée pourrait en effet être à la fois très peu uniforme, comportant un degré relativement bas d'interaction entre minorité(s) et majorité, tout en étant concentrée et centralisée et en présentant un regroupement de plusieurs minorités.

Troisièmement, bien que des formules et indicateurs soient créés pour chaque type de ségrégation, l'intérêt sociologique et social de comprendre ces concepts est tout aussi important que de les mesurer. Enfin, si des données étaient disponibles sur Bruxelles concernant ces indicateurs, nous nous serions probablement attardés sur leur analyse. Malheureusement, de tels indicateurs n'existent pas.

Ainsi nous avons montré à travers ces deux études (Duncan & Duncan, 1955 ; Massey & Denton, 1988) à quel point le monde de la recherche s'est attelé à tenter de mesurer l'ampleur d'un concept ayant des répercussions déterminantes pour la vie des individus. Cependant, nous avons aussi pu remarquer la difficulté de mesurer un phénomène spatial et socio-économique complexe, qui ne finit pas de faire l'objet de débats académiques.

2.2.3 La ségrégation résidentielle à Bruxelles

Pendant longtemps, le rôle du lieu de résidence sur l'impact de la vie d'un individu a cependant largement été sous-estimé. Pourtant, la recherche qualitative et quantitative montrent qu'il existe une importance bien plus grande du lieu de résidence sur la vie des individus que ce qui n'a été prouvé scientifiquement (Andersson & Malmberg, 2015). Ainsi, la pertinence d'un sujet tel que nous le traitons est d'une importance capitale pour comprendre l'exclusion sociale à travers le prisme de la ségrégation résidentielle.

Le croissant pauvre de Bruxelles : pauvreté, gentrification, périurbanisation et rôle (relatif) de quartier de transit

La diversité grandissante qui s'installe à Bruxelles implique évidemment la coexistence de migrants et de nationaux dans la ville, ce qui a forcément donné lieu à des phénomènes de ségrégation tels qu'expliqués précédemment. On observe à Bruxelles une forte opposition entre quartiers centraux et quartiers de la périphérie : dans les premiers, c'est davantage une population pauvre et composée de minorités ethniques tandis que la périphérie est plutôt composée d'une population aisée et éduquée (Lord, Cassiers, & Gerber, 2014). Cette opposition centre-périphérie s'explique entre autres, par les désirs de propriété et de maison unifamiliale d'une classe bourgeoise de la population qui s'installe dès lors en périphérie pour pouvoir remplir leurs ambitions socio-économiques tandis que le centre en revanche, suppose plutôt de résider dans un appartement (Grippa, Marissal, May, Wertz, & Van Hamme, 2015). De plus, les anciens logements ouvriers destinés aux Belges dans le centre de Bruxelles ont progressivement été délaissés par ceux-ci et ont donc été remplacés par une main d'œuvre étrangère peu qualifiée à partir des années soixante, septante. Ainsi, pour reprendre les différentes dimensions de la ségrégation imaginées par Massey & Denton (1988), il semblerait que Bruxelles se caractérise par une forte centralisation des minorités ethniques.

La ségrégation à Bruxelles s'est progressivement renforcée via deux faits importants. Dans un premier temps, c'est la migration de travail et les politiques belges de demandes de main d'œuvre étrangères qui ont participé à cette répartition spatiale des étrangers. Les travailleurs immigrés se sont donc installés dans les zones centrales et industrielles de Bruxelles en raison de la proximité géographique entre leur lieu de résidence et leur lieu de travail (Ireland, 2007).

Deuxièmement et corollairement, les migrants – surtout nord-africains – se sont emparés des zones urbaines à bas prix, à cause de leur situation économique. En conséquence, il transparaît une concentration de migrants dans des espaces plutôt populaires (Torrekens, 2007). Cet ensemble de quartiers et de communes très précarisés à Bruxelles est appelé le « **croissant pauvre** » : c'est la représentation même de la ségrégation résidentielle telle que nous l'avons analysée précédemment. Celui-ci est décrit sur le site du monitoring des quartiers de Bruxelles comme étant :

« [La] Zone concentrant depuis plusieurs décennies les populations les moins favorisées sur le plan économique. Elle reprend les quartiers en première couronne nord et ouest, qui sont parmi les plus pauvres de la Région bruxelloise et qui forment un croissant autour du centre-ville. » (Monitoring des Quartiers, Bruxelles, 2018).

Ainsi, le croissant pauvre rassemble tant des groupes de nationaux que des groupes socio-économiques similaires : des populations précaires (nationales) et des populations immigrées, toutes deux à profil socio-économique et niveau d'éducation plutôt bas. Ce croissant pauvre s'étend du bas de Saint-Gilles à Saint Josse, en passant par l'ouest (voir carte dans l'annexe n°3). Dans cette zone se regroupent les quartiers les plus défavorisés, les plus précarisés de Bruxelles, comme l'illustre la carte : celle-ci est en effet réalisée à partir de la répartition des revenus médians des déclarations en Région de Bruxelles-Capitale.

Dans un article récent, Grippa, Van Hamme et Van Crielingen analysent ce croissant pauvre. Ils concluent à une « concentration géographique des difficultés sociales » dans cette zone urbaine (Mouvements migratoires et dynamiques des quartiers à Bruxelles, 2016, p. 2). Pour parvenir à cette conclusion, ils créent un « indice synthétique de difficulté socio-économique des quartiers » (p. 4) recouvrant quatre dimensions qui, ensemble, incluent 23 indicateurs : l'origine sociale, les revenus, la précarité sur le marché du travail et la précarité des ménages dépendants de revenus de transferts. Leur premier constat est sans appel : la zone délimitée par le croissant pauvre concentre la majorité de ces difficultés socio-économiques de Bruxelles. Et, comme nous l'avons exposé dans la partie contextualisation, Bruxelles est malheureusement un échantillon exceptionnel de pauvreté et de polarisation sociale et économique. Les auteurs affirment que la concentration géographique des difficultés socio-économiques aurait tendance à renforcer celles-ci, surtout en matière d'accès au marché du travail (p. 3). D'autant plus que le croissant pauvre admet une densité démographique bien plus élevée que la moyenne régionale, due notamment à la dichotomie centre-périphérie et donc à une densité démographique élevée dans le centre (Grippa, Marissal, May, Wertz, & Van Hamme, 2015). S'ajoute à cela l'immigration extérieure qui a tendance à s'installer dans ce croissant pauvre, ce qui renforce une pression démographique ainsi qu'une précarité déjà élevées.

La concentration de population immigrée et pauvre est bel et bien présente à Bruxelles, ce qui participe d'une certaine manière à creuser et le fossé entre (très) pauvres et (très) riches qui conduit à une « dichotomie socio-spatiale » (de Laet, 2018, p. 4). Toutefois, trois phénomènes géographiques et socio-économiques peuvent relativiser ces faits.

En premier lieu, nous assistons à une **gentrification** grandissante à Bruxelles et par gentrification, nous entendons :

“The process by which working class residential neighborhoods are rehabilitated by middle class homebuyers, landlords, and professional developers.” (Smith, 1982).

En effet, depuis une dizaine d'années, nous pouvons observer une gentrification bruxelloise par laquelle des populations à haut capital culturel et/ou socio-économique s'installent dans des quartiers centraux – et donc plutôt pauvres – de la ville. Cela a plusieurs conséquences : hausse des loyers et spéculation immobilière, mais aussi un changement dans la composition sociale de la population de certains quartiers puisque de plus hauts profils socio-culturels viennent remplacer des populations moins nanties, moins diplômées (de Laet, 2018). A Bruxelles, c'est essentiellement une population jeune, éduquée et relativement aisée qui participe à cette dynamique. Un des arguments en faveur de la gentrification est que celle-ci apporterait de la mixité sociale et économique dans des quartiers plutôt défavorisés puisque des populations plus aisées viennent se mixer avec une population plus précaire et

issue de l'immigration ou descendante de celle-ci. Un argument que remet en cause le Bruxelles Bondy Blog, media et plateforme pédagogique élaborée par l'IHECS²⁰ :

« Peut-on encore parler de mixité sociale lorsque ce sont les riches que l'on amène chez les pauvres, et non l'inverse ? Clairement non (...). Cet écran de fumée masque le fait que le tissu socio-économique se dégrade et se contenter de ces arguments simplistes résumant la gentrification en une arme magique créant une homogénéisation sociale équivaut à taire le rapport de force qui s'exerce en silence entre les classes populaires, chassées par des loyers de plus en plus chers, et ceux qui peuvent acheter. » (Bruxelles Bondy Blog, 2016).

Parce qu'évidemment, le budget alloué au logement par un ménage plutôt éduqué et aisé est soit plus grand, ce qui permet donc de s'offrir les plus beaux endroits d'un espace donné, soit le loyer est moins cher et cet argent peut être épargné ou dépensé d'une autre manière. Dans ces communes et quartiers qui font partie du croissant pauvre, le revenu médian par habitant est forcément bien plus bas que dans les autres communes. A titre d'exemple, des communes telles que Molenbeek-Saint-Jean ou Schaerbeek comptent en 2016 respectivement un revenu moyen par habitant de 10 210€ et de 11 542€ tandis que des communes plus riches telles que Woluwe-Saint-Pierre ou Uccle comptent presque le double : plus de 19 600€ de revenu annuel moyen par habitant (Monitoring des Quartiers de Bruxelles, 2018). Saint-Josse, commune adjacente de Schaerbeek et Bruxelles, compte, elle, le revenu moyen le plus bas de toute la Belgique avec seulement 8 690€, soit 724 euros par mois en moyenne (Monitoring des Quartiers de Bruxelles, 2018)²¹. Ainsi, si des individus à revenus et niveaux d'éducation plus élevés viennent s'installer dans des quartiers plus précarisés, leur capital économique à investir dans l'immobilier (achat ou location) est plus grand, créant une offre immobilière plus importante et plus chère. Cela a pour conséquence la montée des prix dans certaines zones de la commune, et contribue à un « embourgeoisement » de celles-ci, renforçant les inégalités entre plus pauvres et plus aisés. Paradoxalement, une des conséquences de la ségrégation ethnique est la fuite des nationaux résidant dans des quartiers ségrégués vers d'autres quartiers qui le sont moins, ou encore l'évitement de ces quartiers lorsque ces nationaux désirent s'installer pour la première fois dans une ville donnée (Imeraj, Willaert, & de Valk, 2018 ; Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), 2016). Ce phénomène de gentrification est donc contrebalancé par un départ d'autres nationaux qui quittent ces zones ségréguées. C'est une conséquence, mais aussi une cause puisque le départ ou l'évitement de ces quartiers par les nationaux plutôt aisés renforce le phénomène de ségrégation.

²⁰ Institut des Hautes Études des Communications Sociales de Bruxelles.

²¹ Nous aurions pu choisir Saint-Josse comme un exemple pertinent dans la suite de notre recherche puisqu'il correspond tout à fait à notre champ d'étude à l'exception près qu'il constitue un ovni politique, social et économique. Sa superficie très limitée (à peine plus d'un kilomètre carré), la coexistence de 150 nationalités ainsi que le revenu par habitant *le plus bas de toute la Belgique* font d'elle, la commune la plus pauvre mais aussi une des communes les plus densément peuplée et métissée (RTBF, 2014). La RTBF rapporte d'ailleurs qu'à cause de sa densité si élevée, cette commune serait comparable à la ville de Bombay. Dès lors, il aurait été intéressant, mais bien en dehors de notre portée, d'analyser correctement Saint-Josse en raison de toutes les singularités qu'elle présente. De plus, Schaerbeek a l'avantage d'être une commune dense et plus grande que Saint-Josse, plus diversifiée en termes de classes sociales et donc intéressante pour notre recherche.

Une deuxième dimension qu'il est important de souligner est la **périurbanisation** c'est-à-dire les mouvements de populations venant de centres denses qui s'installent davantage en périphérie, phénomène très présent à Bruxelles. Cette périurbanisation renforce l'opposition centre-périphérie que nous avons déjà mentionnée. Dans le centre se trouve une population peu qualifiée, plutôt pauvre et donc une concentration de plus d'aides sociales, alors que la périphérie est plutôt bourgeoise (Grippa, Marissal, May, Wertz, & Van Hamme, 2015). Cela se traduit d'ailleurs par une grande partie de la croissance économique bruxelloise concentrée dans les espaces périurbains (Lord, Cassiers, & Gerber, 2014). Cependant, il existe aussi un phénomène – relatif – de périurbanisation dans le croissant pauvre. En effet, Grippa et al. décèlent un mouvement de certains membres de populations habitant dans des zones précarisées du croissant pauvre vers des quartiers adjacents, plus aisés :

« Le taux de sortie du « croissant pauvre » vers des secteurs moins défavorisés, lui, atteint à peu près 30%, sur les cinq années considérées (2005-2010) » (Grippa, Van Hamme, & Van Crielingen, 2016, p. 9)

Ce phénomène s'explique par le **rôle de transit** relatif dudit croissant bien que la grande majorité des individus qui réside dans le croissant pauvre reste dans celui-ci. Le rôle de transit d'un quartier signifie que les populations récemment arrivées dans la zone et résidant dans celle-ci la quittent pour une zone moins précarisée lorsqu'ils connaissent une ascension sociale et économique, à Bruxelles ou dans le reste de la Belgique (Grippa, Van Hamme, & Van Crielingen, 2016). Toutefois, il est important de noter que ce phénomène – quitter une zone pour une zone plus aisée – est moins important dans le croissant pauvre que dans les autres zones : plus un secteur est défavorisé, moins la tendance à le quitter est importante.

Il demeure donc à Bruxelles des dynamiques paradoxales et pourtant co-existantes concernant le croissant pauvre. D'un côté, la majorité des individus précarisés et immigrés y est née et y résidera toute sa vie et d'autre part, cette zone est en train de devenir une zone de transit pour des (jeunes) ménages plutôt favorisés qui n'y resteront que temporairement, un phénomène lié en partie à la gentrification et à la périurbanisation. Ainsi, la ségrégation résidentielle à Bruxelles est tout aussi multidimensionnelle que le concept *per se*.

Ségrégation raciale à Bruxelles : pas d'indicateur, mais une réalité visible

Si l'on s'est concentré sur la ségrégation ethnique des Marocaines, c'est parce qu'elles (et ils – les Marocains en général –) constituent le groupe le plus ségrégué de la Belgique selon une étude récente menée par Imeraj, Willaert et de Valk. En effet, les auteurs présentent la première étude multiscale de la ségrégation en Belgique. Leurs résultats indiquent que parmi les cinq villes étudiées (Bruxelles, Gand, Liège, Charleroi, Anvers), l'isolement spatial des minorités (et donc la ségrégation résidentielle) est premièrement le plus haut à Bruxelles, mais en plus que ce sont les Marocains à Bruxelles constituent aussi le groupe le plus ségrégué de Belgique (A comparative approach towards ethnic segregation

patterns in Belgian cities using multiscalar individualized neighborhoods, 2018). En d'autres mots, Bruxelles est la ville la plus ségréguée de Belgique et les Marocains sont les nationaux les plus ségrégués de Belgique.

Ainsi, les Marocains, bien qu'historiquement présents sur le territoire belge depuis plusieurs dizaines d'années, continuent de faire l'objet d'une exclusion spatiale et socio-économique importante en Belgique et à Bruxelles plus particulièrement. A Bruxelles, cela se traduit par certains quartiers de communes devenant majoritairement composés de non-nationaux, phénomène qui peut être lié à la polarisation entre d'une part, les élites européennes et d'autre part, les minorités immigrées (Bousetta, Favell, & Martiniello, 2017). D'une manière générale, les Turcs et les Marocains ont longtemps été – et sont toujours – surreprésentés dans l'ancienne zone industrielle bruxelloise au nord et au sud-ouest. Des communes telles que Schaerbeek, Saint-Josse, Koekelberg, Molenbeek ou encore Anderlecht comptent une très forte proportion de Marocains et de Turcs, de Nord-Africains en général. A Bruxelles, les Turcs et les Marocains ne partagent clairement pas le même espace urbain que les Européens de l'Ouest (Imeraj, Willaert, & de Valk, 2018). Parallèlement, des zones telles qu'Ixelles, le quartier européen, Woluwe Saint-Pierre et Etterbeek sont davantage représentées par des nationaux plutôt aisés ou des *expats* (Bousetta, Favell, & Martiniello, 2017). Et cette forte polarisation entre quartiers riches et quartiers pauvres donne pour résultat des quartiers précarisés dont un grand nombre d'habitants se retrouve dans une situation d'extrême difficulté en termes de santé, d'éducation et, de manière générale, en difficulté socio-économique (Grippa, Marissal, May, Wertz, & Van Hamme, 2015).

Cependant, comme nous l'avons expliqué dans le point précédent, la ségrégation proprement résidentielle et raciale reste une réalité difficilement mesurable : il n'existe pas, à l'échelle nationale, européenne ou internationale, d'indice rigoureux permettant d'évaluer le niveau de ségrégation d'une zone par rapport à une autre. Évidemment, créer un tel indicateur requiert de la rigueur, de la précision et une disponibilité colossale des données et statistiques relatives à la population. De plus, nous savons que derrière un indicateur se cachent des choix méthodologiques et statistiques qui peuvent biaiser les résultats. S'ajoute à cela les problèmes liés à l'évaluation des migrants dans une société : chiffre gris, nationaux d'origine étrangère, etc. Il est donc difficile d'homogénéiser l'évaluation de la ségrégation à travers l'UE ou le monde.

Cette absence d'indicateur explique pourquoi nous n'avons pas pu utiliser d'indice fiable concernant la ségrégation à Bruxelles. Mais l'absence de ces données quantitatives ne doit pas nous empêcher d'étudier le phénomène par d'autres moyens. Nous porterons donc sur un choix méthodologique de nature plus qualitative et déductive.

Mais avant ça, permettons-nous tout de même d'utiliser d'abord un outil quantitatif de base pour une première approche du phénomène de ségrégation à Bruxelles : celui des pourcentages des populations étrangères. L'outil permet de donner un premier aperçu du phénomène de concentration étrangère pour quatre communes : les deux au revenu par habitant le plus élevé, et les deux au revenu le plus bas.

Des communes telles que Woluwe Saint-Pierre ou Uccle n'accueillent ni les mêmes « groupes » d'immigrés ni le même pourcentage de ceux-ci. Il suffit en effet de se plonger dans les chiffres officiels de la population à Bruxelles fournie par l'IBSA²² pour avoir une idée de la répartition totalement inégale de certaines populations étrangères. Prenons par exemple, la proportion de Marocains et de Turcs au sein de deux des communes les plus riches de Bruxelles : Woluwe Saint-Pierre et Uccle. Comparons-les à deux des communes les plus pauvres, Schaerbeek et Molenbeek Saint-Jean. Une importante considération est à souligner à ce stade : il est évident que nous prenons en compte le fait que les communes ne soient pas égales en termes de nombre d'habitants, Molenbeek étant trois fois plus grande en termes démographiques que Woluwe Saint-Pierre. Cette différence démographique est déjà porteuse d'une réalité et donc de pistes de réponse pour comprendre les phénomènes de ségrégation. En effet, les deux communes à plus faible taux démographique sont aussi les deux plus grandes en termes de km² : Uccle admet 22,9 km² et Woluwe-Saint-Pierre, 8,9 km² tandis que Molenbeek et Schaerbeek en comptent respectivement 5,9 et 8,1 (Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), 2016). Les deux premières sont donc plus grandes que les deux précédentes et pourtant, elles comptent moins d'habitants. La densité de la population à Molenbeek et Schaerbeek est donc bien plus haute que dans les deux autres zones étudiées. A titre d'exemples, Molenbeek et Schaerbeek connaissent une densité de population bien plus élevée que la moyenne nationale : 16 222 et 16 097 personnes au km² contre moins de la moitié pour la moyenne bruxelloise (7 282 habitants/km²). Cela soutient les explications mentionnées précédemment concernant la concentration de la précarité et permettent de comprendre le contexte socio-économique et spatial fragile qui caractérise ces communes.

Population au 1 ^{er} janvier 2017	Woluwe-Saint-Pierre	Uccle	Schaerbeek	Molenbeek Saint-Jean
Marocains	138	552	5 032	6 658
Turcs	74	88	3 482	623
Belges	29 119	55 435	84 832	68 625
Population totale de la commune	41 217	82 307	133 042	96 629
Pourcentage des populations marocaine et turque dans la commune étudiée				

²² Institut Bruxellois d'Analyse Statistique.

	$\frac{138+74}{41\,217} = 0,00514 =$ 0,51%	$\frac{552+88}{82\,307} = 0,0077 =$ 0,77%	$\frac{5\,032 + 3\,482}{133\,042} =$ 0,0639 = 6,39%	$\frac{6\,658 + 623}{96\,629} =$ 0,0753 = 7,53%
Pourcentage de belges dans la commune	$\frac{29\,119}{41\,217} = 0,7064 =$ 70,64%	$\frac{55\,435}{82\,307} = 0,6735 =$ 67,35%	$\frac{84\,832}{133\,042} =$ 0,6376 = 63,76%	$\frac{68\,625}{96\,629} =$ 0,7101 = 71,01%

Que pouvons-nous constater via ces données pourtant très simples ? Premièrement, le taux de Marocains et de Turcs est, sans surprise, bien plus élevé à Schaerbeek et à Molenbeek qu'à Woluwe Saint-Pierre et Uccle. Ils représentent entre 6,4% et 7,5% dans les deux communes précarisées et moins d'un pourcent dans les deux communes plus aisées. Un constat simple et évident s'impose : parmi les quatre communes, les communes plus pauvres comptent plus d'étrangers marocains et turcs tandis que les communes plus riches en comptent moins. Pourtant, en regardant le taux de nationaux (belges) dans chacune des quatre communes, nous observons peu de différence : toutes admettent entre 63% et 71% de nationaux belges. De manière surprenante, c'est même Molenbeek qui compte le plus de Belges au sein de sa commune. Cela peut s'expliquer, en partie selon nous, par le fait que les Marocains et les Turcs (et les Congolais) sont les populations ayant le plus bénéficié de la naturalisation belge à Bruxelles (Herma & Vandermotten, 2017). Ainsi, il existe sans doute à Molenbeek ainsi qu'à Schaerbeek une sous-évaluation de ce phénomène de ségrégation puisque, même si Belges de fait et de droit, les Belges d'origine étrangère peuvent toujours subir des discriminations socio-économiques de manière significative. Ainsi, la présence de Marocains et de Turcs ainsi que de Belges originaires d'un de ces deux pays est sans nul doute plus élevé que ce que reflètent les chiffres officiels²³.

A l'aide des recensements de la population donnés par IBSA, nous avons pu également créer des graphiques sur la répartition des étrangers et des Belges au sein des quatre communes mentionnées (voir annexe n°4). Grâce à ces graphiques, nous pouvons observer immédiatement un phénomène ségrégationnel assez classique mais pourtant intéressant : la surreprésentation de certaines populations (les Africains dans le cas de Molenbeek et Schaerbeek) et la sous-représentation de celles-ci au sein des deux autres communes. En effet, alors que Molenbeek et Schaerbeek comptent respectivement 10% et 7% d'Africains dans leur commune, Woluwe Saint-Pierre et Uccle n'en comptent que 1,4% et 2,3%. A Woluwe, 29,4% des résidents sont issus de l'Union européenne contre seulement 14,2% pour Molenbeek²⁴. Ainsi, pour reprendre les dimensions de ségrégation élaborées par Massey & Denton (1988), il semblerait qu'il existe à Bruxelles une répartition inégale des étrangers et une concentration

²³ Évidemment, ce constat peut également s'appliquer à Woluwe Saint-Pierre et à Uccle. Cependant, puisque les populations étrangères étudiées sont déjà peu représentées dans ces communes, nous pourrions nous attendre à voir une différence si l'on comptait les Belges d'origine marocaine ou turque, mais cette différence pourrait ne pas être aussi importante que dans le cas des deux autres communes.

²⁴ Les pourcentages sont réalisés via les données utilisées pour créer les graphiques disponibles en annexes.

de ceux-ci dans certaines communes. Et, comme nous l'avons mentionné, il demeure également une forte centralisation des immigrés à Bruxelles, résidant en grande partie dans le « croissant pauvre » et central de Bruxelles. Ainsi, nous avons donc trois dimensions de la ségrégation qui se rencontrent : la centralisation, la concentration et la répartition inégale (*unevenness*).

Des indices de ségrégation : RIS, ERI et chômage, les chiffres de la précarité dans les quatre communes

Examinons à présent les différences existantes dans l'aide sociale accordée dans les quatre communes de cette étude. Prenons tout d'abord le RIS : revenu d'intégration sociale. Celui-ci est un indicateur de la tranche de la population devant vivre avec un revenu *très* limité (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2017). Dans la Région-Ville de Bruxelles, ce sont les communes de Bruxelles, de Molenbeek et de Schaerbeek qui comptent le plus de bénéficiaires de cette aide sociale (voir tableau 1 dans les annexes n°5). A elles deux, les communes de Molenbeek et Schaerbeek comptent près de 30% (28,84%) des bénéficiaires de ce revenu d'intégration sociale²⁵. Si l'on ajoute Bruxelles – en tant que commune - dans ce calcul, c'est près de 50% (46,83%) des bénéficiaires qui sont englobés dans ces trois communes, bien que celles-ci ne représentent qu'un tiers de la population bruxelloise. Près de 50% des bénéficiaires de revenus d'intégration sociale se concentrent dans trois communes qui représentent un tiers de la population bruxelloise. Les 50 % restant sont répartis dans les seize autres communes de Bruxelles qui, bien que moins peuplées, représentent toujours plus de 60% de la population à Bruxelles.

Un autre indicateur à étudier est celui de l'ERIS, l'Équivalent au Revenu d'Intégration Sociale qui constitue l'ultime aide financière accordée par les pouvoirs publics pour les citoyens n'ayant pas au droit au RIS.

« [L'aide financière] est accordée aux personnes qui n'ont pas droit au revenu d'intégration sociale (RIS) et qui ne disposent pas de ressources suffisantes. On la désigne souvent sous le terme d'"ERIS" (équivalent au revenu d'intégration sociale). » (CIRÉ, 2018).

Cette aide financière peut également constituer une aide ponctuelle, pour des dépenses exceptionnelles par exemple (formations, frais de scolarité etc.). De façon tout à fait attendue, les étrangers non-européens sont plus nombreux à bénéficier de cette aide en comparaison avec les étrangers de l'UE, en ce compris les Belges (voir tableau 2, annexes n°5). Du point de vue des bénéficiaires de cette aide, ils proviennent majoritairement d'en dehors de l'UE : à Ixelles, 99% des bénéficiaires viennent d'en dehors de l'UE (377/380), 100% dans le cas de Uccle, 95% pour Molenbeek et 94% pour Schaerbeek. Cependant, il est à noter que le nombre de bénéficiaires est différent d'une commune à une autre : 5%

²⁵ Les pourcentages sont réalisés via les données du tableau 1 en annexe 5 : c'est l'addition des bénéficiaires du revenu d'intégration sociale à Molenbeek et à Schaerbeek divisé par le nombre total de bénéficiaires en Région de Bruxelles-Capitale.

des bénéficiaires de cette aide en Région de Bruxelles-Capitale résident à Ixelles, 1% seulement pour Uccle alors que ce chiffre grimpe à 15% pour Molenbeek et 16% pour Schaerbeek²⁶. Ainsi, bien que ces chiffres ne puissent pas à eux seuls, conclure à une polarisation entre étrangers UE et étrangers hors UE, ils peuvent tout de même nous donner une idée de l'exclusion sociale que peuvent subir ceux-ci²⁷.

Si l'on regarde le taux de chômage dans les quatre communes, on peut apercevoir également des différences criantes dans la répartition du chômage dans la Région bruxelloise. En 2016, à Woluwe Saint-Pierre, le taux de chômage (11%) est deux fois moins élevé que la moyenne régionale. A Uccle on compte 15% mais à Molenbeek, c'est près d'un tiers de la population active qui est au chômage. Ce chiffre monte à 40% à Schaerbeek (Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), 2016). Le taux de chômage des quatre communes semble donc confirmer la tendance à la polarisation spatiale et économique à Bruxelles.

BIM : l'accès à la santé pour les plus précarisés

Un troisième indicateur réflecteur d'une réalité précarisée est celui du BIM : les Bénéficiaires de l'Intervention Majorée. C'est une aide dans le domaine de la santé qui rembourse en plus grande partie les soins de santé (visites médicales, consultations, médicaments,...). Elle est accordée *de facto* aux individus bénéficiant du revenu d'intégration ou d'aide équivalente ou pour d'autres statuts tels que les MENA²⁸, les orphelins, les handicapés,... Elle peut aussi être attribuée par la mutuelle sur demande spécifique pour les ménages à faibles revenus. Cette aide est octroyée pour pouvoir bénéficier de soins de santé moins chers alors qu'ils sont déjà censés être accessibles. Elle est donc révélatrice la répartition des individus vivant dans des conditions financières difficiles et peut refléter les difficultés d'accès à la santé. Au 1^{er} janvier 2017, on comptait 27% de BIM dans la population bruxelloise, dont plus d'un tiers des bénéficiaires sont des jeunes de moins de 24 ans (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2017). Si l'on regarde la carte de la répartition des BIM à travers les différentes communes bruxelloises, on peut observer une concentration de ces BIM dans le croissant pauvre, tandis que les communes plus riches, sans surprise, ne comptent pas ou peu de ces bénéficiaires (voir annexe n°6). Si l'on reprend les quatre communes étudiées, en janvier 2015, 7,8% de la population à Woluwe Saint-Pierre bénéficiait de du BIM, 12,4% à Uccle, et 31,1% pour Schaerbeek et jusqu'à 40,4% pour Molenbeek (Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), 2016). Schaerbeek compte cinq fois

²⁶ Les pourcentages sont réalisés via les données du tableau 2 en annexe 5 : c'est le total des bénéficiaires pour chaque commune divisé par le total des bénéficiaires en Région de Bruxelles-Capitale.

²⁷ Il aurait été intéressant que l'IBSA décline ces chiffres selon les différentes nationalités pour voir dans quelle mesure certains étrangers sont peut-être plus désavantagés que d'autres.

²⁸ Mineurs Étrangers Non Accompagnés.

plus de bénéficiaires de cette aide à l'accès de soins de santé que Woluwe Saint-Pierre. Ces chiffres confirment une tendance à la ségrégation également dans l'accès à la santé.

Ce qui a voulu être démontré dans cette section est qu'en l'absence d'indicateur homogénéisé et accessible pour mesurer la ségrégation dans une agglomération, certains outils simples mais pourtant révélateurs peuvent mesurer l'ampleur d'un tel phénomène. Ces outils sont, par exemple, le revenu moyen par habitant, le pourcentage d'étrangers dans la population, le revenu d'intégration sociale ou encore le BIM. Ceux-ci peuvent rendre compte d'une réalité, *in fine*, assez facilement perceptible. On voit apparaître à Bruxelles, une tendance à se polariser spatialement et socio-économiquement.

2.2 Focus sur Schaerbeek

Schaerbeek a été choisie comme lieu d'étude pour plusieurs raisons mentionnées dans la partie méthodologie de la section un. Il est cependant utile de rappeler quelques caractéristiques ayant aiguillé notre choix mais qui sont aussi pertinentes dans l'analyse ci-après.

Schaerbeek rassemble un peu plus de 11% de la population totale de la Région de Bruxelles-Capitale²⁹. Elle comporte une forte densité de population qui, à la manière du concept de super-diversity de Vertovec, fait émerger de nouvelles conjonctions et interactions dans la société schaerbeekoise (Super-diversity and its implications, 2007). D'autant plus que Schaerbeek connaît non seulement une ségrégation mais plus récemment également une gentrification, ce qui a pu avoir tendance à créer de nouvelles interactions à Schaerbeek.

Gentrification schaerbeekoise : double ségrégation ?

Le découpage en 15 quartiers dans la commune donne 5 d'entre eux dépassent la limite communale et empiètent donc sur des communes telles que Saint-Josse-ten Noode, la ville de Bruxelles, deux des communes les plus pauvres, et Woluwe Saint-Lambert et Etterbeek, des communes bien plus aisées (Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), 2016). Mais une dichotomie existe et risque de se creuser entre différents quartiers de Schaerbeek : c'est dû notamment au phénomène de gentrification qui est en train de se passer dans la commune bruxelloise. Il suffit de se promener une heure dans Schaerbeek pour voir à l'œil nu ce phénomène de gentrification : lorsqu'on quitte la gare du nord et que l'on se balade dans le quartier nord ou dans le quartier Brabant, c'est davantage une population nord-africaine et turque, plutôt précarisée. La rue du Brabant, à cheval entre Saint-Josse et Schaerbeek est même appelée le « Petit Marrakech » par ses habitants : une grande rue de commerces

²⁹ Voir feuille 2 du fichier Excel relatif à ce mémoire.

tenus par des nord-africains et à destination de ceux-ci. Lorsqu'on se promène sur l'Avenue Louis Bertrand (Collignons) ou Avenue des Glycines (Terdelt), c'est davantage un quartier qui se « boboïse », les immeubles sont bien entretenus, les commerces sont davantage tournés vers une population aisée, on rencontre moins de personnes identifiables comme « étrangères ».

Dans son *Zoom sur Schaerbeek*, l'IBSA exprime cette dualisation : une frange importante de la population est fortement peuplée dans la partie nord-ouest de la commune (Chaussée de Haecht, Quartier du Brabant, Quartier Nord, Collignons). Celle-ci est plus fréquemment touchée par le chômage et occupe des emplois moins rémunérés, bref : concentre la pauvreté. Ceci s'explique selon le rapport, par une combinaison – entre autres – de déterminisme social, de ségrégation scolaire, du profil peu qualifié des résidents dans ces zones, des problèmes de maîtrise de la langue ou encore des discriminations à l'embauche (Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), 2016, p. 9). C'est aussi le côté de la commune qui compte les taux de revenus les plus bas (p. 8), et une moyenne d'âge plus faible.

De l'autre côté, le sud-est de la commune est plus favorable : la population est davantage constituée par la classe moyenne (quartiers Reyers, George Henri, Porte de Tervueren, Plasky). Le taux de chômage est deux fois moins élevé dans l'ensemble de ces quartiers que dans la partie nord-ouest. Le tableau (voir annexe n°7) nous montre que les quatre communes les plus pauvres sont aussi celles qui comptent le plus de ressortissants issus de l'Afrique du Nord ou de la Turquie. Les quatre les plus riches (en vert) sont celles qui comptent le moins de ces ressortissants. Ainsi, il existe à Schaerbeek une dichotomie dans le quartier où le nord et le sud se voient se dualiser de plus en plus. Derrière les « valorisations du quartier » via, notamment les « Contrats de Quartiers Durables » (CQD), un projet de la Région est lancé pour redynamiser, « revitaliser » certains quartiers. A Schaerbeek, la création et la rénovation de logements et d'espaces publics et d'espaces verts est censée profiter à tou.t.e.s afin de renforcer le vivre-ensemble, la mixité et la cohésion sociale. En réalité, de nombreuses associations, relayée par un blog schaarbeekoï reportent que :

« Si les contrats de quartiers permettent d'améliorer la qualité de vie dans les quartiers – ils échouent parfois à rencontrer les attentes des habitants actuels. Selon M. Van Crielingen : en région bruxelloise, les contrats de quartier profitent à une classe moyenne que l'administration communale cherche à attirer sur son territoire, dans l'espoir de voir ses recettes fiscales augmenter. Ce qui entraîne – selon lui – 'l'éviction ou l'appauvrissement sur place de ménages à faibles revenus' ». (La Cité des Ânes, par et pour 1030, 2015).

Il existe donc à Schaerbeek une dualisation entre la classe la plus modeste et une classe moyenne plutôt aisée, éduquée. Des dynamiques voient toujours le jour dans cette commune dans laquelle le tissu associatif prend un rôle majeur dans le renforcement des manquements des services publics. Cependant, le risque est de répondre à une classe moyenne plus aisée et de mettre encore davantage de côté ceux dont l'intégration socio-économique est encore à construire, à favoriser. Le danger qui rôde à Schaerbeek à cause de l'intersection de la ségrégation résidentielle et d'un mouvement de gentrification relativement fort pourrait être de créer une double ségrégation. D'un côté, la population la plus précaire,

issue de la diversité plutôt nord-africaine et des 13 nouveaux États membres, de l'autre, une population jeune, éduquée, et davantage belge ou issue de l'Europe des 15.

3 Ségrégation et conséquences en termes d'accès à la santé

Les inégalités en matière de santé et d'accès à la santé entre différents groupes socio-économiques (par niveau d'éducation, type de travail, revenu, origine...) sont un des défis majeurs dans le domaine de la santé publique. Dans un rapport pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Marmot et al. estiment d'ailleurs que les deux priorités en termes de santé publique devraient être :

« Improving average health and reducing health inequities by striving to bring the health of everyone up to levels achieved by the most advantaged. Improving the levels and equitable distribution of the social determinants should achieve both aims. » (Marmot et al., 2012, p. 1012).

Dans une volonté d'interroger la dimension de l'*exposure* de Massey & Denton (1988) qui, pour rappel, se définit comme la possibilité d'interaction ou le potentiel lien et degré de contact entre minorité(s) et les groupes de la majorité, ce mémoire cherche à comprendre dans quelle mesure les difficultés d'accès à la santé sont liées au phénomène de ségrégation. Massey & Denton n'entendaient pas par-là l'interaction *sociale* des individus, mais l'interaction *physique*, ils l'expriment d'ailleurs comme « la probabilité de partager le même quartier »³⁰. Nous avons opté pour une analyse qualitative des cinq dimensions de Massey & Denton, et donc en quelque sorte, une réadaptation de celles-ci. Il paraît opportun dans le cadre de cette recherche de repenser le degré d'exposition d'un point de vue qualitatif. L'*exposure*, le degré d'exposition, pourrait être envisagé comme la mesure dans laquelle les minorités interagissent avec les institutions socio-économiques de la majorité. Et de quelle manière ces mêmes institutions socio-économiques incluent les minorités. Ici, nous étudions les conséquences de la ségrégation ethnique sur l'accès à la santé, la gestion de la santé étant une des principales institutions socio-économiques de l'État.

3.1 Être un migrant : déterminant social d'inégalités de santé

Les différences en matière de santé ont existé et existeront toujours : différents facteurs tels que l'âge, le genre, le revenu, la position économique, le lieu de résidence, les gènes, les habitudes de vie, les réseaux sociaux etc. sont autant de facteurs susceptibles de créer des variances en termes de santé chez un individu. L'origine d'une personne est également un facteur important lorsqu'on étudie ces différences, voire ces inégalités.

³⁰ Traduction personnelle à partir du texte suivant : "For any city, the degree of minority exposure to the majority may be conceptualized as the likelihood of their sharing the same neighborhood." (Massey & Denton, 1988, p. 287)

A ce titre, mentionnons la différence entre différences de santé et inégalités de santé : des *différences de santé* se transforment en *inégalités de santé*

« [Lorsqu'elles] sont *systématiquement* distribuées d'une manière inégale dans la population en fonction de variables qui reflètent le statut socio-économique. » (Van Oyen, Deboosere, Lorant, & Charafeddine, 2010, p. 1).

Ici, les auteurs soutiennent donc que les inégalités de santé sont celles qui, plus grandes en nombre dans la classe la plus basse, persistent selon les différents statuts sociaux et économiques dans une société. Il existe selon Whitehead & Dahlgreen (2006), trois caractéristiques qui font des différences de santé des *inégalités de santé*. Comme Van Oyen et al. l'ont déjà souligné, ces différences doivent premièrement être systématiques, elles doivent être ensuite socialement produites, c'est-à-dire non causées par les lois de la nature et non fixées dans le temps, et dernièrement, elles doivent être injustes puisque distribuées d'une manière non aléatoire et entraînant des discriminations (Whitehead & Dahlgreen, 2006). Si ces trois caractéristiques sont remplies, nous pouvons alors parler d'inégalités de santé.

Explorer le lien causal entre statut de migrant et inégalités de santé est devenu de plus en plus répandu dans le monde de la recherche qui tente donc de comprendre en quoi, pourquoi et comment les migrants souffrent d'inégalités en matière de santé. Il est à noter qu'en général, lorsqu'on compare les nationaux aux migrants, les divergences en termes d'état de santé entre ces deux groupes disparaissent lorsqu'on contrôle³¹ le statut socio-économique (Bernd, et al., 2011). Ce qui se traduit par peu de différences existant entre migrants et nationaux si l'on ne prend pas en compte le statut économique des deux groupes étudiés. En bref, les inégalités de santé seraient davantage attribuables au statut économique qu'au statut de migrant. Cependant, le statut de migrant ou son ethnicité est aussi souvent corrélé avec un statut socio-économique bas ; nous avons en effet déjà mentionné le fait qu'être un migrant est en soi un déterminant social d'inégalités. Ainsi, même si l'on enlève l'attribution des différences en matière de santé au statut socio-économique, il persiste un lien significatif entre migrant et statut économique bas. Contrôler cette dimension socio-économique chez les migrants, c'est contrôler tout un set de réalités portées par les migrants par le fait seul d'être migrant. Ainsi, les inégalités de santé sont certes positivement corrélées avec le statut-économique, mais le statut économique d'un individu et le statut de migrant peut également être positivement corrélés. En d'autres termes, au sens large, les inégalités de santé renvoient au constat que les différences de santé ne sont pas distribuées de manière aléatoire, mais qu'elles peuvent s'expliquer par des facteurs et/ou marqueurs sociaux : les déterminants sociaux de la santé.

³¹ Au sens statistique du terme, donc d'une manière générale enlever, mettre de côté, l'effet statistique d'une variable.

C'est pourquoi ces phénomènes d'exclusion sociale via les inégalités de santé sous-entendent l'existence de déterminants sociaux de la santé, le statut de migrant en étant un, en plus d'être un marqueur d'inégalités au sens large (Bernd, et al., 2011 ; Van Oyen, Deboosere, Lorant, & Charafeddine, 2010 ; Lorant, Van Oyen, & Thomas, 2008). Les déterminants sociaux de la santé englobent les éléments structurels déterminés par des politiques sociales et économiques ayant des impacts importants sur la santé (Castañeda, et al., 2015). Ils sont les circonstances et marqueurs socio-économiques dans lesquels la population naît, grandit, vit, travaille et vieillit ainsi que le système de santé mis en place pour celle-ci (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Le concept de déterminants sociaux de la santé vise à comprendre comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé dans certains secteurs de la population et quels déterminants sont derrière ces inégalités (Inspection Générale des Affaires Sociales Française, 2011). L'approche du déterminant social de la santé est donc d'étudier les facteurs qui exposent davantage un individu à subir des inégalités de santé ; ces facteurs peuvent être biologiques, comportementaux, sociaux, environnementaux ou socio-économiques. Dans le cas de Bruxelles, une étude menée en 2007 a montré que, comme aux Pays-Bas et en Suède, les Marocains et les Turcs sont les deux groupes les plus à risque de mauvais état de santé comparé aux autres immigrants et aux nationaux. D'un autre côté, cette même étude montre que d'autres groupes d'immigrants, majoritairement venus de l'Europe du nord-ouest, présentent un meilleur état de santé que les Belges (Lorant, Van Oyen, & Thomas, 2008). Ceci renforce l'idée selon laquelle il existe une dichotomie entre « migrants » et « *expats* ». Ainsi, le statut de migrant est un déterminant social de la santé : pour les migrants, c'est un effet plutôt nocif, pour les *expats*, c'est davantage profitable à leur état de santé.

Cependant, il n'existe pas de modèle unique de « santé des migrants » ou « d'accès à la santé pour les migrants ». L'existence de problèmes complexes et propres à chaque pays, ville et espace-temps ne peut résumer seulement « la santé des immigrants » ou « les inégalités de santé des migrants » qui seraient comme inscrites dans l'ADN du migrant pour le seul fait d'être migrant. Si le constat selon lequel les migrants sont plus enclins à subir des inégalités de santé parce qu'être un migrant est un déterminant social de la santé peut être fait, c'est parce qu'il est socialement et économiquement construit par des acteurs et des normes de la société. C'est cela qui forme « la santé des migrants », nullement le fait même d'être migrant *per se* (Fassin, 2000). D'autant plus que la multiplicité de facteurs jouant des rôles différents sur la construction de ces déterminants sociaux rend cette généralisation impossible. Le rapport entre un individu et sa santé dépend d'abord d'éléments personnels tels que l'âge, le revenu, le pays d'origine, le réseau social, le niveau d'éducation... Mais dans le cas des migrants s'ajoutent des sujets et facteurs qui sont propres à l'immigration : la relation entre le migrant et sa santé connaît différentes dimensions et changements avant, pendant et durant le processus d'immigration. La santé d'un migrant est d'abord liée à son pays d'origine, aux conditions et qualité d'accès à la santé, à l'état général de la santé et des conditions de vie dans ce pays. Puis au voyage que le migrant a effectué

pour arriver dans le pays d'accueil, les conditions dans lesquelles il est parti, le choc que cela peut entraîner. Et puis évidemment, arriver, résider et apprendre à vivre dans le pays d'accueil, avec tout ce que ça implique au niveau de l'intégration. Bref, les parcours et les profils biologiques, comportementaux, socio-économiques, environnementaux et sociaux des migrants sont pluriels et ne pourraient pas à eux seuls expliquer les inégalités de santé qu'ils subissent sans prendre en compte le fait qu'ils *migrants*. Les inégalités de santé ne sont pas inscrites dans leurs gènes, mais dans leur statut. Ces inégalités de santé hautement reconnues et analysées découlent donc des structures sociétales et socio-économiques qui, de manière quasiment systématique, volontaire ou involontaire, participent à dévaluer les migrants par rapport aux nationaux.

Cela rejoint la deuxième condition qui constitue l'inégalité de santé selon Whitehead & Dahlgreen (2006) : ces différences en termes de santé entre migrants et nationaux sont *socialement* et ajoutons même *politiquement* produites : ce n'est pas une loi de la nature ni un fait immuable que le facteur migration soit un déterminant social de la santé. Et bien que l'identification de déterminants de la santé soit un objet de recherche scientifique, cela renvoie indubitablement à des choix et des interprétations politiques (Inspection Générale des Affaires Sociales Française, 2011, p. 12).

Ainsi, le statut de migrant est un déterminant social de la santé producteur d'inégalités de la santé. Ici, l'approche tente de comprendre l'importance du lieu de résidence – et ce qu'il implique – comme facteur qui peut jouer un rôle dans ce déterminant social et donc, sur les inégalités de santé.

3.2 Les impacts (encore trop flous) de la ségrégation sur l'accès à la santé

Depuis les années 80-90, les chercheurs s'intéressent d'une part aux influences entre ethnicité et classe sociale des individus et d'autre part aux effets qu'elles produisent sur la santé de ceux-ci (Lorant, Van Oyen, & Thomas, 2008). Parce qu'ils tendent à avoir un statut socio-économique plus bas que la moyenne, les migrants et les membres de groupes minoritaires tendent également à appartenir à une classe de la population plutôt basse. Or l'histoire et la recherche ont prouvé que les classes sociales les plus basses étaient évidemment plus enclines à subir des inégalités sanitaires dues à l'environnement précarisé – au sens socio-économique – dans lequel elles se développent (Kington & Smith, 1997 ; Navarro, 1990). Des auteurs s'intéressent également à la nationalité, « la race » ou « l'ethnie » des individus pour expliquer les disparités de santé (Richardson & Norris, 2010). Si l'on croise ces deux champs d'étude, le statut économique et l'origine d'un individu comme facteurs expliquant les inégalités de santé, alors la ségrégation résidentielle peut recouvrir ces deux dimensions. En effet, comme cela a été traité précédemment, une concentration *et* de la pauvreté *et* des étrangers se manifeste à Bruxelles : l'idée est donc d'interroger les inégalités de santé à travers le prisme de la ségrégation qui, dans le cas de Bruxelles sous-entend précarité et surreprésentation de certaines nationalités dans certains quartiers et communes.

Des chercheurs tentent aussi de valoriser le lieu de résidence comme facteur expliquant les disparités sur le plan de la santé. Williams & Collins qualifient à ce titre la ségrégation de « cause fondamentale de disparités en matière de santé » (Williams & Collins, 2011, p. 404). Les auteurs, en étudiant la ségrégation résidentielle aux États-Unis, soutiennent effectivement que les différences existent dans la santé entre noirs et blanc aux USA parce que la ségrégation amène à un statut socio-économique bas, que ce soit à un niveau individuel ou plutôt d'un point de vue de la communauté. Williams & Collins rapportent que les chercheurs désignent le statut socio-économique comme cause fondamentale des inégalités sociales de santé. Mais - soulignent les deux auteurs américains - les chercheurs n'ont pas accordé une attention assez grande aux causes des causes de ces disparités sociales en matière de santé. Dans leur article, ils étudient la ségrégation comme facteur déterminant dans la création des inégalités de santé.

Il est cependant à noter que la recherche portant sur le sujet est très récente et ne débute que dans les années 2005 ; elle ne connaît une plus grande attention qu'à partir de 2010.

Par accès à la santé, nous entendons :

« La facilité à accéder aux services de santé, tant physiquement (distribution géographique) qu'en termes de coûts, de temps et de disponibilité de personnel qualifié. L'accessibilité [étant] un prérequis indispensable à un système de santé qualitatif et efficient » (KCE, 2015, p. 20).

L'accès à la santé est souvent réduit à l'accès à l'assurance maladie qui en Belgique, est obligatoire en plus d'être universelle. Seulement 1% de la population Belge ne répond pas aux critères requis pour en bénéficier. De plus, la Belgique est parmi les bons élèves en matière de couverture de santé, ce qui ne l'empêche pas d'admettre des disparités dans son accès qui ne se résume pas à seulement l'affiliation à l'assurance maladie. Dans la dernière enquête nationale de santé (SIH) de 2013, on estime que 8% des ménages belges ont dû reporter des soins pour raisons financières (soins médicaux, chirurgie, soins dentaires, médicaments sur prescription, soins de santé mentale, lunettes ou lentilles de contact) (KCE, 2015). A Bruxelles, cette réalité concernait près d'un quart des ménages bruxellois (22,5%) en 2013 (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2017). Il n'était pas possible de trouver les données plus récentes concernant ce taux, notons toutefois que les individus qui se trouvent en-dessous du seuil de pauvreté sont passés d'un quart de la population à plus d'un tiers entre 2011 et 2017 (voir la partie contextualisation de ce travail). Il serait donc surprenant que le nombre d'individus qui reportent des soins de santé pour cause de manque de ressources soit resté stable à Bruxelles ; au contraire, on pourrait supposer qu'il a augmenté.

Plusieurs facteurs sont à prendre en considération lorsqu'on étudie la ségrégation et les effets en termes de (d'accès à la) santé³². Ils sont de deux ordres : contextuels et individuels. Les facteurs contextuels englobent la ségrégation scolaire et la composition des quartiers, tandis que les facteurs individuels sont relatifs aux traits personnels des individus (langue, culture).

Facteurs contextuels : ségrégation scolaire et discrimination territoriale

Premièrement, la ségrégation résidentielle se traduit la plupart du temps par une ségrégation scolaire plus ou moins forte (Williams & Collins, 2011). C'est-à-dire le regroupement/la concentration d'élèves dans des établissements différents et différenciés selon leur(s) différence(s) (origine, statut économique, résultats scolaires,...) (Fondation Roi Baudoin, 2017). Ceci reflète qu'une partie des établissements scolaires concentre les élèves les plus précarisés, tant au niveau du niveau d'éducation que d'un point de vue socio-économique. Les individus les plus modestes sont concentrés dans des écoles moins prestigieuses que celles fréquentées par des individus de la classe moyenne ou bourgeoise. Les écoles dites « ségréguées » obtiennent une moyenne générale moins élevée, supposent le plus souvent des classes surpeuplées, moins d'accès à des conseils et orientations scolaires sérieux, des taux de décrochage scolaire ainsi que de redoublement plus élevés que la moyenne, des bâtiments plus détériorés,... A Bruxelles, il existe une ségrégation scolaire très forte : elle est produite et renforcée par un système institutionnel belge très complexe ainsi que par un manque de places énorme dans les écoles bruxelloises. Ceci représente encore une fois une inégalité des chances très polarisée dans la Ville-Région. Selon les résultats de l'enquête PISA de 2015, l'équité des systèmes éducatifs est un des plus faibles parmi les États membres de l'OCDE (Fondation Roi Baudoin, 2017). Ces écoles qui concentrent la pauvreté ont naturellement tendance à reproduire et renforcer la pauvreté. Ces inégalités scolaires contribuent à polariser la société entre individus aisés et individus précarisés ainsi qu'à creuser l'inégalité des chances. C'est un cercle vertueux qui s'installe. L'éducation a en effet été référencée par l'OMS en 1986 comme une condition nécessaire à l'amélioration de la santé. Il paraît évident qu'un niveau d'éducation assez haut donne plus de ressources à un individu pour accéder facilement à des soins, aides financières ou informations relatives à ses droits en matière de santé. D'autant plus qu'à Bruxelles, plus le niveau d'éducation diminue, plus le niveau de personnes qui s'estiment en mauvaise santé augmente. L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale rapporte que « parmi les Bruxellois (15 ans et plus) ayant au maximum un diplôme de l'enseignement primaire, plus de la moitié ne s'estiment pas en bonne santé, contre moins d'un cinquième parmi les diplômés de l'enseignement supérieur » (Baromètre social 2017, 2017, p. 46). Il y a donc un risque pour les populations les moins

³² Il est indispensable de parler de santé lorsqu'on parle d'accès à la santé. Bien que le mémoire n'ait pas vocation à interroger les inégalités de santé mais d'accès à la santé, l'un ne peut pas être analysé sans mentionner l'autre.

éduquées de davantage s'autoévaluer comme en étant en mauvaise santé. Mais nous allons le voir, les populations peuvent également percevoir plus de difficultés à accéder aux soins de santé.

Deuxièmement, la composition « raciale » des quartiers ou des communes peut affecter la disponibilité des offres de soins de santé et donc avoir un impact sur son accès. A ce stade, il est intéressant de mettre en lumière ce qui a déjà été mentionné : le fait de résider dans un espace ségrégué est associé avec un état de santé plus faible que la moyenne (Lorant, Van Oyen, & Thomas, 2008, White & Borrell, 2011). D'une façon évidente, l'accès aux soins de santé devrait être, en théorie et en pratique, renforcé dans des zones où la santé est plus fragilisée. Pourtant, la composition des quartiers peut avoir un effet négatif sur l'offre de soins de et d'accès à la santé. En effet, elle peut être moins importante dans les zones à forte concentration de pauvres et de minorités pour plusieurs raisons. De manière générale, les minorités ont un accès plus restreint aux experts médicaux à cause de la taille et de la composition de leurs réseaux sociaux : les docteurs et experts ne sont peut-être pas dans leur réseaux puisqu'ils ont tendance à ne pas résider ou travailler dans les quartiers plus précarisés (Gaskin, Gniesha, Chan, & McClearly, 2012 ; White, Hass, & Williams, 2012). Ensuite, la difficulté d'exiger des honoraires plus élevés – et cela reviendrait notamment – à augmenter les contentieux liés aux non-remboursements, pousse une majorité d'experts privés de la santé à ne pas s'implanter dans des zones pauvres (Hermesse & de Spiegelaere, 2011 ; Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2014).

La composition socio-économique et raciale de certaines zones, puisque précarisées, amène à une qualité et une disponibilité plus faibles de services et biens publics, dû au manque de moyens et de revenus de ces quartiers. Ces effets sont contrebalancés par le fait qu'au sein de ces espaces précarisés, s'organisent et se développent des ONG et ASBL qui influencent le développement d'organisations et de moyens qui promeuvent et facilitent l'accès à la santé (White, Haas, & Williams, 2012). D'autant plus que ces acteurs associatifs – qui jouent un rôle important dans l'accès à la santé – ont plus de chances d'être confrontés à des défis cliniques, logistiques, administratifs et sociaux plus conséquents que ceux qui se trouvent dans le système traditionnel du secteur santé. Pourtant, bien souvent, ce sont aussi des associations qui manquent de moyens, de place ou d'effectifs pour mener à bien la mission primordiale qu'elles remplissent.

Facteurs individuels : discrimination ressentie et barrières culturelles

D'un point de vue individuel, le niveau de discrimination perçu par la personne qui réside dans un quartier ségrégué peut affecter non seulement son état mais aussi son accès à la santé :

« Greater perceived racial discrimination has been associated with delays in care-seeking, filling prescriptions, use of alternative care as a substitute for conventional health care, and distrust of the health system. » (White, Haas, & Williams, 2012, p. 1283).

Les auteurs soulignent cependant que des recherches menées montrent que des minorités dans des quartiers moins ségrégués peuvent parfois subir une discrimination plus forte à cause de leur isolement. Pour autant, ils appuient le fait que l'effet conjoint de la ségrégation et de la discrimination ressentie sur la santé et l'accès à la santé de l'individu est encore trop peu exploré. Nous rajouterions même qu'il est toutefois rare que la répartition spatiale des étrangers soit tout à fait homogène dans les grandes villes occidentales (l'*evenness* de Massey & Denton). Comme mentionné dans le point 2.1 de cette section, on relève les premières traces de ségrégation durant l'Antiquité : la concentration des étrangers ou des pauvres a toujours existé. Dès lors, bien que des minorités isolées existent et nécessitent une attention aussi particulière que les minorités ségréguées, la plupart des minorités se retrouve dans des situations d'exclusion socio-spatiale dans les grandes villes. La ségrégation résidentielle « reste [en effet] un trait caractéristique à la plupart des zones métropolitaines » (Crowder & Krysan, 2016)³³. A nos yeux, ce sont deux champs d'étude différents, l'un n'excluant pas l'autre. L'accès à la santé est déjà plus difficile pour les minorités et ce, qu'elles soient ségréguées ou non. Ce mémoire tente d'interroger comment l'accès à la santé peut-il être lié à la ségrégation et à et s'exprimer à travers celle-ci.

Par ailleurs, il faut évidemment souligner les caractéristiques individuelles de la personne qui peuvent être sources de difficultés d'accès à la santé. Celles-ci ne sont pas spécifiquement reliés à la ségrégation, mais leur ampleur peut se voir démultipliée en raison du plus grand nombre d'étrangers résidant dans une zone donnée. Cette démultiplication entraîne un plus grand nombre d'individus nécessitant une attention particulière et donc, une offre de soins adaptée à ceux-ci. La langue, évidemment, peut être une source majeure de difficultés administratives et physiques dans l'accès aux soins de santé. Si les individus, et *a fortiori* les femmes ne parlent pas ou peu la langue dans laquelle s'effectuent toutes les démarches socio-médicales, cela complique un processus déjà complexe. Cette affirmation peut aussi porter sur la dimension culturelle de l'usager du service public : les barrières culturelles dans l'accès aux soins de santé est une réalité. Surtout chez les femmes migrantes qui peuvent parfois éprouver davantage de difficultés à accéder aux soins, soit pour cause de conviction, soit à cause de choix indépendants de leur volonté. Certaines femmes musulmanes, par exemple, ne peuvent pas être en contact physique avec des médecins du sexe masculin (Peleman, 2002).

³³ Traduction personnelle à partir de la phrase suivante: "Residential segregation by race remains a defining feature of most metropolitan areas and continues to exert strong and multifaceted impacts on the life chances of segregated populations." (Crowder & Krysan, 2016, Moving Beyond the Big Three: A Call for New Approaches to Studying Racial Residential Segregation, p. 18).

D'autant plus qu'il est à noter qu'en matière de soins de santé, il existe une relation asymétrique entre les groupes d'acteurs. D'un côté, l'expert médical dispose de la connaissance et représente une autorité, une place élevée dans la société tandis que l'utilisateur du service de santé dépend totalement de l'avis et du constat de cet expert (Verrept & Coune, 2016). Et du côté de l'accès à la santé, c'est la relation bureaucratique au sens wébérien du terme qui s'installe. L'accès à la santé implique le plus souvent des procédures administratives complexes, l'usage d'un ordinateur et puis la connaissance de la langue évidemment. L'inscription à la mutuelle, les mécanismes de remboursement, les demandes au CPAS pour bénéficier d'une carte médicale, la recherche d'une maison médicale qui accepte encore des membres, sont autant de démarches qui sont parfois compliquées et chronophages.

Et bien que les « médiations interculturelles »³⁴ aient vu le jour, à Bruxelles, elles sont encore trop peu nombreuses. De plus, elles sont subventionnées par l'État seulement dans les hôpitaux généraux et psychiatriques et donc absentes au sein des associations qui s'occupent de la santé, telles que les Maisons Médicales, pourtant très présentes dans les zones plus pauvres de Bruxelles (SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, 2016).

A titre théorique, les conséquences de la ségrégation peuvent être de deux titres : contextuel et individuel. Elles peuvent porter sur les structures dominantes de la société, les facteurs contextuels. La ségrégation scolaire par exemple, est une des conséquences de la ségrégation résidentielle et de la même façon, participe à multiplier les (inégalités de) chances en matière de santé et d'accès à la santé. Le fait que les médecins privés puissent délaisser, de manière volontaire ou *de facto* des zones en raison de leur niveau de précarité est un facteur contextuel qui peut avoir des conséquences importantes sur l'accès à la santé. A cela peuvent s'ajouter et se conjuguer les facteurs *propres* à l'individu, la langue, la religion, le sexe qui peuvent encore davantage compliquer un accès déjà plus difficile.

3.3 L'état de santé de l'accès à la santé à Schaerbeek

Le territoire sur lequel est demandé et s'exerce l'accès à la santé est primordial dans la compréhension de l'accès à la santé, c'est là que l'offre et la demande interagissent et c'est là où les acteurs de la santé se rencontrent et vivent. Un accès à la santé facile et de proximité, c'est s'assurer que la population d'une zone vive se développe en bonne santé. A Schaerbeek, la demande est importante en raison de la densité de population, mais aussi en raison de la précarité. L'offre est présente mais pose tout de même des difficultés.

³⁴ Fin des années nonante, la Belgique met sur pied un service de médiation interculturelle au niveau du Ministère fédéral de la Santé Publique. La médiation interculturelle a pour but global de réduire les incompréhensions entre monde hospitalier et étrangers, que ce soit au niveau de la langue, de la culture. Il peut s'agir de la traduction pure et simple, mais aussi de décodage culturel entre les usagers et le personnel soignant ou encore l'accompagnement administratif dans des démarches bureaucratiques. C'est, en d'autres mots, « la facilitation de la relation thérapeutique entre un patient et un soignant » (Verrept & Coune, 2016).

Il est à noter que l'offre de soins de santé peut, dans le cas de Schaerbeek, être avantagée puisqu'elle se manifeste davantage dans le centre que dans la périphérie. A Schaerbeek par exemple, il existe cinq cliniques et hôpitaux : Le Centre Médical Europe (CHIREC), le Jourde Laurianne, le Centre Hospitalier Jean Titeca, le Centre Médical Meiser et l'Hôpital Brugmann. Il est cependant plus ou moins normal de voir cette offre se démultiplier car premièrement Schaerbeek est une des plus grosses communes en termes démographiques, et, deuxièmement, c'est une commune centrale de Bruxelles et donc plus facile d'accès. Via l'observation du terrain à Schaerbeek, nous avons également observé de nombreux médecins qui portent des noms de famille d'origine étrangère, ce qui peut faciliter l'accès aux soins. Un patient aura plus de facilité de s'adresser à un médecin qui détient la même nationalité que lui. Par exemple, une femme marocaine pourrait être intéressée de se tourner vers une femme docteure de la même origine pour éviter les barrières de la langue et de la culture et se sentir plus proche de son médecin traitant.

Tentons d'aborder les quatre conséquences liées à/renforcées par la ségrégation résidentielle mentionnée ci-dessus. Quatre items ont été relevés quant aux impacts de la ségrégation résidentielle sur l'accès à la santé, relevant de deux ordres : contextuels et individuels.

Facteurs contextuels : ségrégation scolaire et manque d'offre de soins

Le premier point mentionné concernait la ségrégation scolaire. De ce point de vue, notre recherche de terrain et théorique n'a pas exploré la question. Le lien à lui seul mériterait une recherche spécifique. Le système scolaire complexe à Bruxelles et la probable ségrégation scolaire renforcent une inégalité des chances au sein de la population schaarbeekoise.

Du côté du manque d'accessibilité de médecins et spécialistes à Schaerbeek, plusieurs éléments de réponses vont dans ce sens. En octobre 2017, à propos du nombre de médecins inégalement répartis à Bruxelles, la RTBF écrivait :

« Certaines communes comme Saint-Josse ou Koekelberg en ont [le nombre de médecins] carrément trois fois moins que Woluwe-Saint-Pierre ou Woluwe-Saint-Lambert. En cause : **le manque d'attractivité de certaines communes**³⁵ alors que la population, elle, ne cesse d'augmenter. » (Le nombre de médecins est très inégalement réparti à Bruxelles: pénurie en vue?, 2017).

Cette inégalité de répartition du corps médical a été soulignée dans plusieurs rapports relatifs à la santé à Bruxelles mais plutôt d'une manière générale, sans mentionner exactement les chiffres. Dans les statistiques officielles ne figurait pas le nombre de médecins par commune ou quartier. Pourtant,

³⁵ C'est nous qui soulignons.

avec un geste aussi simple que consulter l'annuaire téléphonique, nous trouvons 174 résultats pour la recherche « médecins généralistes » à Schaerbeek (133 042 habitants) et 319 résultats pour Uccle (82 307 habitants)³⁶. Ceci laisse à penser qu'effectivement, il existe un manque d'offre ou une répartition inégale de l'offre, en tous cas du point de vue des médecins généralistes. Uccle compte en effet près de deux fois plus de médecins que Schaerbeek alors que la commune est aussi deux fois moins peuplée. Louisa, responsable santé communautaire au sein d'une Maison Médicale (MM) rappelle à ce titre que la genèse des MM part du manque d'offre de soins – publique et privée – dans les milieux les plus précarisés.

Q : Du coup, on dirait qu'à Schaerbeek, les MM ont été implantées pour contrebalancer peut-être un manque du Service public par rapport à la santé qui était peut-être pas présent ?

R : Tout à fait, tout à fait. C'est clairement dans cette optique-là que les MM ont été créées dans les années 60-70 : parce qu'il ne trouvait pas une offre de soins qui permettait aux gens d'avoir accès à la santé aussi. Et c'est comme ça aussi que la MM s'est créée ici. Les médecins qui ont créé la MM se sont dit « Où est-ce qu'on va aller s'implanter, dans quel quartier, on va aller s'implanter ? Oh ben tiens, près de la gare du Nord, un des quartiers de Schaerbeek. Donc voilà c'est quand même donner accès aux soins de santé à un public précarisé. Les premières maisons (médicales) c'est à Charleroi, dans les quartiers, disons immigrés, précarisés.

Il semblerait donc qu'il existe une inadéquation entre l'offre et la demande d'accès aux soins, et qu'une commune plus précarisée comme Schaerbeek présente peut-être moins d'attrait pour les médecins généralistes privés puisque dans notre exemple, ils sont surreprésentés par rapport à leur population dans la commune d'Uccle. D'ailleurs, il n'existe qu'une Maison Médicale à Uccle, ce qui va dans le sens de l'hypothèse selon laquelle les ASBL pallient les manquements d'offre de soins dans les zones plus précarisées et, ici, ségréguées.

Les cartes et Maisons Médicales comme outils ?

A Bruxelles, un des services en termes de santé pour les populations précarisées est la carte médicale disponible via le CPAS (donc lorsqu'on est bénéficiaire d'une aide sociale du CPAS). Elle permet à son usager un accès limité à certains soins gratuits pour une durée déterminée. Cette carte est donc typiquement demandée dans une population précarisée et dans le cas des migrants et des migrantes, étrangère et ségréguée. Cependant, chaque CPAS est libre de choisir s'il adhère ou non à cette politique de « carte médicale », ou « carte santé » et chaque CPAS peut également choisir l'étendue des frais de santé du bénéficiaire :

« Certains CPAS interviewés ont même mis en place plusieurs dispositifs de carte médicale recouvrant des prestations et des catégories de personnes différentes. » (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2014, p. 7).

³⁶ Pour Schaerbeek, disponible via [ce lien](#).
Pour Uccle, disponible via [ce lien](#).

Selon Louisa³⁷, c'est également un domaine très réglementé et surveillé par le CPAS ; elle déclare qu'il y a « beaucoup plus de contrôle dans l'attribution des cartes médicales ». Elle précise que la politique actuelle en matière de santé de Maggie de Block impose encore davantage de contrôles au sein des différents CPAS belges.

Ce dispositif social est le dernier recours en termes d'accès à la santé pour les populations les plus précarisées. Il constitue donc un outil majeur d'interaction sociale puisque la santé est un des facteurs permettant à une personne de s'intégrer dans la société. C'est le cas de Fatima, naturalisée depuis 7 ans, cette Belge d'origine marocaine est résidente de Schaerbeek, qui est bénéficiaire du CPAS. Dans un français en cours d'apprentissage, elle nous a confié qu'elle n'avait jamais eu de problème pour acheter des médicaments ou pour payer une intervention car elle bénéficiait d'une carte de santé qui recouvrait tous ses soins de santé. De manière un peu surprenante, elle dresse un bilan très positif de son accès à la santé à Schaerbeek. Une carte santé dont elle disait être très satisfaite. Le problème, c'est que cette carte de santé n'est disponible que pour les personnes bénéficiant du CPAS, ce qui en exclut l'accès pour toutes les populations ayant un emploi mais vivant dans la précarité. D'autant plus que :

« L'aide sociale octroyée par le CPAS est parfois complexe à mobiliser. Y recourir est, selon des associations dans lesquelles des personnes pauvres se reconnaissent, « chronophage et énergivore ». Une demande d'aide implique notamment de révéler, parfois de manière répétée, ses problèmes de santé. L'aide sociale ajoute des démarches administratives aux démarches médicales, souvent déjà lourdes à mener pour des personnes malades et précarisées. Elle est parfois vécue par les personnes pauvres et précarisées comme stigmatisante et comme un obstacle à l'accès direct aux dispositifs de soins. L'aide sociale et le dispositif de carte médicale n'en restent cependant pas moins de l'avis de tous et faute d'alternative, une garantie fondamentale et indispensable d'accès aux soins pour un grand nombre de personnes pauvres et précarisées. » (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2014, p. 8)

Raison pour laquelle le réseau des Maisons Médicales (MM), en raison de son fonctionnement au forfait, constitue une alternative d'accès facilité à la santé, peu cher et de proximité. A Schaerbeek, il en existe dix. Louisa, comme Fatima, a souligné le rôle primordial des MM dans ces zones précarisées et ségréguées telles que le nord-ouest de la commune de Schaerbeek.

C'est dans ces communes-là aussi qu'on rencontre le plus de Maisons Médicales. Donc que ça va leur donner une facilité d'accès aussi ou de structures d'aide sociale. Louisa, Schaerbeek, le 24 juillet 2018.

Puisque la plupart des MM fonctionnent au forfait, elles permettent donc d'avoir un accès à la santé des plus accessibles. Mais à Schaerbeek, elles sont toutes saturées. Chaque MM admet son nombre maximum de patients et n'en accepte plus de nouveaux. L'intérêt étant évidemment de pouvoir fournir un rendez-vous rapidement mais un rendez-vous durant lequel le personnel médical peut prendre son temps avec le patient.

Si on ne sait pas donner un rendez-vous dans les 2 jours, ça n'a pas de sens et puis la prise en charge n'est pas remplie donc la mission des médecins n'est pas remplie. Louisa, Schaerbeek, le 24 juillet 2018.

³⁷ Nom d'emprunt.

Ces MM n'ont pas de liste d'attente bien qu'elles soient toutes complètes. Ainsi, les individus les plus précarisés et dans notre cas, les femmes migrantes ségréguées peuvent plus difficilement accéder à un système de prise en charge médicale accessible et humain. La saturation de ces MM sous-entend qu'il existe encore une demande forte d'un accès à la santé abordable qui prend en considération les spécificités de leur patientèle.

Facteurs individuels : discrimination et caractéristiques personnelles

D'un point de vue de la discrimination ressentie, les limites de notre travail de terrain n'ont pas pu apporter de résultats pertinents. Il aurait fallu mener beaucoup plus d'interviews en profondeur avec des femmes migrantes de Schaerbeek, marocaines ou non. Explorer dans quelle mesure elles subissent des discriminations qui influencent leur vision d'elles-mêmes est primordial. Être en bonne santé passe aussi par la perception de soi.

L'aspect barrière de la langue a davantage été perceptible. A travers nos premières démarches directes pour aborder les femmes marocaines à Schaerbeek, il s'est très vite fait sentir qu'il existait et persistait toujours un problème de langue dans une partie de la population schaarbeekoise. Les femmes que nous avons abordées parlaient souvent très mal le français ; certaines d'entre-elles, ont répondu en arabe, indiquant qu'elles ne savaient pas parler français. D'où la difficulté évidente, pour certaines, de les interviewer sans interprète.

Bien que des rapports et articles de presse relatent un taux d'analphabétisme inquiétant à Bruxelles, aucun taux d'analphabétisme par commune ou par quartier n'a été trouvé (État des Lieux de l'Alphabétisation, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2014 ; RTBF, 2010). Dans la Maison Médicale du Nord à Schaerbeek, Louisa nous explique qu'on compte beaucoup de patientes très isolées qui ne parlent pas ou très peu le français. Fatima, la femme belgo-marocaine que nous avons interviewée, s'exprimait dans un français des plus élémentaires, bien que cela fasse 27 ans qu'elle vit en Belgique. Cette femme a pendant 20 ans été isolée dans son domicile par son mari qui voulait qu'elle s'occupe exclusivement de ses enfants. Pendant vingt ans, elle a donc eu très peu d'interaction avec la société, et donc avec le français. Cela fait maintenant sept ans qu'elle est divorcée de son mari, grâce notamment à des ASBL comme *De Schutting*, ou la Maison d'Accueil de Schaerbeek. Évidemment, toutes les femmes ne sont pas dans ce cas d'isolement spatial et social, mais il demeure à Schaerbeek une surreprésentation de ces femmes.

Il existe d'ailleurs de nombreuses associations d'apprentissage du français, un des piliers du programme de Cohésion Sociale de Bruxelles, un programme régional instauré par un décret en 2004.

Ce décret délègue à la commune des subsides et des lignes directrices et la commune choisit quelles associations et projets subsidier pour atteindre les objectifs fixés par la COCOF. A Schaerbeek, c'est l'Harmonisation Sociale Schaerbeekoise qui s'occupe de cette mission para-communale, elle agit comme un relais entre la commune et les ASBL. Rien qu'à Schaerbeek, 24 associations ont pour mission l'apprentissage du français comme langue étrangère et l'alphabétisation de la population. Fatima y prend maintenant des cours trois fois par semaine grâce à ce programme offert par la Commune, le CPAS et les ASBL en même temps. Ce défi d'apprentissage de la langue est lié au statut de migrant, mais la ségrégation doit également avoir un aspect sur celui-ci. Le fait que les communautés puissent se retrouver et maintenir leurs habitudes, comme à Rue du Brabant par exemple, le « Mini-Marrakech » selon les Schaerbeekoïses, est à la fois positif et négatif. Cette rue abrite exclusivement des magasins marocains et on entend davantage parler arabe que français. Là s'illustre un des phénomènes paradoxaux de la ségrégation : d'un côté, elle permet aux migrants de pouvoir s'installer sans perdre trop de repères, de trouver une communauté similaire, des facilités de langue, de valeurs, de culture. D'un autre côté, elle peut être source d'isolement social et de difficultés quotidiennes.

Notons toutefois que la population marocaine, puisque implantée historiquement depuis plus de quarante ans sur le territoire belge et bruxellois, compte une seconde et même une troisième génération des plus importantes en Belgique. Celles-ci représentent des sources d'opportunité pour les parents ou les grands-parents, comme dans le cas de Fatima. Elle précise dans son français modeste qu'elle n'a jamais eu de problèmes de communication dans le domaine de la santé : soit elle se débrouillait, soit elle demandait à son fils de l'accompagner quand c'était trop important.

GD: Et quand vous parliez pas du tout français, tous ces problèmes par exemple, aller chez le médecin etc, est-ce que c'était plus compliqué parce que vous ne parliez pas français?

FN: Non, je trouve toujours. Parfois quand quelque chose de grand grand, je demande mon fils, il est avec moi, on fait ensemble.

GD: Parce que lui il parle bien français donc il peut traduire?

FN: Oui! Mais si c'est quelque chose de petit, toute seule.

Ainsi, les problèmes d'accès à la santé relatifs à la langue peuvent peut-être être atténués chez les Marocains ou les migrants de seconde génération par rapport à leurs parents ou grands-parents. On aperçoit à Schaerbeek une construction d'un tissu associatif qui tente de pallier ce manque qui demeure un tremplin dans la société, dans son aspect social, culturel et économique.

Nous avons exploré, à travers ce chapitre, les moteurs existant en amont et en aval de la ségrégation résidentielle en termes d'accès à la santé. En amont, le statut de migrant est associé à un déterminant social d'inégalités de santé. Ceci a pour conséquence qu'un migrant a non seulement plus de chances de subir des inégalités de santé et d'accès à celle-ci mais aussi qu'il faut donc leur accorder une attention politique et académique toute particulière. En aval, ce sont les conséquences de la ségrégation résidentielle qui sont étudiées pour comprendre les difficultés d'accès à la santé. Elles relèvent de deux ordres : contextuel et individuel. Celles-ci sont testées sur l'approche de terrain que

nous avons abordée avec le cas de Schaerbeek. L'exemple de Schaerbeek qui a relevé deux remarques importantes. La première, c'est que le manque d'offre de soins de santé privé (facteur contextuel) relevé à Schaerbeek compensé par un tissu associatif, via notamment les Maisons Médicales. Celles-ci permettent un accès à la santé accessible et de qualité pour ceux dont l'intersection de marqueurs d'inégalités est génératrice de difficultés. La deuxième remarque, c'est que la seule femme migrante que nous avons interviewée semblait, à notre surprise, satisfaite de son accès à la santé. Grâce à sa carte médicale, au CPAS et à sa Maison Médicale, elle dresse un bilan positif de son accès à la santé. Pourtant, deux considérations sont à faire : son parcours n'aurait pas été possible sans l'intervention d'ASBL telle que la Maison d'Accueil et *De Schutting*. Celles-ci ont administrativement et humainement facilité les processus derrière l'obtention de la Carte médicale par exemple, ou le divorce de son mari qui a été révélateur d'une liberté et d'un bonheur peu connus par Fatima. La deuxième considération est qu'il faut être conscients qu'une interview est évidemment loin d'être représentative bien qu'elle constitue une vérité qui mérite d'être mentionnée sans être surévaluée.

4 Femme, migrante, ségréguée : l'intersection de déterminants sociaux d'inégalités

Une des volontés de ce mémoire est de tenter de rapprocher deux théories qui n'ont pas encore été rapprochées : d'un côté, la ségrégation, et de l'autre, l'intersectionnalité. La ségrégation a été largement étudiée dans la section précédente. Ici, nous allons davantage nous concentrer sur l'intersectionnalité, sa genèse, ce qu'elle sous-entend et les implications que ce concept pourrait avoir chez une femme, migrante et ségréguée. Ce type d'analyse s'appliquerait parfaitement à la femme marocaine à Schaerbeek. Malheureusement, l'étendue de nos données récoltées sur le terrain reste trop limitée. Il est cependant à nos yeux important d'exposer ici un concept théorique d'analyse sociologique jamais abordé sous cet angle : prendre la place de résidence comme étant un marqueur social d'inégalité auquel s'ajoute à ceux d'être une femme et d'être migrante.

4.1 L'intersectionnalité comme concept sociologique et socio-économique

L'intersectionnalité est un concept imaginé par Kimberlé Crenshaw en 1989, une avocate noire américaine. Cette approche se crée en réaction aux mouvements féministes des années 60 aux États-Unis qui étaient davantage des mouvements issus de population blanche et de classe moyenne, excluant *de facto* les femmes noires de leur combat. Peu d'attention était effectivement portée sur les femmes noires, le combat des *blacks* représentait un combat en soi, et celui des féministes – blanches –, un autre. La tendance en effet était à traiter la race et le genre comme étant deux catégories mutuellement exclusives, tant en termes d'expérience qu'en termes d'analyse (Crenshaw, 1989). C'est pourquoi

Crenshaw dénonce dans son article *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex* (1989) la façon dont la discrimination est vue et comment elle est traitée par les politiques et les juges, à savoir catégorisée comme étant des problèmes différents. Or l'un n'exclut pas l'autre. C'était la mise en lumière de la triple oppression des femmes, noires et membres de la classe ouvrière. L'intérêt était donc d'entendre le mouvement des *Black Feminists* et de prendre pour postulat plus général qu'être une femme est un marqueur social d'inégalité, mais qu'il peut se conjuguer avec d'autres marqueurs sociaux créant des inégalités, dans ce cas, la couleur de peau ou la race ou la classe sociale. C'est donc la conjugaison d'une approche féministe et antiraciste qui, au départ, formaient deux champs d'étude distincts. C'est donc une théorie sociologique critique puisqu'elle permet de se concentrer sur les intérêts spécifiques des minorités qui se situent à une intersection d'axes sources d'inégalités sociales, ces intérêts n'étant pas, à l'époque, représentés par des mouvements sociaux (Jaunait & Chauvin, 2013). Cette approche a gagné de l'importance à la fin des années 90 du côté anglo-saxon puis s'est progressivement implantée en Europe et dans la littérature francophone à partir des années 2000. Cependant à l'heure actuelle, bien que des rapports de l'UE commencent à abonder sur le sujet, il n'existe toujours pas de cadre législatif pour aborder ces discriminations féminines et de cette manière, d'inclure l'intersectionnalité (ENNA: European Network Against Racism, 2018). Pourtant, une auteure majeure comme Leslie McCall décrit l'importance majeure que ce concept a eu et continue à avoir sur l'étude portée sur les femmes :

« One could even say that intersectionality is the most important theoretical contribution that women's studies, in conjunction with related fields, has made so far. » (The complexity of Intersectionality, 2005, p. 1771).

Comme pour l'étude de la ségrégation, la recherche portant sur l'intersectionnalité est d'abord partie de l'exemple noir aux États-Unis pour progressivement s'étendre au reste du monde. Le fondement théorique de l'intersectionnalité, tout comme celui de la ségrégation, vient de l'étude de la reproduction des inégalités, de la domination et de l'oppression. Encore une fois, l'exemple américain est peut-être plus significatif en termes d'effets et donc plus visible. En Europe, ces deux phénomènes – ségrégation et intersectionnalité – sont davantage liés à *des* nationalités au sens large, à la notion « d'étranger », tandis que les USA sont davantage tournés à *une* race – les noirs – en raison de l'histoire de l'esclavagisme³⁸. Pour rappel, Bruxelles est en effet la deuxième ville la plus cosmopolite au monde après Dubaï (Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), 2016).

Comme nous l'avons expliqué dans la partie méthodologie, ce mémoire adopte une approche intercatégorielle. Nous étudions donc, à travers l'approche intersectionnelle, l'interaction des relations qui existent entre différents groupes sociaux : d'une part, la majorité belge, et d'autre part, la minorité

³⁸ Évidemment, la recherche portant sur la ségrégation résidentielle ou sur l'intersectionnalité aux États-Unis n'est pas *plus simple* à analyser, mais les résultats peuvent parfois être plus frappants car la dichotomie entre noirs et blancs est toujours très importante et sans doute plus importante que les niveaux moyens de ségrégation européens.

immigrée ségréguée et plus particulièrement les femmes migrantes marocaines résidant à Schaerbeek. La dimension de la relation étudiée est l'accès aux soins, mais, d'une manière générale, elle s'inscrit dans une perspective d'analyse des inégalités.

4.1.1 Les trois marqueurs traditionnels : genre, classe, race

L'intersectionnalité peut être définie comme l'analyse de multiples formes de discriminations créées par l'intersection de marqueurs sociaux tels que le genre, la classe ou la race³⁹. Ces discriminations peuvent être de diverses formes, et ainsi refléter le niveau micro, meso ou macro d'un niveau d'analyse. Elles peuvent renvoyer au sens large, aux structures macro de dominations présentes dans la société. L'écart salarial généralisé entre les hommes et les femmes d'une part et les hommes blancs et les femmes étrangères d'autre part, montre que ces structures dominantes existent, bien qu'elles soient plus difficiles à analyser puisque macro. Elles peuvent également renvoyer au niveau meso d'étude, comme par exemple les différences au niveau de l'éducation secondaire entre les garçons belges et filles d'origine nord-africaine. Enfin, elles peuvent se situer au niveau micro, c'est-à-dire les implications quotidiennes de ces discriminations dans la vie des femmes étudiées.

L'approche intersectionnelle vise à étudier les relations d'identités complexes qui s'entrecroisent chez les femmes, et comment elles peuvent être co-constitutives l'une de l'autre : ces catégories d'identité ne doivent pas être vues comme indépendantes ou séparées l'une de l'autre (Gender Development Network, 2017, p. 2). Ces intersections sont dynamiques, elles ne sont pas figées dans le temps : elles évoluent de la même façon que la société.

Explorons brièvement les trois marqueurs sociaux les plus relevés dans la littérature. L'idée derrière l'approche intersectionnelle est d'identifier les relations de pouvoir pertinentes pour analyser leur interrelation et les changements qui s'y opèrent. Avant d'étudier un phénomène de création d'inégalités, il faut d'abord étudier les catégories qui participent à la création de ces inégalités. Ils sont traditionnellement de trois ordres dans l'étude intersectionnelle : genre, classe, race. Évidemment, l'intérêt n'est pas de les étudier de manière isolée mais justement conjuguée.

Genre

Le genre représente plus que seul le concept binaire de « genre » à savoir, homme ou femme. Il peut également être lié à l'orientation sexuelle de l'individu, et englobe donc les lesbiennes, les bisexuelles et les personnes qui sont en attente de changer de sexe ou ont changé de sexe (Winker &

³⁹ Dans la littérature anglo-saxonne, le terme race est beaucoup plus présent que dans la littérature francophone. Cependant, des auteurs utilisent de manière fréquente cette appellation. Nous choisirons tantôt d'écrire race, tantôt d'écrire nationalité.

Degele, 2011). Les divisions liées au genre concernent l'organisation de formes de représentation et de discrimination qui s'articulent autour de la différence sexuelle et de la reproduction biologique, qui sont les deux bases ontologiques du genre (Anthias & Yuval-Davis in Martiniello & Rath, 2010, p. 475).

En Belgique, l'écart salarial annuel entre hommes et femmes s'élève à 20,6% en 2014. Autre chiffre significatif : les femmes gagnent par heure en moyenne 7,6% de moins que les hommes pour la même année (SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale, 2017). Une des principales causes de cet écart salarial est la trop grande représentation des femmes dans les temps-partiels et la différence entre hommes et des femmes travaillant à temps partiel par choix. A titre d'exemple, pour près de la moitié des femmes en temps partiel en 2014 (49%), c'est la raison vie de famille qui est invoquée dans le choix de ce mi-temps. Ce chiffre est moitié moins grand pour les hommes (23%) (SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale, 2017).

Ces quelques chiffres illustrent les inégalités sociales généralisées par le seul fait d'être une *femme*. Les problèmes d'égalité homme femme en santé n'est toujours pas réglé en Belgique. En 2017, la Belgique perdait 9 places dans le classement de l'égalité des genres du forum économique mondial, passant de la 24ème place à la 31ème place (Le Vif, 2017). Une des sous-catégories de ce classement concerne les matières de santé et d'espérance de vie, où la Belgique descend à la 63ème place.

Classe sociale

Les classes sociales ont une place prépondérante dans l'analyse intersectionnelle. Cependant, ce terme est souvent considéré comme un terme fourre-tout (in)capable d'expliquer les inégalités socio-économiques.

Pourtant, la classe sociale est vue surtout comme une catégorie permettant de mettre en lumière des éléments de vérité – privilèges ou discriminations – dans la société qui s'applique, de manière variable, à tout un pan de la population. Il ne s'agit pas pour autant de « catégoriser » et de simplement voir la société à travers trois classes sociales différentes (modeste, moyenne et haute). Il s'agit d'analyser et de comprendre les mécanismes se cachant derrière ce terme de « classe » et de voir dans quelle mesure et pourquoi celui-ci interagit avec les autres pour créer des inégalités qui s'imbriquent et, potentiellement, se multiplient (Anthias, Hierarchies of social location, class and intersectionality: Towards a translocational frame, 2012).

Race, ethnicité, nation

La race est un concept très controversé en Europe : il s'inscrit dans un débat similaire à celui de « l'ethnicité ». Le terme race illustre une réalité perceptible mais moins visible qu'auparavant puisque le climat de montée de nationalisme(s) en Europe, même s'il n'utilise pas directement la race, adopte

implicitement une politique de la Nation, du « nous » qui exclut ou limite les autres. Les autres, ce sont les étrangers, ceux qui n'ont pas la nationalité, mais aussi ceux qu'ils l'ont, comme nous l'avons déjà expliqué avec les Belges d'origine étrangère. Le racisme moderne, ce n'est pas la création de discours explicites sur une race, contrairement à ce qui a pu se faire dans l'*apartheid* ou durant le nazisme. Le racisme moderne ne cherche pas à accuser directement certaines *races* mais plutôt à créer un lien de causalité entre ces groupes et des effets négatifs tels que la délinquance ou le radicalisme. Ainsi, sans mettre de mot sur la race, celle-ci tient toujours une place prépondérante dans l'analyse des inégalités. D'autant plus que la plupart des sociétés modernes européennes se considèrent comme égalitaires bien que ces sociétés prévoient, *de facto* des différences de traitement dans ces différents groupes.

L'ethnicité apporte une dimension que la race n'apporte pas. Ce n'est pas seulement une fonction d'identité de la part de l'individu. Elle peut également – et surtout – être vue comme une représentation sociale par d'autres groupes. A la différence de la race, elle peut renvoyer à une représentation du groupe ethnique lui-même ou de ce que d'autres groupes en font.

« Ethnicity may be constructed outside the group by the material conditions of the group and its social representation by other groups. » (Anthias & Yuval-Davis in Martiniello & Rath, 2010, p. 476).

La nation, quant à elle, représente simplement la nationalité de l'individu, qui définit évidemment sa trajectoire dans un pays d'accueil. Nous repensons à ce sujet, à la différence entre « migrants » et « expats » telle que nous l'avons mentionnée dans la section 1. La différence de traitement en fonction de l'autre, de l'étranger est un fait avéré dans toutes les sociétés modernes.

L'intersection de ces trois marqueurs sociaux, genre, classe sociale et nation comme producteurs d'inégalités multiples peut être illustrée par cet extrait, issu du Baromètre social de la Pauvreté à Bruxelles :

« La proportion des bénéficiaires d'un (E)RIS⁴⁰ (tous âges confondus) au sein de la population bruxelloise (3,5 %) est un peu plus élevée chez les femmes (3,7 %) que chez les hommes (3,2%) en janvier 2016. La proportion de bénéficiaires d'un (E)RIS varie aussi de façon importante selon la nationalité : le pourcentage de bénéficiaires est le plus bas parmi les Bruxellois de nationalité européenne (UE-28) et le plus élevé parmi les Bruxellois de nationalité non-européenne. » (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2017, p. 25).

D'autant plus que « Le taux d'activité des femmes ressortissantes de pays hors UE- 28 est particulièrement bas (40 %, contre 72 % pour les hommes). » (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2017, p. 34).

Cet extrait implique deux choses : premièrement, que les femmes résidant à Bruxelles sont plus nombreuses à bénéficier d'aides sociales, ce qui constitue la dernière aide financière accordée pour pouvoir survivre. Deuxièmement, il s'agit de mettre en lumière qu'il existe bel et bien une différence dans la vision et le traitement de « l'autre » : ici, ce sont les Bruxellois de nationalité européenne qui

⁴⁰ Revenu d'Intégration Sociale ou Equivalent de Revenu d'Intégration Sociale.

affichent le pourcentage de bénéficiaires de cette aide le plus bas, et ceux hors UE le plus haut. Il existe dès lors bel et bien une différence, de fait et en chiffres, entre « migrants » et « expats », les migrants représentant davantage ceux issus de l'immigration hors UE ou ceux venant de pays de l'Est. Il serait attendu que, statistiquement, les femmes originaires d'en dehors de l'UE bénéficient davantage de ce revenu d'intégration. Les femmes venant d'en dehors de l'UE se retrouvent dès lors davantage au chômage comparé aux hommes non-européens. Ceci contribue à creuser le fossé entre d'une part, les hommes natifs qui détiennent les meilleures opportunités sur le marché de l'emploi, et de l'autre les femmes migrantes et issues de minorités comme étant les plus désavantagées dans de nombreux pays européens (Wrench, Roosblad, & Kraal, 2009, p. 11). En effet, l'autre versant de l'intersectionnalité comme l'intersection de marqueurs sociaux comme producteurs d'inégalités est l'intersection de marqueurs qui produisent des opportunités : être un homme blanc, issu de la classe moyenne et homosexuel peut produire des inégalités à cause de l'orientation sexuelle, mais peut produire des opportunités en raison de la couleur de peau et de la classe sociale (Shields, 2008).

L'Observatoire de la Santé de Bruxelles, dans son rapport concernant les femmes sur le marché de l'emploi, a réussi à rendre compte, sans utiliser le mot, de la réalité intersectionnelle que peuvent subir les femmes à Bruxelles (comme ailleurs) :

« Les inégalités de genre sur le marché de l'emploi affectent plus particulièrement certains groupes de femmes, comme les moins diplômées, les ressortissantes non-européennes, les femmes seules avec enfants. Un niveau de scolarité faible ainsi que le fait d'être de nationalité non-européenne apparaît encore plus pénalisant pour les femmes que pour les hommes. Il faut garder à l'esprit que différents facteurs pénalisants sur le marché du travail (niveau de diplôme faible, nationalité non-européenne, famille monoparentale,...) peuvent se cumuler, renforçant les difficultés d'accès à l'emploi et les inégalités en général. » (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, 2015, p. 13).

Ceci est un exemple qui illustre comment être une femme, migrante et de classe sociale plutôt basse constitue le groupe le plus discriminé sur plusieurs aspects. Évidemment, un niveau de diplôme bas donne moins de chances de trouver un travail et ce, indépendamment du genre. L'intérêt de l'approche intersectionnelle est d'étudier comment les femmes souffrent davantage d'un constat qui en toute logique, devrait être plus ou moins égal au sein de chaque genre. Les inégalités sociales, économiques et financières sont mondiales, mais dans le cas des femmes migrantes, elles sont aggravées par le fait d'être une femme et d'être migrante. Et puisque le statut de migrant est un déterminant social d'inégalités : elles sont encore davantage victimes de ces injustices. En d'autres termes :

« Intersectionality aims to destabilize discrete forms of oppression and individual categories of subordination with the aim of exposing their complexity and their interconnections » (Bastia, 2014, p. 238).

Cette approche postule donc que le genre est un générateur de dimensions horizontales et verticales d'inégalités sociales. Dans le cas de l'accès à la santé, cette approche intersectionnelle est intéressante puisqu'elle pose la question de savoir comment les femmes migrantes peuvent subir des inégalités qui se chevauchent en raison de trois déterminants sociaux d'inégalité : être une femme, être une migrante et être une migrante en tant que déterminant social de la santé.

4.1.2 Concept fourre-tout ou théorie cohérente ?

La difficulté avec cette approche est qu'elle décrit tellement de réalités différentes qu'il est non seulement difficile de la définir mais aussi difficile de l'intégrer dans la réalité sociétale afin de réduire ces inégalités. Le danger est de tomber dans un concept fourre-tout qui résulterait en une théorie bancale. Deux difficultés principales sont identifiées : premièrement, le problème du réductionnisme et deuxièmement, la construction sociale de « l'autre » comme étant différent. En premier lieu, dès qu'une approche en science sociale ou en droit prend pour cible une identité ou une catégorie de personnes, le risque est de tomber dans le piège du réductionnisme (Bürkner, 2012). Les pratiques sociales et les niveaux sociaux visés par ces pratiques sont, en général, bien plus complexes dans la réalité que ce qui y est écrit sur papier. Évidemment, cette critique pourrait être adressée à plusieurs domaines de recherche ; prendre conscience de ce risque est souvent compromis par la nature générale d'une loi censée être assez homogène pour couvrir tous les cas visés par le texte de loi.

Il est nécessaire que les scientifiques étudient de façon précise ces différents phénomènes d'exclusion et de discrimination spécifiques. L'étude des traits distinctifs de ces discriminations multiples s'appliquent davantage à la mise en place d'une politique locale de lutte contre la discrimination. Il faut cependant être conscient qu'au niveau national, les lois portant sur la discrimination sont générales et souvent floues en raison de leur large portée. Cela s'applique de manière plus forte encore dans le cas des directives européennes.

Pourtant, ne pas tomber dans le réductionnisme est une mise en garde que de nombreux auteurs ont mis en avant dans leur étude sur l'intersectionnalité (Crenshaw, 1989 ; Jaunait & Chauvin, 2013 ; McCall, 2005). C'est même dans l'essence de l'intersectionnalité de ne pas généraliser le parcours des différentes femmes. Les femmes migrantes, en raison de leur histoire migratoire, de leur passé, de leurs ressources et de leur niveau d'intégration dans la société d'accueil, sont toutes différentes. Par conséquent, le niveau auquel elles peuvent être sujettes à des discriminations l'est aussi. Pourtant, il existe bel et bien une tendance générale européenne à la discrimination envers les femmes et les migrants : en 2016, en moyenne, le salaire horaire brut des femmes européennes était inférieur de 16,2% par rapport aux hommes (Eurostat, 2018). La Commission européenne, pour ne citer qu'elle, souligne que les migrants, les ressortissants de pays tiers, ont bien plus de risque que les nationaux d'être soit au chômage, soit d'être sur-représentés dans certains secteurs (European Commission, 2017). Cette information conjuguée avec la première souligne la difficulté de saisir les différentes sources d'inégalités et comment elles se recouvrent et/ou interagissent. L'autre difficulté est aussi de définir des « profils » des femmes minoritaires objets de ces discriminations, sans pour autant tomber dans le réductionnisme.

Cette première difficulté peut produire la seconde, à savoir le « groupism » dans lequel les groupes sont considérés comme donnés. Ce « groupisme » peut avoir des impacts sur la manière dont les individus issus des groupes minoritaires se perçoivent, sur leur confiance en soi, en termes de sentiment d'appartenance et de rejet et peut même affecter leur opportunité dans la vie (Anthias, 2012). Cela contribue à créer une reproduction sociale de l'altérité ce qui implique à la fois les sentiments d'inclusion et d'exclusion, qui peuvent produire des pratiques et des discours discriminatoires (Bürkner, 2012).

Pourtant, le flou qui entoure le concept de l'intersectionnalité permet tout de même de mieux comprendre les inégalités sociales et économiques, domaine souvent régi soit par le domaine législatif de la discrimination, soit de celui du genre ; les deux sont déjà relativement flous parce que trop généraux.

Récemment, en mai 2016, un rapport créé par le Réseau européen d'experts juridiques en matière d'égalité des sexes et de non-discrimination a souligné la difficulté de mettre en œuvre l'approche intersectionnelle comme cadre légal européen. Cette difficulté repose sur le fait que cette approche recouvre trois différentes directives européennes : celle qui concerne la race et l'origine ethnique⁴¹, une autre qui concerne la religion ou les convictions, le handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle⁴² et plusieurs directives reliées à la discrimination liée au genre⁴³. Ceci mène à une régulation complexe en la matière, et une confusion sur le plan légal pour la Cour de Justice de l'UE. En effet, puisque les portées légales sont différentes au sein de chaque directive, celles-ci donnent lieu à des implémentations différentes au niveau national (European Commission, 2016).

Le paradoxe qui réside dans l'approche intersectionnelle est le suivant : ses faiblesses constituent ce qui a pu expliquer son succès en premier lieu (Davis, 2008). Le manque de précision de ce concept et les nombreuses pièces manquantes au puzzle pour l'implanter ont pourtant fait d'elle un outil heuristique très utile pour la théorie féministe critique. L'intersectionnalité nous montre que le monde qui nous entoure est toujours plus compliqué que ce que nous l'avions imaginé.

⁴¹ Directive 2000/43/CE du Conseil du 29 juin 2000 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique.

⁴² Directive 2010/C137E/22 du Conseil relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de religion ou de convictions, de handicap, d'âge ou d'orientation sexuelle

⁴³ A titre d'exemples: "Council Directive 79/7/EEC of 19 December 1978 on the progressive implementation of the principle of equal treatment for men and women in matters of social security; Council Directive 92/85/EEC of 19 October 1992 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health at work of pregnant workers and workers who have recently given birth or are breastfeeding; Council Directive 2004/113/EC of 13 December 2004 implementing the principle of equal treatment between men and women in the access to and supply of goods and services (...)." (European Commission, 2016, p. 62).

Pour terminer, c'est la phrase d'Helma Lutz que nous retiendrons pour clore ce sous-point : "Intersectionality promises almost everything: to provide complexity, overcome divisions and to serve as a critical tool. However, the expansion of the scope of intersectionality has created a consensus that conceals fruitful and necessary conflicts within feminism" (Lutz, 2014, p. 3).

4.2 Le lieu de résidence comme quatrième marqueur social

Une de nos principales hypothèses part du postulat que le lieu de résidence pourrait agir comme un marqueur social dans l'approche intersectionnelle. L'intérêt est donc de rejoindre deux champs d'étude portant sur l'exclusion sociale, champs d'études qui n'ont, à notre connaissance, jamais été combinés. L'approche intersectionnelle associe les facteurs de genre, de race et de classe sociale à d'autres marqueurs sociaux. Ici, le lieu de résidence en ce qu'il soit ségrégué, est vu comme un marqueur social. Genre et géographie constituent déjà un domaine d'étude. D'autre part, la ségrégation regroupe classe, race et lieu de résidence. Notre hypothèse de travail est de tenir compte, ensemble, des quatre marqueurs cités : genre, classe, race et ségrégation résidentielle.

Des chercheuses féministes ont mené des études à partir des années 70 concernant les différences entre les hommes et les femmes dans la construction de leur environnement dans l'espace urbain. Il existe en effet des interactions et des influences mutuelles entre « géographie » et « genre ». Plusieurs chercheuses dans le domaine du féminisme urbain ont exploré la façon dont les femmes peuvent être défavorisées dans les villes. Liz Bondi par exemple, étudie la dichotomie entre espace public et privé chez les hommes et les femmes, et dans quelle mesure les femmes ont moins accès à certains espaces publics que les hommes dans le paysage urbain (Bondi, 1998). Elle étudie les liens possibles entre d'une part la masculinité, l'espace public et la ville et d'autre part, la féminité, l'espace privé. Garber attire l'attention sur la diversité des expériences des différentes femmes dans les espaces urbains et comment celles-ci sont structurées à la fois par le lieu et l'espace dans lesquelles elles se développent (Gilbert, 1997). Ces féministes partent du postulat qu'il est nécessaire non seulement d'étudier les relations de classes, mais aussi celles de genres dans la structure et la structuration de l'espace et du lieu, des espaces et des lieux (Massey, 1994). Le travail de Patricia Collins (1991), grande chercheuse dans le domaine de l'intersectionnalité, appuie le fait que les expériences de vie en fonction du genre sont spécifiques à la race et à la classe, au temps et à la localisation. Il existe donc un domaine de recherche qui étudie les différences entre homme et femme dans leur construction et appropriation de l'environnement.

Par ailleurs, nous avons montré dans la section précédente consacrée à la ségrégation, à quel point elle était intrinsèquement liée d'une part à la race et à la nationalité et d'autre part, à la classe sociale. Bien sûr, la ségrégation est un phénomène social et économique qui touche évidemment tant les hommes que les femmes mais cela veut dire que cela touche *également* les femmes. La ségrégation

raciale, c'est la surreprésentation d'étrangers dans un espace donné ce qui provoque une concentration de la précarité dans ces milieux ségrégués. Dès lors, les trois premiers marqueurs sociaux sont relevés dans les phénomènes de ségrégation : genre, classe sociale basse, nationalité étrangère ou race.

Dans la section « ségrégation résidentielle, raciale, ethnique : approche d'un concept », nous avons énuméré certaines conséquences – positives ou négatives – de la ségrégation. Les minorités présentes dans ces zones ségréguées tendent à avoir des infrastructures publiques moins grandes en nombre ou moins efficaces en termes de qualité et des opportunités de vie plus désavantageuses que la majorité (Andersson & Malmberg, 2015). Ces impacts ne sont pas seulement d'ordre socio-économique mais aussi d'aspect social et culturel. D'un côté, les minorités ségréguées peuvent trouver des réseaux sociaux riches et plus ou moins similaires à leur origine, d'un autre côté, cette isolation spatiale peut être vue négativement par le reste de la société et donc mener à des stigmatisations, des préjugés, du racisme. Pour parler en termes généraux et afin de ne pas se répéter, mentionnons cette phrase de Massey & Fischer sur la concentration spatiale de la pauvreté :

“As segregation on the basis of race or ethnicity rises, falling incomes, rising inequality, increasing class segregation, and growing immigration are more strongly translated into spatial isolation among the poor.”
(Massey & Fischer, 2000, p. 687).

Toutefois, cet extrait est à tempérer : la concentration de la pauvreté résulte d'une interaction entre la ségrégation résidentielle et *toute* condition structurelle qui affecte la répartition des richesses et des revenus et la relation spatiale des classes entre elles (Massey & Fischer, 2000, p. 687). Dès lors, le postulat adopté dans le cadre de cette recherche est le suivant : puisqu'il existe une inégalité homme-femme en termes de droits et de revenus et que ceci est une des conditions structurelles dans lesquelles nous vivons, alors la ségrégation peut constituer un marqueur social d'inégalités. En d'autres termes, l'inégalité homme-femme agirait comme une des conditions structurelles qui affecte la répartition des richesses et des revenus. Pour ce qui est de l'influence de l'inégalité homme-femme sur la relation spatiale des classes, on sait que ces classes se répartissent aussi dans l'espace en fonction des richesses. Dès lors, l'inégalité homme femme participe *de facto* à la répartition géographiquement inégale des classes.

Prenons par exemple l'explication du chômage pour comprendre l'utilité de croiser intersectionnalité et ségrégation comme domaines de recherche. Les raisons qui se cachent derrière le chômage relèvent, à première vue, de caractéristiques traditionnelles telles que le manque d'éducation ou l'inadéquation de l'offre et de la demande de main d'œuvre. Cependant, il est clair que d'autres mécanismes se cachent derrière la création ou le renforcement de celui-ci. La ségrégation résidentielle est un phénomène qui aggrave le taux de chômage, qui amplifie l'inactivité. A Bruxelles comme à Paris, des auteurs ont démontré la probabilité plus grande de se retrouver au chômage lorsqu'on provient d'une agglomération ségréguée (Dujardin, Selod, & Thomas, 2005 ; Gobillon & Selod, 2007). Il demeure

toujours une différence genrée en termes de taux d'emploi⁴⁴ ; à titre d'exemple, Bruxelles comptait 48,5% de ses résidentes en emploi pour 56,7% d'hommes en 2014 (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles et Observatoire bruxellois de l'emploi, 2015, p. 8)⁴⁵. Ce taux d'emploi chez les femmes ressortissantes d'un pays hors UE 27 descend à 26% (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles et Observatoire bruxellois de l'emploi, 2015, p. 14). Dès lors, les femmes migrantes, en milieu ségrégué comptent parmi les femmes les plus vulnérables puisque sujettes à une double discrimination concernant le chômage : celle d'être une femme, et celle d'être une femme étrangère ou d'origine étrangère ségréguée. En d'autres mots, la ségrégation est un facteur qui influence négativement l'accès à l'emploi et le fait d'être une femme constitue également un facteur source d'inégalités dans l'accès à l'emploi et à un revenu égal. Dès lors, ces deux effets peuvent interagir et produire des effets additionnels chez les femmes migrantes ségréguées.

D'autant plus que les femmes, parce que femmes, ont tout un tas de missions à remplir parce que la matrix de domination masculine et patriarcale l'impose. Travail et tâches domestiques, éducation des enfants sont des tâches lourdes en temps et en énergie que les femmes doivent remplir au quotidien. Le fait d'être dévouée à ces tâches peut avoir des impacts sur la mobilité de la femme tant en termes d'espace que d'identité (Massey, 1994), tout comme l'influence du conjoint dans certains cas comme dans la communauté musulmane (Peleman, 2002), laquelle peut être très forte dans les quartiers ségrégués de Bruxelles. Être une femme au foyer peut être un choix, mais cela peut aussi être une conséquence de la saturation du marché de l'emploi, d'une barrière de langue ou d'un choix indépendant de la femme. Être une femme au foyer peut être un frein à la vie sociale pour une femme migrante : si l'on ne parle pas la langue, c'est la difficulté d'apprendre la langue qui peut se renforcer à cause du manque de mobilité de la femme ; une difficulté de se créer un réseau social fort si elles doivent rester la plupart du temps à la maison, etc.

L'approche intersectionnelle part du postulat que toutes les femmes sont soumises, d'une façon ou d'une autre, à une discrimination genrée. Ce n'est cependant pas seulement le genre, mais aussi la race, la classe sociale économique ou tout autre facteur créant des faits de discrimination, marginalisation et oppression, qui créent des discriminations multiples (Gender Development Network, 2017, p. 1). Depuis Crenshaw, d'autres facteurs se sont ajoutés au traditionnel triangle genre, classe et race. Ceux-ci recouvrent la couleur de peau, l'âge, l'expérience coloniale, le langage, l'origine des ancêtres, l'orientation et l'identité sexuelle, la religion, le handicap, la culture, le statut de migrant, etc.

⁴⁴ Le taux d'emploi est le rapport entre la population active occupée et la population en âge de travailler. La population active occupée comprend les salariés et les travailleurs indépendants. Nous avons choisi de nous concentrer sur le taux d'emploi plutôt que sur le taux de chômage car celui-ci ne rend pas compte de plusieurs facteurs tels que les individus exclus du chômage.

⁴⁵ En 2016, ces chiffres représentent 60,3% pour les hommes et 50,3% chez les femmes (Actiris, 2018).

(Gender Development Network, 2017, p. 3). Ici, le lieu de résidence en ce qu'il est ségrégué est vu comme un facteur qui peut et doit être pris en compte dans l'approche intersectionnelle : surtout à cause du fait que les minorités ségréguées répondent la plupart du temps à plusieurs autres facteurs susmentionnés.

Si l'on croise les différentes matrix de domination qui imposent premièrement, que les femmes et les femmes migrantes *a fortiori* soient moins payées et moins employées que les hommes et que deuxièmement, il existe encore des normes masculines qui limitent la mobilité des femmes mais aussi que le fait d'être une femme migrante ou d'origine étrangère soit un déterminant social de santé, il est clair que les femmes migrantes ségréguées méritent une attention particulière. Elles sont à l'intersection de plusieurs facteurs sources d'inégalités. Puisque ces femmes, d'origine étrangère, plutôt précarisées et de niveau socio-économique bas sont plus nombreuses en raison de la ségrégation, cette démultiplication gagne à être étudiée. Politiquement, l'enjeu est aussi d'identifier et de limiter ces inégalités qui contribuent à creuser le fossé entre homme blanc aisé et femme migrante précarisée, ce qui d'une façon ou d'une autre, entretient la matrix de domination masculine.

Genre, race, classe & lieu de résidence dans l'accès à la santé

L'intersection des facteurs femme, classe, race et ségrégation peut être étudiée via l'exemple de l'accès à la santé tel qu'abordé dans cette recherche. Dans la recherche sur la santé publique, on adresse souvent un volet « femmes » qui englobe tous les profils féminins issus de l'ensemble des classes sociales.

Bowleg souligne deux importantes étapes pour comprendre les disparités en matière de santé. La première, c'est de prendre conscience de l'existence de multiples identités sociales qui se croisent. Le fait d'être une femme iranienne homosexuelle peut produire des effets conjugués en termes d'impacts sur la santé. Ces effets seront différents de ceux d'une femme américaine résidant à Bruxelles pour terminer son doctorat. Ils seront encore différents chez une femme marocaine de seconde génération dans un quartier ségrégué de Bruxelles. Ces exemples illustrent que les marqueurs d'identité sociale sont multiples, leur combinaison infinie et leurs conséquences sur leur santé différentes en fonction de cette combinaison.

La deuxième étape nécessaire dans le monde de la santé publique, c'est de comprendre les structures dominantes qui permettent la création d'inégalités multiples. En d'autres termes, reconnaître ces combinaisons au niveau micro, c'est aussi devoir comprendre les structures et systèmes de privilèges ou de discrimination au niveau macro (Bowleg, 2012).

“The explicit theorization and greater application of intersectionality within population health research has the potential to improve researchers' collective ability to more specifically document inequalities within intersectional groups, and to study the potential individual and group-level causes of observed inequalities.

It opens up the potential for examination of interesting questions regarding interactions between dimensions of oppression or privilege, including across levels.” (Bauer, 2014, p. 15).

La recherche sur la santé publique utilise de plus en plus souvent l’approche intersectionnelle. Bowleg démontre la nécessité d’adopter l’approche intersectionnelle comme paradigme, comme approche, comme manière de travailler. En raison de sa nature floue, l’intersectionnalité n’a pas de variables à mettre en œuvre rigoureusement. Il est quasiment impossible de quantifier la manière dont ces facteurs interagissent, ni l’effet que ceux-ci produisent. L’intérêt de l’intersectionnalité dans la recherche sur la santé est surtout de comprendre la santé des individus comme non catégorielle, ne relevant pas seulement d’un marqueur social mais de l’interaction de ceux-ci. C’est aussi de comprendre les disparités de santé les plus disproportionnées conséquences de l’interaction de ces facteurs, de les identifier et d’analyser les structures macro dans lesquelles elles s’inscrivent.

Dans le cas des femmes migrantes ségréguées, il existe une pluralité de combinaisons possibles concernant leurs discriminations multiples. Elles ne subiront pas toutes de la même façon les disparités en termes de santé, ni les mêmes problèmes d’accès à la santé. Une Danoise hautement qualifiée qui travaille à Bruxelles et qui vit dans la partie aisée de Schaerbeek, ne rencontrera pas les mêmes discriminations qu’une femme marocaine dans la partie pauvre de Schaerbeek. Pourtant, elles vivent toutes deux dans un environnement dit « ségrégué ». Mais leurs marqueurs d’identité créent des réalités différentes.

Nous venons donc de démontrer, à travers ces chapitres, que premièrement la ségrégation produisait des effets d’exclusion et d’inégalités, en approchant la thématique de l’accès à la santé. Parce que la ségrégation, chez ceux où l’intersectionnalité la rend significative, amène des difficultés contextuelles et individuelles d’accès à la santé. Deuxièmement, le lieu de résidence peut être vu comme un marqueur social d’inégalité et d’identité tel que défini dans l’approche intersectionnelle. Le lieu de résidence chez les femmes de nationalité ou d’origine étrangère dans un milieu précarisé participe à ce processus d’interférence de discriminations multiples. Dans le domaine de l’accès à la santé, les inégalités associées au marqueur social « ségrégation » se conjuguent avec les inégalités qui dérivent du fait d’être *respectivement* une femme, migrante, précarisée. De cette manière, l’intersection de certains marqueurs sociaux rend significatif un phénomène qui n’affecte pas chaque individu de la même façon. Un homme belge de la classe moyenne, bien que résidant dans une commune ségréguée telle que Schaerbeek, ne subira pas les mêmes discriminations que celles d’une femme pauvre et d’origine étrangère. La présence de Maisons Médicales est révélatrice de ce phénomène : elles s’installent spatialement dans les zones qui en ont besoin. Leur population est davantage caractérisée par une intersection de marqueurs sociaux reliés à la précarité : race et classe sociale. On voit donc qu’il existe une demande d’accès à la santé spécifique à certains secteurs de la

population. Cette demande spécifique devrait en principe se traduire en une offre et une attention toute particulière des services publics. Dans le cas de Schaerbeek, c'est davantage le tissu associatif, via les Maisons Médicales, qui remplit ce rôle.

5 Conclusion

L'impact de la précarité sur la santé forme un cercle vicieux : ceux qui se trouvent déjà dans une situation précaire ont plus de risques d'être en mauvaise santé. A son tour, le fait d'être en mauvaise santé peut accentuer cette précarité. C'est ce qui transparait en amont de la question de l'accès à la santé. Dans le cas de la ségrégation résidentielle, celle-ci agit de la même façon, c'est un cercle vicieux. La ségrégation résidentielle est créée et se traduit par des différences socio-économiques dans la population. Les conséquences de la ségrégation résidentielle sont aussi les causes de celles-ci. Nous avons abordé la ségrégation socio-spatiale à Bruxelles en nous focalisant sur l'exemple de Schaerbeek. Cette recherche avait pour double objectif : démontrer que les différences d'accès aux soins de santé à Bruxelles sont le reflet d'une différence sociale et économique mais aussi *et surtout* mobiliser les concepts d'intersectionnalité et de ségrégation résidentielle comme facteurs déterminants cet accès à la santé.

Ce mémoire a exploré un vide académique de deux manières. Premièrement, il a permis de relever la littérature pauvre mais existante sur les conséquences de la ségrégation sur l'accès à la santé et de l'aborder via une réalité de terrain, celle de Schaerbeek. Deuxièmement, il apporte une nouvelle pierre à l'édifice de l'intersectionnalité. Cette nouveauté théorique démontre que le lieu de résidence, lorsque la ségrégation résidentielle est significative, peut être vu comme un facteur déterminant dans l'exposition aux inégalités multiples et s'ajoutent aux catégories de genre, race et classe sociale.

Nous avons d'abord démontré que, bien qu'en l'absence d'indicateur standardisé, la ségrégation résidentielle est un phénomène perceptible qui à la fois révèle la polarisation à Bruxelles mais aussi qui y contribue. A la polarisation socio-économique tout d'abord mais aussi à la polarisation entre nationaux et étrangers d'une part, et à « migrants » et « expats » d'autre part. En prenant l'exemple des quatre communes, deux des plus pauvres et deux des plus riches, nous avons démontré une concentration, une centralisation et une répartition inégale des immigrés et des richesses.

En deuxième lieu, c'est le lien entre ségrégation résidentielle et difficultés d'accès à la santé qui a été abordé. Tout d'abord, nous avons démontré que le *seul* statut de migrant est synonyme de déterminant social d'inégalités de santé et donc, d'accès à la santé. La surreprésentation de migrants dans les milieux ségrégués multiplie *de facto* ces inégalités. Nous avons étudié les facteurs qui ont un rôle dans le lien entre ségrégation résidentielle et accès à la santé : facteurs contextuels et facteurs individuels. Parmi les facteurs contextuels, nous en avons relevé deux. La ségrégation scolaire – et donc

la perpétuation d'un déterminisme social précaire – ainsi que la composition des quartiers ségrégués comme conséquence négative à l'offre de soins de santé. Les facteurs individuels sont ceux qui relèvent de la personne elle-même. Dans le cas des migrants et de l'accès à la santé, il existe des barrières propres au statut de migrant ou dues à l'origine de l'individu : la langue, les barrières culturelles et/ou religieuses ou le tissu social, sont autant de facteurs qui peuvent créer des obstacles d'accès à la santé. Ces facteurs ont été testés sur l'exemple de Schaerbeek. Deux remarques importantes sont à relever. La première, c'est que le manque d'offre de soins de santé privé (médecins, experts médicaux...) relevé à Schaerbeek est compensé par un tissu associatif, via notamment les Maisons Médicales. Celles-ci permettent un accès à la santé accessible et de qualité pour ceux dont l'intersection de marqueurs d'inégalités est génératrice de difficultés. La deuxième remarque, c'est que la seule femme migrante que nous avons interviewée semblait, à notre surprise, satisfaite de son accès à la santé. Bien qu'une seule interview soit loin d'être représentative, le fait isolé seul mérite d'être mentionné.

Nous avons finalement présenté l'approche intersectionnelle qui part du postulat que toutes les femmes sont soumises, d'une façon ou d'une autre, à une discrimination genrée. Nous avons montré l'importance d'une telle approche puisqu'elle stipule que ce n'est seulement le genre, mais aussi la race, la classe sociale économique ou tout autre facteur créant des faits de discrimination, marginalisation et oppression, qui créent des discriminations multiples.

La ségrégation résidentielle, nous l'avons démontré, est à la fois un reflet et un producteur d'inégalités. Dans l'approche intersectionnelle, on utilise traditionnellement trois facteurs pour analyser les inégalités : genre, classe et race. Nous avons montré aussi que dans l'accès à la santé, ces trois facteurs étaient créateurs d'inégalités. En y ajoutant celui du lieu de résidence, nous avons analysé plus en profondeur le mécanisme de construction de ces discriminations déterminées par l'intersection de non pas trois mais quatre marqueurs sociaux.

6 Bibliographie

Articles scientifiques

Allen, R., Burgess, S., Davidson, R., & Windmeijer, F. (2015). More reliable inference for the dissimilarity index of segregation. *Econometrics Journal*, 18, 40-66.

Anthias, F. (2012). Hierarchies of social location, class and intersectionality: Towards a translocational frame. *International Sociology*, 28(1), 121-138.

Anthias, F. (2012). Intersectional what? Social divisions, intersectionality and levels of analysis. *Ethnicities*, 13(1), 3-19.

Bastia, T. (2014). Intersectionality, migration and development. *Progress in Development Studies*, 14(3), 237-248.

Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, 110, 10-17.

- Bernardi, F., Garrido, L., & Miyar, M. (2011). The Recent Fast Upsurge of Immigrants in Spain and Their Employment Patterns and Occupational Attainment. *International Migration*, 49(1), 148-187.
- Bondi, L. (1998). Gender, Class, and Urban Space: Public and Private Space in Contemporary Urban Landscapes. *Urban Geography*, 19(2), 160-185.
- Bousetta, H., Favell, A., & Martiniello, M. (2017). Governing multicultural Brussels: paradoxes of a multi-level, multi-cultural, multi-national urban anomaly. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 10, 17p.
- Bowleg, L. (2012). The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality- an Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267-1273.
- Bürkner, H. J. (2012). Intersectionality: How Gender Studies Might Inspire the Analysis of Social Inequality among Migrants. *Population, Space and Place*, 18, 181-195.
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., De Trinidad Young, M., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a Social Determinant of Health. *Public Health*, 36, 375-392.
- Chakravarty, S. R., & D'Ambrosio, C. (2006). The measurement of Social Exclusion. *Review of Income and Wealth*, 52(3), 377-398.
- Christiaens, E. (2003). Rich Europe in poor Brussels The impact of the European institutions in the Brussels Capital Region. *City*, 7(2), 183-198.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist eory and Antiracist Politics. *Univeristy of Chicago Legal Forum*, 1(8), 139-167.
- Crowder, K., & Krysan, M. (2016). Moving Beyond the Big Three: A Call for New Approaches to Studying Racial Residential Segregation. *City & Community*, 15(1), 18-22.
- Davis, K. (2008). Intersectionality as buzzword. *Feminist Theory*, 9(1), 67-85.
- de Laet, S. (2018). Les classes populaires aussi quittent Bruxelles. Une analyse de la périurbanisation des populations à bas revenus. *Brussels Studies*, 121, 25p.
- Dujardin, C., Selod, H., & Thomas, I. (2005). Residential Segregation and Unemployment: The Case of Brussels. *Urban Studies*, 45(1), 89-113.
- Duncan, O. D., & Duncan, B. (1955). A Methodological Analysis of Segregation Indexes. *American Sociological Review*, 20(2), 210-217.
- Duncan, O. D., & Lieberman, S. (1959). Ethnic Segregation and Assimilation. *American Journal of Sociology*, 64(4), 364-374.
- Fassin, D. (2000). Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Hommes et Migrations*, 1225, 5-12.
- Gatti, E. (2009). Defining the Expat: the case of high-skilled migrants in Brussels. *Brussels studies*, 28, 1-17.
- Gaskin, D. J., Gniesha, Y. D., Chan, K., & McClearly, R. (2012). Residential Segregation and Disparities in Health Care Services Utilization. *Medical Care Research and Review*, 69(2), 158-175.
- Gilbert, M. (1997). Feminism and Difference in Urban Geography. *Urban Geography*, 166-179.
- Glick Schiller, N., & Çağlar, A. (2009). Towards a Comparative Theory of Locality in Migration Studies: Migrant Incorporation and City Scale. *Journal of Migration Studies*, 35(2), 177-202.
- Gobillon, L., & Selod, H. (2007). The effects of segregation and spatial mismatch on unemployment: evidence from France. *INRA-LEA Working Paper*, 54p.
- Grippa, T., Van Hamme, G., & Van Criecken, M. (2016). Mouvements migratoires et dynamiques des quartiers à Bruxelles. *Brussels Studies*, 27, 15p.
- Hackett, S. (2017). The 'local turn' in historical perspective: two city case studies in Britain and Germany. *International Review of Administrative Sciences*, 83(2), 340-357.
- Herma, J.-P., & Vanderhoff, C. (2017). *Le monde dans Bruxelles, Bruxelles dans le monde*. Récupéré sur Brussels Studies Review: <http://brussels.revues.org/1316>
- Iceland, J. (2014). Residential Segregation: A Transatlantic Analysis. *Transatlantic Council on Migration*, 19p.
- Imeraj, L., Willaert, D., & de Valk, H. A. (2018). A comparative approach towards ethnic segregation patterns in Belgian cities using multiscalar individualized neighborhoods. *Urban Geography*, 27p.
- Ireland, P. (2007). Comparing Responses to Ethnic Segregation in Urban Europe. *Urban Studies*, 45(7), 1333-1358.

- Jaunait, A., & Chauvin, S. (2013). Intersectionnalité. *Dictionnaire genre & science politique: concepts, objets, problèmes*, 286-297.
- Kington, R., & Smith, J. P. (1997). Socioeconomic Status and Racial and Ethnic Differences in Functional Status associated with chronic diseases. *American Journal of Public Health*, 87(5), 805-810.
- Krupka, D. J. (2007). Are Big Cities More Segregated? Neighborhood Scale and the Measurement of Segregation. *Urban Studies*, 44(1), 187-197.
- Lorant, V., Van Oyen, H., & Thomas, I. (2008). Contextual factors and immigrants' health status: Double jeopardy. *Health & Place*, 14, 678-692.
- Lord, S., Cassiers, T., & Gerber, P. (2014). L'impact des migrations internationales et des mobilités résidentielles sur l'évolution socio-spatiale des agglomérations de Luxembourg et Bruxelles. *Environnement Urbain*, 8, 1-22.
- Lutz, H. (2014). Intersectionality's (brillant) career - How to understand the attraction of the concept? *Gender, Diversity & Migration, working paper*, 21p.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO. European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*, 380, 1011-1029.
- Massey, D. S., & Denton, N. A. (1988). The Dimensions of Residential Segregation 67(32), *Social Forces*, 67(32), 281-315.
- Massey, D. S., & Capoferro, C. (2004). Measuring Undocumented Migration. *The International Migration Review*, 38(3), (Sage Publications), 1075-1102.
- Massey, D. S., Fischer, M. J. (2000) How segregation concentrates poverty. *Ethnic and Racial Studies*, 23(4), 670-691
- McCall, L. (2005). The complexity of Intersectionality. *Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771-1801.
- Musterd, S. (2005). Social and ethnic segregation in Europe. Levels, causes, and effects. *Journal of Urban Affairs*, 7(3), 331-348.
- Navarro, V. (1990). Race or class versus race and class-mortality differentials in the United-States. *Lancet*, 336(8725), 1238-1240.
- Nolan, B., & Whelan, C. T. (2010). Using Non-Monetary Deprivation Indicators to Analyze Poverty and Social Exclusion: Lessons from Europe? *Journal of Policy Analysis and Management*, 29(2), 305-325.
- Peleman, K. (2002). The Impact of Residential Segregation on Participation in Associations: The Case of Moroccan Women in Belgium . *Urban Studies*, 4, 727-747.
- Phillips, D. (2010). Minority Ethnic Segregation, Integration and Citizenship: A European Perspective. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 36(2), 209-225.
- Quillian, L. (2012). Segregation and Poverty Concentration: The role of Three Segregations. *American Sociological Review*, 77(3), 354-379.
- Richardson, L. D., & Norris, M. (2010). Access to Health and Health Care: How Race and Ethnicity Matter. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 166-177.
- Shields, S. (2008). Gender: an intersectionality perspective. *Sex Roles*, 59, 301-311.
- Smith, N. (1982). Gentrification and Uneven Development. *Economic Geography*, 58(2), 139-155.
- Taeuber, K. E., & Taeuber, A. F. (1964). The Negro as an Immigrant Group: Recent Trends in Racial and Ethnic Segregation in Chicago. *American Journal of Sociology*, 374-382.
- Tammaru, T. M. (2017). Inequalities and Segregation across the Long-Term Economic Cycle: An Analysis of South and North European Cities, *IZA Discussion Papers*, 1098, 20.
- Torreken, C. (2007). Concentration des populations musulmanes et structuration de l'associatif musulman à Bruxelles. *Brussels Studies*, 4, 17p.
- Van Crielingen, M. (2016). Que deviennent les quartiers centraux à Bruxelles ? *Brussels Studies*, 21p.
- Van Hamme, G., Wertz, I., & Biot, V. (2011). La croissance économique sans le progrès social : l'état des lieux à Bruxelles. *Brussels Studies*, 48, 1-20.
- Van Kempen, R., & Özüekren, S. (1998). Ethnic Segregation in Cities: New Forms and Explanations in a Dynamic World. *Urban Studies*, 35(10), 1631-1656.
- Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies*, 30(6), 1024-1054.
- White, K., & Borrell, L. N. (2011). Racial/ethnic residential segregation: Framing the context of health risk and health disparities. *Health & Place*, 17, pp. 438-448.
- White, K., Haas, J. N., & Williams, D. R. (2012). Elucidating the Role of Place in Health Care

Disparities: The Example of Racial/Ethnic Residential Segregation. *Health Services Research*, 47(3), 1278-1299.

Whitehead, M., & Dahlgreen, G. (2006). Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. World Health Organization (WHO).

Williams, D. R. (1999). Race, Socioeconomic Status, and Health: The Added Effects of Racism and Discrimination. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 173-188.

Williams, D. R., & Collins, C. (2011). Racial Residential Segregation: A Fundamental Cause of Racial Disparities in Health. *Public Health Reports*, 116, 404-416.

Winker, G., & Degele, N. (2011). Intersectionality as multi-level analysis: Dealing with social inequality. *European Journal of Women's Studies*, 18(1), 51-66.

Rapports et documents officiels

Code de la Nationalité belge. (28 juin 1984). Belgique. Texte de loi en ligne disponible via [ce lien](#).

Council of the European Union. (March 2004). *Joint report by the Commission and the Council on social inclusion*. Council of the European Union. Brussels: Council (Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs).

Eurostat. (2018). PIB par habitant dans 276 régions de l'UE, Communiqué de presse, 8p.

European Commission. (2016). *Intersectional discrimination in EU gender equality and non-discrimination law*. European network of legal experts in gender equality and non-discrimination, 92p.

European Parliament. (2016). *Poverty in the European Union: the Crisis and its aftermath*. European Parliamentary Research Service, 32p.

KCE. (2015). *La performance du système de santé belge - Rapport 2015*. INAMI, Bruxelles, 88p.

La Déclaration universelle des Droits de l'Homme, 1948. Texte en ligne disponible via [ce lien](#).

Grippa, T., Marissal, P., May, X., Wertz, I., & Van Hamme, G. (2015). *Dynamiques des quartiers en difficulté dans les régions urbaines belges*. Bruxelles: SPF Intégration Sociale.

Inspection Générale des Affaires Sociales Française. (2011). *Les inégalités sociales de santé : fondements et concepts*. Paris: IGAS, 124p.

Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). (2011). *La Pauvreté à Bruxelles, constats et évolutions*. Bruxelles: IBSA, 9p.

Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). (2013). *Précarité et Aide Sociale – Méthodologie*, 9p.

Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). (2016). *Zoom sur la Ville de Bruxelles. Zoom sur les Communes 2016*, Bruxelles, 50p.

Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). (2016). *Zoom sur Molenbeek. Zoom sur les communes 2016*, Bruxelles, 48p.

Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). (2016). *Zoom sur Schaerbeek. Zoom sur les Communes 2016*, Bruxelles, 49p.

Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). (2016). *Zoom sur Uccle. Zoom sur les communes 2016*, Bruxelles, 49p.

Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). (2016). *Zoom sur Woluwe-Saint-Pierre. Zoom sur les communes 2016*, Bruxelles, 47p.

Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). (2017). *Belges et étrangers en Région bruxelloise, de la naissance à aujourd'hui*. Bruxelles : Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), 9p.

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2017). *Baromètre social 2017 : Rapport bruxellois sur l'État de la Pauvreté*. Bruxelles: Bruxelles : Commission communautaire commune (COCOM), 72p.

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. (2014). *Rôle de la carte médicale et des maisons médicales dans l'accès aux soins des personnes pauvres et précarisées*. Bruxelles, 48p.

SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale. (2017). *L'écart salarial entre les femmes et les hommes en Belgique Rapport 2017*. Bruxelles, 87p.

SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. (2016, janvier). *Médiation interculturelle dans les soins de santé*. Récupéré sur Health Belgium.

Verrept, H., & Coune, I. (2016). *Guide pour la Médiation Interculturelle dans les Soins de Santé*. Bruxelles: SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, 45p.

World Bank. (2007). *Social Exclusion and the EU's Social Inclusion Agenda*. World Bank, 72p.

Articles de périodique

Cendrowicz, L. (14 juin 2017). So rich, yet so poor: How Brussels became a city divided. *The Brussels Times*.

Fievet, V. (26 octobre 2017). Le nombre de médecins est très inégalement réparti à Bruxelles: pénurie en vue? *RTBF*.

Klekowski von Koppenfels, A. (20 décembre 2016). What's the difference between a migrant and an expat? *The Conversation*.

Le Figaro. (20 Janvier 2015). Ségrégation et discriminations aux États-Unis dans les années 60. *Le Figaro*.

Le Vif. (2017, novembre 2). La Belgique recule encore au classement de l'égalité des genres.

RTBF. (22 Avril 2014). Saint-Josse, commune la plus pauvre? Les statistiques face à la réalité. *RTBF*.

Sites internet

CIRÉ. (2018). L'aide sociale accordée par les CPAS. *Vivre en Belgique*. Consulté le 15 juillet 2018, disponible via [ce lien](#).

Eurostat. (2018). Glossary: At-risk-of-poverty rate. *Eurostat, Statistics Explained*. Consulté le 30 mai 2018, disponible via [ce lien](#).

Eurostat. Gender pay gap statistics. OECD. Consulté le 29 juillet 2018, disponible [via ce lien](#).

Eurostat. (2018). At risk of poverty or social exclusion in the EU-28, 2016. *Eurostat, Statistics Explained*. Consulté le 30 mai 2018, disponible via [ce lien](#).

Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Déterminants sociaux de la santé*. Consulté le 24 juillet 2018, disponible via [ce lien](#).

Ouvrages

Atkinson, A., & Hills, J. (1998). *Exclusion, Employment and Opportunity*. Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics, 122p.

Bernd, R., Mladovsky, P., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R., & McKee, M. (2011). *Migration and health in the European Union*. The European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, 282p.

DeLamater, J., & Plante, R. F. (2015). *Handbook of the Sociology of Sexualities*. London: Springer, 465p.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. New Jersey, 284p.

Guest, G., Mitchell, M. L., & Namey, E. E. (2013). *Collecting qualitative data: a field manual for applied research*. Sage Publications, 376p.

Martiniello, M., & Rath, J. (2010). *Selected Studies in International Migration and Immigrant*

Incorporation. IMISCOE Textbooks, Amsterdam University Press, 635p.

Massey, D. (1994). *Space, Place & Gender*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 289p.

Stillwell, J., Norman, P., Thomas, C., & Surridge, P. (2010). *Spatial and Social Disparities - Understanding Population trends and processes* (Vol. 2). Springer, 239p.

Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V., & Charafeddine, R. (2010). *Les inégalités sociales de santé en Belgique*. Gent Academia Press, 206p.

Wrench, J., Roosblad, J., & Kraal, K. (2009). *Equal Opportunities and Ethnic Inequality in European Labour Markets Discrimination, Gender and Policies of Diversity*. Amsterdam University Press: IMISCOE Reports, 125p.

Zapata-Barrero, R., & Yalaz, E. (2018). *Qualitative Research in European Migration Studies*. Springer, 306p.

Données quantitatives

IBSA Bruxelles. (2017). Populations et nationalités. Fichier Excel sur l'évolution de la population en Région de Bruxelles Capitale au 1^{er} janvier 2017, disponible via [ce lien](#).

Monitoring des Quartiers de Bruxelles. (2015). Revenu moyen par habitant (classes de revenus) en 2015 (€), disponible via [ce lien](#).

Autres

Bruxelles Bondy Blog. (20 février 2016). On pousse les pauvres à quitter Molenbeek, mais pour aller où ?, disponible via [ce lien](#).

ENNA: European Network Against Racism. (2018). *Intersectionality and policy-making on discrimination in the EU*.

Fondation Roi Baudoin. (2017). *Aller au-delà de la ségrégation scolaire*. Bruxelles.

La Cité des Ânes, par et pour 1030. (9 juin 2015). *A qui profitent les contrats de quartiers à Bruxelles ?* Récupéré sur Ezelstad.

Gender Development Network. (2017). *Intersectionality: Reflections from the Gender & Development Network*. *Thinkpieces*, 7p.

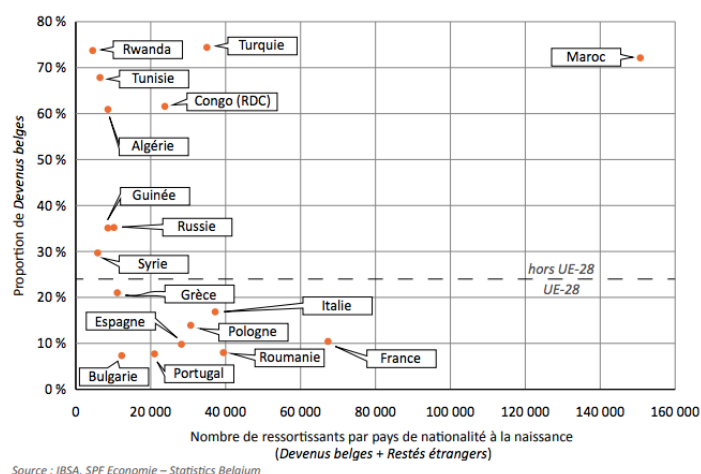
Martiniello, M., & Rea, A. (2013). *Une brève histoire de l'immigration en Belgique*. Bruxelles: Fédération Wallonie-Bruxelles, 66p.

Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V., & Charafeddine, R. (2010). *Les inégalités sociales de santé en Belgique*. Gent Academia Press, 206p.

7 Annexes

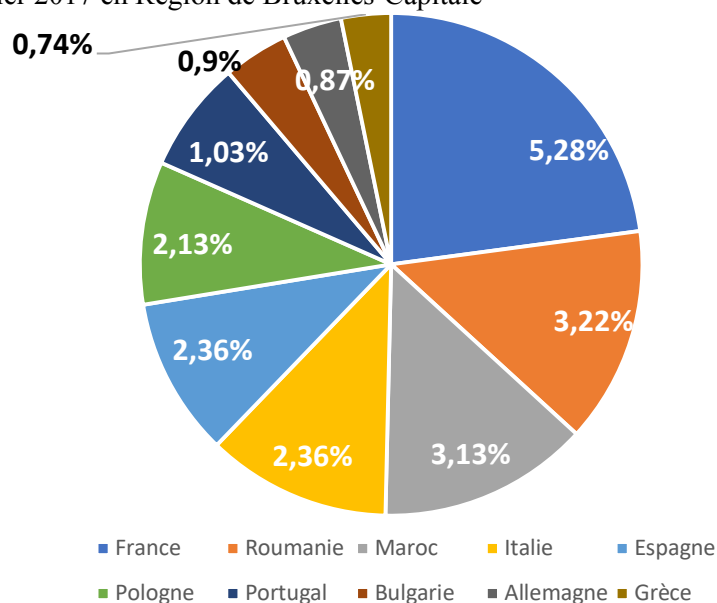
NB : Tous les graphiques et figures représentés, lorsque n'étant pas extraits d'un article et donc indiqués comme tel, sont réalisés par nos soins. Les feuilles Excel nécessaires à la réalisation de ceux-ci sont envoyées au Promoteur ainsi qu'aux deux lecteurs dans le cas où ils voudraient accéder aux informations et données d'origine.

Annexes n°1 : Proportion de ressortissants ayant obtenu la nationalité belge selon le nombre de ressortissants nés étrangers, par pays de nationalité à la naissance, au 1er janvier 2016, en Région de Bruxelles-Capitale



Graphique extrait de : Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). (2017). *Belges et étrangers en Région bruxelloise, de la naissance à aujourd'hui* . Bruxelles : Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), p. 6

Annexe n°1, Graphique n°1 – Les 10 nationalités actuelles étrangères les plus représentées au 1er janvier 2017 en Région de Bruxelles-Capitale



Graphique réalisé à l'aide des statistiques officielles provenant de l'Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA) IBSA Bruxelles. (2017). Populations et nationalités. Fichier Excel sur l'évolution de la population en Région de Bruxelles Capitale au 1^{er} janvier 2017, disponible via [ce lien](#).



Guide d'entretien semi-directif

Nom: _____

Prénom: _____

Âge: ____

J'accepte d'être enregistrée : OUI - NON

J'accepte de fournir mon nom et prénom (le non entraîne l'anonymat total) : OUI – NON

Fait à _____, le _____.

Signature de l'interviewée :

Signature de l'intervieweur - Giulia Dagonnier :

<p>Vécu personnel, données propres à l'individu, histoire de l'interviewée</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Pouvez-vous d'abord vous présenter, m'en dire un peu plus à propos de vous ? Qui êtes-vous ? De quelle origine êtes-vous ? Comment vous ou vos parents sont arrivés en Belgique ?2. Quelle est la composition de votre ménage ? Qui habite avec vous ?3. Que faites-vous dans la vie ?
<p>Ségrégation et environnement résidentiel</p>	<ol style="list-style-type: none">4. Vous habitez Schaerbeek. Quel est votre quartier ? Depuis combien de temps vivez-vous ici ? Avez-vous habité autre part ? Si oui, où et pourquoi avoir changé ?5. Pourquoi avoir décidé de s'installer à Schaerbeek ? Connaissiez-vous quelqu'un qui y habitait ?6. Comment décririez-vous votre commune ? Quels sont les avantages et les inconvénients de Schaerbeek selon vous ?7. Êtes-vous satisfaite du logement dans lequel vous êtes ?

Accès à la Santé

8. Avez-vous ou un membre de votre famille déjà été à l'hôpital ?

9. Avez-vous un médecin généraliste ? Est-il indépendant, dans un hôpital, une maison médicale ? Où ?
Est-ce quelqu'un en qui vous avez confiance ?

10. Avez-vous déjà rencontré des difficultés d'accès à la santé ? (soins de santé, prise de rendez-vous, barrière ou complexité de la langue, malentendus...) Si oui, pouvez-vous m'expliquer ?

11. Connaissez-vous le rôle des « médiations culturelles » ? Connaissez-vous quelqu'un qui y a déjà eu recours ?

12. Pensez-vous que Schaerbeek est bien fournie en termes d'accès à la santé ? (médecins, médiateurs, centres PMS, promotion de la santé à l'école...)

13. Avez-vous déjà renoncé à aller chez le médecin ou acheter des médicaments par manque de moyens financiers ?

14. Avez-vous déjà refusé de rencontrer un médecin ou pas pu avoir accès à un médecin en fonction de vos convictions culturelles/religieuses ?

15. D'une manière générale, êtes-vous satisfaite de l'accès à la santé à Bruxelles ?

16. Avez-vous déjà été dans une situation de discrimination parce que vous étiez une femme et une femme migrante ou d'origine étrangère qui plus est ?

Pensez-vous que vous subissez des inégalités plus fortes ou moins fortes parce que vous êtes une femme ?

17. Pensez-vous que votre lieu d'habitation peut avoir un rôle de marqueur social tel que je vous l'ai expliqué ? C'est-à-dire que le fait

Intersectionnalité et inégalités	<p>d'habiter à Schaerbeek a déjà été source de discrimination ?</p> <p>18. Est-ce que le fait d'être marocaine ou d'avoir des origines marocaines a déjà été source de discriminations dans votre vie ?</p>
Précarité et croissant pauvre	<p>19. Bénéficiez-vous ou avez-vous déjà bénéficié d'une aide sociale ? (CPAS, revenu d'intégration, aide majorée...)</p> <p>20. Avez-vous entendu parlé du « croissant pauvre » de Bruxelles ? Si oui, quel est votre avis sur celui-ci ?</p>
Questions générales	<p>21. D'une manière générale, que pensez-vous de votre vie à Schaerbeek, Bruxelles ? Si vous aviez le choix, où habiteriez-vous ?</p>

Annexes n°2 – b – : Guide d'entretien – responsable santé communautaire Maison Médicale du Nord à Schaerbeek



Guide d'entretien semi-directif

Nom: _____

Prénom: _____

Âge: ____

J'accepte d'être enregistrée : OUI - NON

J'accepte de fournir mon nom et prénom (le non entraîne l'anonymat total) : OUI – NON

Fait à _____, le _____

Signature de l'interviewée :

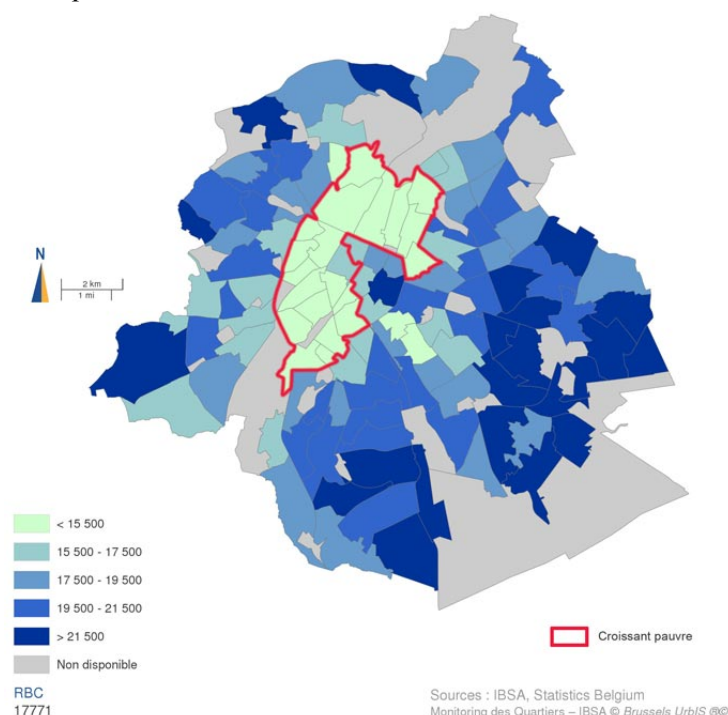
Signature de l'intervieweur :

	<p>1. Pouvez-vous d'abord vous présenter, m'en dire un peu plus à propos de vous ? Qui êtes-vous ? Êtes-vous bruxelloise ? Depuis quand travaillez-vous ici ?</p>
--	--

<p>Vécu personnel, données propres à l'individu, histoire de l'interviewée</p>	<p>2. Habitez-vous à Schaerbeek ? Si non, où ?</p> <p>3. Quel est votre rôle au sein de la maison médicale Nord de Schaerbeek ?</p>
<p>Santé et accès à la santé en général et à Schaerbeek</p>	<p>4. Quelle est votre définition de la santé communautaire ?</p> <p>Est-ce que la pauvreté joue un rôle dans la définition de la santé communautaire ?</p> <p>5. Est-ce que la santé communautaire est différente ici à Schaerbeek par rapport à d'autres communes de Bruxelles ?</p> <p>6. Quelles sont, pour vous, les principales difficultés d'accès à la santé à Schaerbeek ? Diffèrent-elles de celles de Bruxelles en général ?</p>
<p>Schaerbeek</p>	<p>7. Pensez-vous que Schaerbeek est bien fournie en termes de services publics relatifs à la santé ?</p> <p>8. Pensez-vous que Schaerbeek est bien fournie en termes d'accès à la santé ? (médecins, médiateurs, centres PMS, promotion de la santé à l'école...)</p>
	<p>9. Dans la théorie, on peut lire que les quartiers précarisés et à forte population</p>

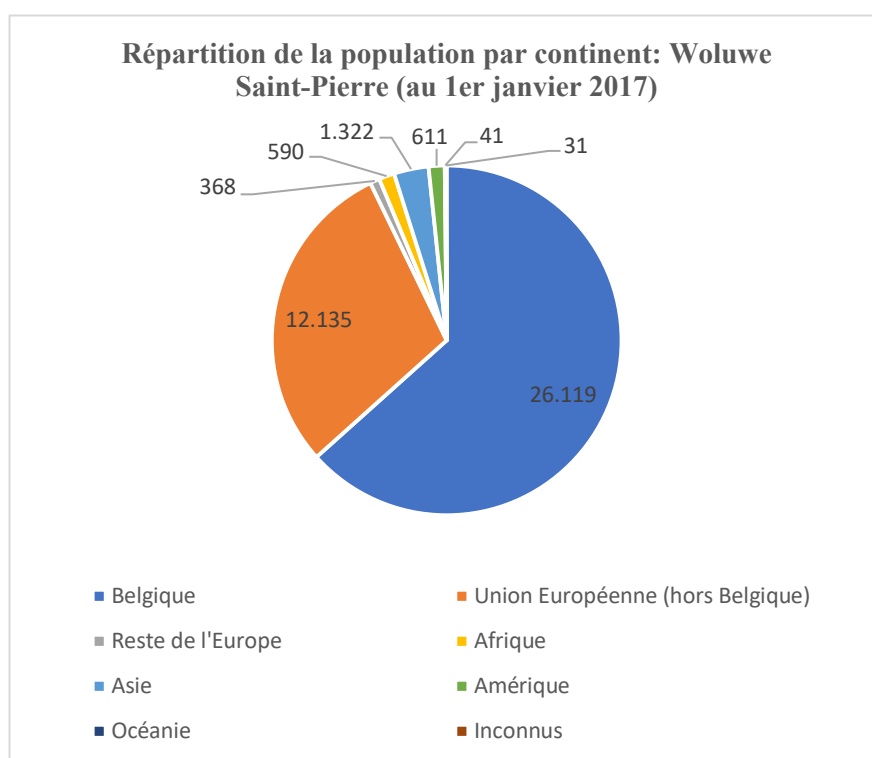
<p>Intersectionnalité et inégalités</p>	<p>étrangère sont un peu délaissés des experts et médecins indépendants. Pensez-vous que cela se reflète dans la réalité schaarbeekoise ?</p> <p>10. On peut aussi lire dans la théorie que dans ces quartiers défavorisés, les ONG et les ASBL ont tendance à plus se développer pour contre-balancer ce phénomène. Quelle est votre opinion là-dessus ?</p> <p>11. Pensez-vous que la ségrégation scolaire a des conséquences sur l'accès à la santé ? Les enfants issus d'écoles précarisées ont-ils plus de difficulté plus tard à accéder à la santé ?</p> <p>12. Connaissez-vous le terme de « déterminants sociaux de la santé » ? Quels DDS sont selon vous les plus présents à Schaarbeek ?</p> <p>13. J'ai pu lire sur maisonmedicale.org que les inégalités sociales de santé touchent davantage les femmes qui, je cite, « sont surrexposées aux risques de précarités et autres mécanismes producteurs d'inégalités ». Quel est votre avis là-dessus ?</p>
<p>Questions générales</p>	<p>14. D'une manière générale, quels sont les principaux défis d'accès la santé à Schaarbeek ?</p> <p>15. Et pour les femmes étrangères ou d'origine étrangère, existe-t-il des défis spécifiques ?</p>

Annexe n°3 : carte représentant le croissant pauvre de Bruxelles (en rouge) au moyen de la répartition statistique des revenus médians des déclarations en 2011



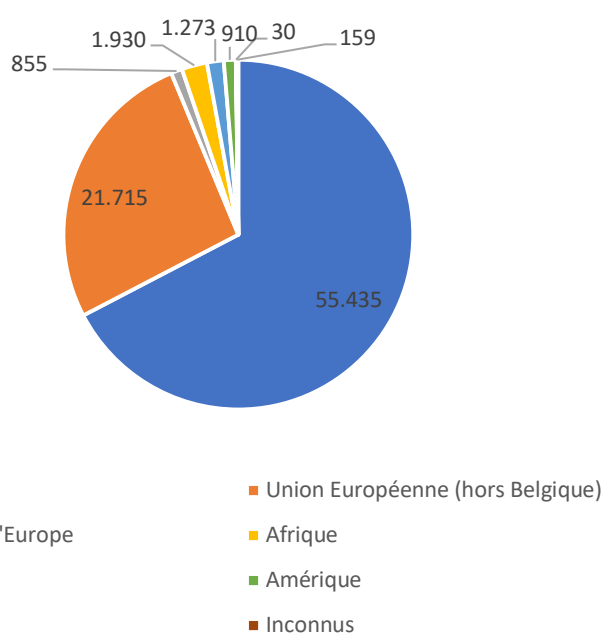
Carte réalisée selon les statistiques de l'IBSA *Statistics Belgium*, disponible sur leur site via [ce lien](#).

Annexes n°4 : répartition de la population par commune (Woluwe Saint-Pierre, Uccle, Schaerbeek et Molenbeek)



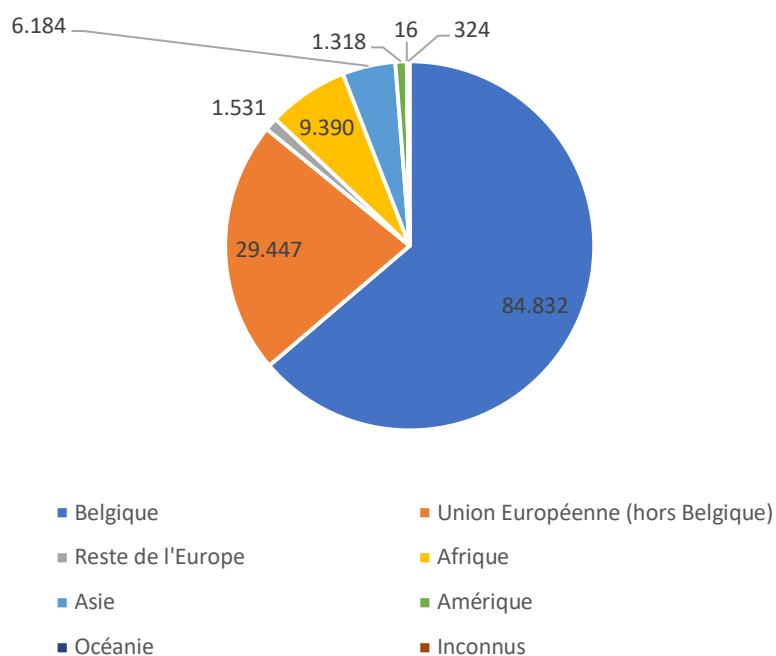
Total de la population de Woluwe Saint-Pierre : 41 217

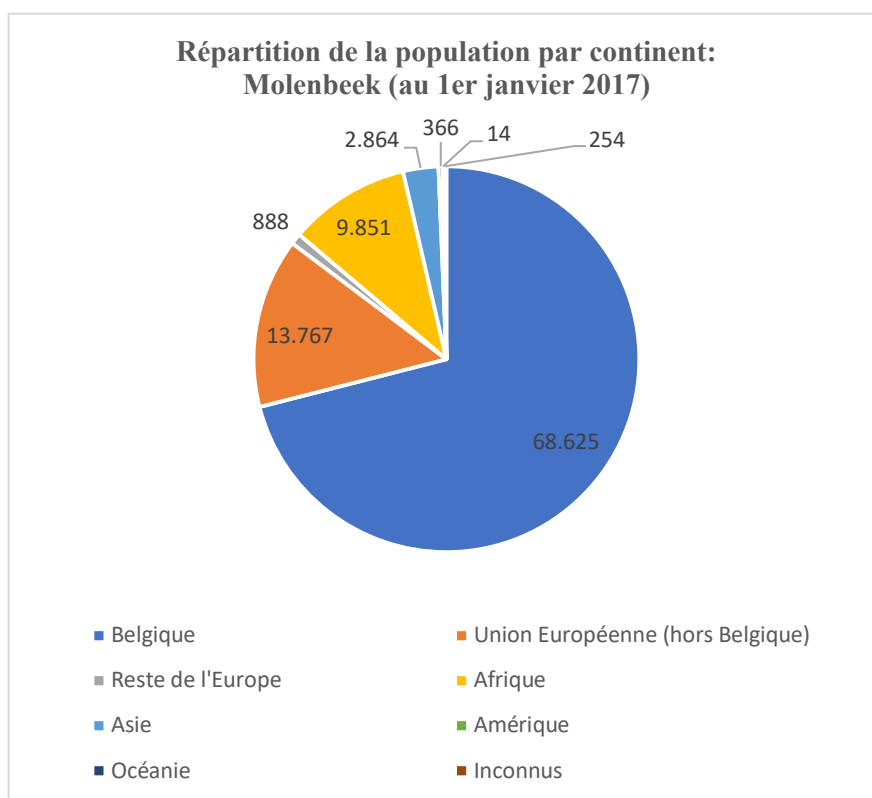
Répartition de la population par continent: Uccle (au 1er janvier 2017)



Total de la population d'Uccle : 82 307

Répartition de la population par continent: Schaerbeek (au 1er janvier 2017)





Annexes n°5 : les bénéficiaires du droit à l'intégration et à l'aide sociale en Région bruxelloise (2016).

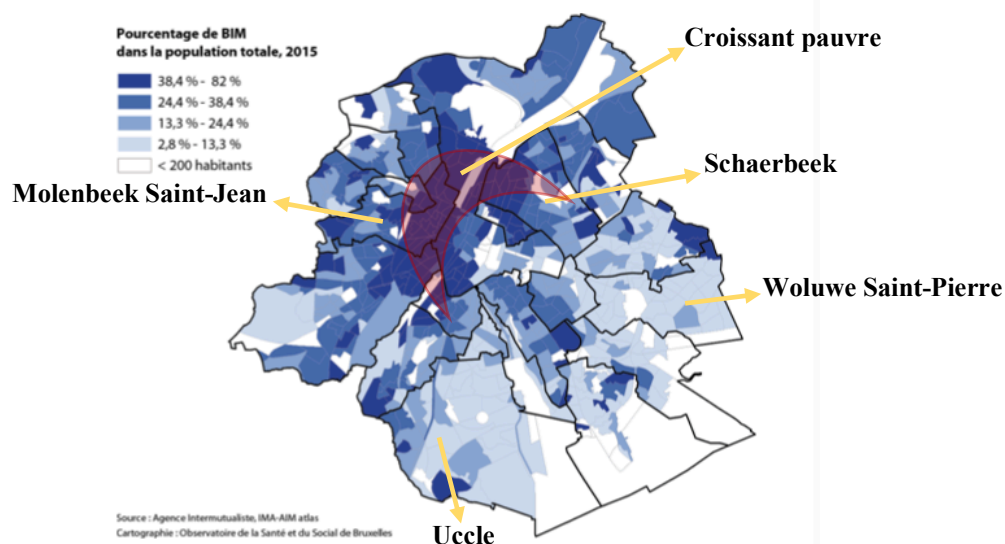
Tableau 1 représentant le nombre de bénéficiaires du droit à l'intégration en 2016 en Région de Bruxelles-Capitale.

	2016
Anderlecht	4.533
Auderghem	463
Berchem-Sainte-Agathe	495
Bruxelles	6.923
Etterbeek	1.418
Evere	1.294
Forest	1.966
Ganshoren	239
Ixelles	2.231
Jette	1.002
Koekelberg	498
Molenbeek-Saint-Jean	5.061
Saint-Gilles	1.983
Saint-Josse-ten-Noode	1.390
Schaerbeek	6.037
Uccle	1.089
Watermael-Boitsfort	464
Woluwe-Saint-Lambert	1.058
Woluwe-Saint-Pierre	332
Région de Bruxelles-Capitale	38.474

Tableau 2 représentant le nombre de bénéficiaires de l'aide financière par nationalité en 2016 en Région de Bruxelles-Capitale.

	2016			Total ²
	Nationalité belge	Nationalité étrangère UE	Nationalité étrangère hors UE	
Anderlecht	4	38	803	845
Auderghem	1	0	65	66
Berchem-Sainte-Agathe	1	0	61	61
Bruxelles	8	33	1.040	1.080
Etterbeek	1	1	192	194
Evere	0	2	170	173
Forest	3	7	279	289
Ganshoren	0	1	40	41
Ixelles	1	2	377	380
Jette	2	0	211	213
Koekelberg	0	3	111	114
Molenbeek-Saint-Jean	3	46	919	967
Saint-Gilles	2	2	335	338
Saint-Josse-ten-Noode	3	27	299	328
Schaerbeek	3	54	975	1.032
Uccle	1	0	119	119
Watermael-Boitsfort	0	0	15	15
Woluwe-Saint-Lambert	1	3	92	96
Woluwe-Saint-Pierre	0	0	31	31
Région de Bruxelles-Capitale	32	219	6.132	6.383

Annexe n°6 : Pourcentage de bénéficiaires d'une intervention majorée par secteur statistique (2015)



Carte retirée du Rapport Bruxellois sur l'État de la Pauvreté en 2017 rendu par l'Observatoire de la Santé et du Social à Bruxelles et modifié par nos soins (ajouts d'étiquettes pour certaines communes et d'une estimation du croissant pauvre à Bruxelles).

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2017). Baromètre social 2017 : Rapport bruxellois sur l'État de la Pauvreté. Bruxelles: Bruxelles : Commission communautaire commune (COCOM), p. 28.

Annexe n°7 : Pourcentage de bénéficiaires d'une intervention majorée par secteur statistique (2015)

	Revenu moyen par habitant	Part d'étrangers dans le quartier	Part des Européens des 15 (hors Belgique)	Part du reste de l'Europe (UE13)	Part de l'Afrique du Nord et de la Turquie
1. Chaussée de Haecht	1: <11 000	41,72%	7,28%	15,65%	10,83%
2. Colignon	1: <11 000	33,44%	8,49%	7,68%	9,45%
3. Dailly	2: 11 000 - 13 500	39,71%	15,97%	11,69%	5,24%
4. Gare de Schaerbeek	2: 11 000 - 13 500	32,02%	10,75%	7,38%	7,70%
5. Gare Josaphat	3: 13 500 - 15 000	28,99%	12,47%	7,56%	2,51%
6. George Henri	4: 15 500 - 18 000	37,11%	23,23%	7,35%	1,12%
7. Helmet	2: 11 000 - 13 500	29,51%	8,11%	8,43%	7,25%
8. Josaphat	3: 13 500 - 15 000	35,45%	17,12%	8,73%	3,89%
9. Plasky	3: 13 500 - 15 000	42,60%	22,74%	11,11%	1,34%
10. Parc Josaphat	/	/	/		
11. Porte Tervueren	3: 13 500 - 15 000	55,55%	35%	10%	1,29%
12. Quartier Brabant	1: <11 000	42,51%	7,47%	15,62%	10,65%
13. Quartier Nord	1: <11 000	35,98%	30,52%	8,57%	9,51%
14. Reyers	3: 13 500 - 15 000	28,06%	12,24%	7,94%	3,03%
15. Terdelt	3: 13 500 - 15 000	22,87%	9,71%	4,63%	3,65%

Annexe n°8 : retranscription de l'interview de Fatima

Fatima (nom d'emprunt), Belgo-marocaine de 47 ans, résidente à Schaerbeek, le 28 juillet 2018 .

GD: Est-ce que vous pouvez d'abord vous présenter, m'en dire un peu plus à propos de vous, votre origine, quand vous êtes arrivée en Belgique...?

F: Moi je m'appelle Fatima, j'ai cinq enfants, j'ai divorcé, ça fait maintenant 7 ans divorcée. Moi j'habite à Schaerbeek, et moi toujours content avec les enfants. Moi j'ai CPAS, je suis content avec CPAS. Moi partir à l'école et j'apprends le français.

GD: Dans une association?

F: Oui et donc... comme ça!

GD: Et donc ça fait combien de temps que vous êtes en Belgique?

F: Moi ça fait 27 ans, 27 ans que je vis Belgique.

GD: Vous avez immigré avec votre mari?

F: Oui, moi 7 ans toute seule et 20 ans avec mari. Après, voilà, divorcé parce que mari parti tout le temps et... méchant avec moi

GD: Vous vouliez être libre

F: Oui, voilà moi libre, avec les enfants, soigner les enfants pour moi, les enfants toujours bien et l'école bien, ils travaillent bien... Voilà

GD: Et du coup, que faites-vous dans la vie? Vous bénéficiez du CPAS pour le moment?

F: Moi, CPAS y a pas de problème, toujours été payée bien, pour moi, et le loyer, y a pas de problème. Moi chercher le travail maintenant. Moi trouver pas

GD: Dans quel secteur? Vous cherchiez dans quoi?

F: Dans tout, dans tout. Peu importe, femme de foyer, nettoyer les maisons, les bureaux, n'importe vraiment.

GD: Mais vous n'avez pas encore trouvé.

F: Non.

GD: Vous habitez donc Schaerbeek. Quel est votre quartier?

F: Porte de Schaerbeek (près de Collignon)?.

GD: Vous avez habité autre part qu'à Schaerbeek ou toujours là-bas?

F: Toujours à Schaerbeek. Ah non, non. Avant, j'étais à 1000 Bruxelles (la commune de Bruxelles), donc pendant 20 ans. Pendant divorce, je suis restée avec 'Porte Ouverte' [une maison d'accueil] pendant 8 mois, presque un an. Après j'habite à Schaerbeek depuis 7 ans.

GD: Et c'est un logement social ou...

F: Non, non, privé. Ah non, c'est un logement social, par ERIS.

GD: Et vous êtes satisfaite du logement dans lequel vous êtes?

F: Moui.. Mais, mais! Moi déjà demandé logement social, mais pas donné un logement parce que moi 5 enfants et y a pas...

GD: Assez de place?

F: Oui. Parce que difficile de trouver avec cinq chambres.

GD: Et c'est quoi ERIS?

F: Ben c'est un peu comme logement social mais c'est pas logement social. Mais moi bientôt déménager parce que je peux pas rester là-bas toujours. Parce que des gens problèmes et ont besoin du mien.

GD: Oui mais bon, vous aussi vous avez des problèmes.

F: Oui mais bientôt les enfants vont bientôt partir, alors je vais devoir partir aussi.

GD: Ah oui, parce que vous avez besoin de place et que quand ils vont partir ce sera trop grand.

F: Voilà, voilà! Maintenant, j'attends pour logement social. Maintenant 7 points!

GD: 7 points? C'est quoi ce système de points?

F: Chaque un an, donner un point ou deux points je sais pas.

GD: Ah d'accord, et puis quand vous avez atteint un certain nombre de points, vous pouvez alors avoir le logement social.

F: Mais avant, déjà logement social avec mari, quand arrivés en Belgique. Après, moi sortie et mari resté là-bas. Moi chercher un autre.

GD: Et pourquoi vous cherchez à Schaerbeek?

F: Parce que la commune bien, tout bien, CPAS est bien, pas de problème avec médecin et tout, tout bien. Très contente là-bas. Moi j'ai déjà demandé un logement social à Schaerbeek et ils ont dit qu'ils vont demander à 1000 Bruxelles.

GD: Quels sont les avantages et les inconvénients, les plus et les moins de Schaerbeek? Si vous deviez dire les choses que vous aimez et les choses que vous n'aimez pas à Schaerbeek?

F: Moi j'aime tout, moi j'aime tout. Tout bien, pas de problème. Moi, content, les enfants, contents. Moi jamais de problème, tout bien.

GD: On va parler un peu de la santé. Est-ce que vous avez été à l'hôpital récemment?

F: Oui déjà à l'hôpital pour problème à l'estomac.

GD: Et comment ça s'est passé?

F: Trop bien, trop bien maintenant. C'était à l'hôpital Saint-Jean, ils m'ont donné les médicaments et tout.

GD: Et vous avez un médecin généraliste? Dans l'hôpital? Dans une maison médicale?

F: Oui, maison médicale. C'est eux qui ont expliqué tout, la maison médicale qui a donné les papiers pour l'hôpital et puis moi partie à l'hôpital Saint-Jean.

GD: Ah oui, c'est eux [la maison médicale] qui se sont occupés de régler les papiers.

F: Oui, oui.

GD: Et parfois, c'est pas difficile les problèmes pour l'accès à la santé? La barrière de la langue ou...?

F: Non, parce que c'est la Maison Médicale à Schaerbeek, qui écrit tous les papiers, moi donner les papiers à hôpital Saint-Jean et après j'ai compris tout. Après, j'ai payé et on m'a remboursé l'argent et voilà.

GD: Et vous avez déjà eu un médiateur interculturelle? C'est ceux qui parfois font justement le pont entre le patient et un médecin pour expliquer ce qui se passe soit parce que c'est compliqué, soit à cause de la langue, donc il peut y avoir un traducteur en arabe ou quoi.

F: Non, moi j'ai pas français beaucoup mais j'ai trouvé un médecin bien, qui m'a expliqué un petit peu et un petit peu et j'ai compris tout.

GD: Il est belge, il est marocain?

F: Il est belge, mais y a aussi un turc. Il y a deux médecins bien, Docteur X et Docteur Y, une femme.

GD: Et ça fait longtemps que vous êtes chez ce docteur-là?

F: Oui, ça fait 7 ans maintenant.

GD: Vous avez confiance en lui?

F: Oui, oui.

GD: Du coup, vous pensez que Schaerbeek est bien fournie en termes d'accès à la santé?

F: Oui, oui, tout. A Schaerbeek, il n'y a jamais de problème, tout est bien, le CPAS ils sont gentils, moi je prends des cours lundi, mardi, mercredi à Heysel, et le jeudi au CPAS.

GD: Vous allez tous les jeudis au CPAS?

F: Oui.

GD: Pour faire quoi?

F: Je prends les cours.

GD: Ah, c'est là que vous prenez des cours de français. Et le lundi, mardi, mercredi?

F: A Heysel, une autre école.

GD: Et ben, vous êtes coriace! (rires).

F: Moi pas parler bien, donc rien français. Maintenant un peu, pour aller à la banque, pour aller à l'école pour les enfants.

GD: Et quand vous parliez pas du tout français, tous ces problèmes par exemple, aller chez le médecin etc, est-ce que c'était plus compliqué parce que vous ne parliez pas français?

F: Non, je trouve toujours. Parfois quand quelque chose de grand grand, je demande mon fils, il est avec moi, on fait ensemble.

GD: Parce que lui il parle bien français donc il peut traduire?

F: Oui! Mais si c'est quelque chose de petit, toute seule.

GD: Est-ce que vous avez déjà décidé de ne pas aller chez le médecin ou ne pas avoir acheté de médicaments parce que c'était trop cher ou que...

F: Non, moi j'ai du CPAS, donc j'ai la carte médicale, donc les médicaments sont tout gratuits. Mais pas dafalgan et tout ça, mais sinon tout gratuit.

GD: Donc vous êtes satisfaite de l'accès à la santé à Schaerbeek?

F: Oui, mais c'est quoi l'accès à...?

GD: A la santé? Ben c'est justement comment le CPAS s'occupe de vous, si il vous donne une carte médicale, tout ce qui est...

F: Ouais, ouais moi tout. Même l'école, je dois payer 50€ pour mes cours, et le CPAS remboursé! L'école a donné un petit papier, je l'ai donné au CPAS et CPAS m'a donné tout l'argent.

GD: Là on va passer à un autre sujet. En fait, il y a une théorie qui dit que, parfois quand on est une femme, et qu'on a d'autres facteurs en plus que d'être une femme, il y a des discriminations qui s'ajoutent à la première. Parce que, vous savez que les femmes sont plus souvent inégales aux hommes et par exemple, si vous êtes une femme, d'origine étrangère et par exemple musulmane, et ben pour la société, on peut peut être plus vous discriminer. J'aimerais bien savoir si vous vous avez déjà été dans une situation de discrimination parce que vous étiez une femme et marocaine, par exemple. Si c'est trop personnel et que vous voulez pas en parler, il n'y a pas de problème.

F: Ca dépend des personnes, moi je sais pas. Moi, jamais de problème, les autres je sais pas. Avec les belges, jamais de problème. Mais quelqu'un d'autre, je sais pas... Ca dépend des personnes.

GD: Et le fait d'habiter à Schaerbeek, est-ce que c'est une source de discrimination ? Si vous dites que vous habitez à Schaerbeek... ?

F: Pas de problème, les enfants, moi, toujours bien. Parfois moi j'ai trouvé des femmes qui « moi j'ai des problèmes, là, là, là... » mais moi, non. Moi jamais eu de problème avec les gens. Moi, nationalité marocaine, mais moi en fait deux nationalités : origine marocaine, mais belge.

GD: Ah, vous avez la carte d'identité belge maintenant, donc vous avez la double nationalité. Et vous l'avez eue quand ?

F: Je crois que... il y a sept années, six années. Six ans, oui.

GD: C'est vous qui en avez fait la demande ?

F : Non, l'avocat. Il a dit, quand problèmes avec mon mari et tatata, « toi tu as nationalité ? » moi j'ai dit non non, parce que mon mari il l'a pas. Il a dit : « toujours demander la nationalité » donc moi demander nationalité et après j'ai reçu.

GD : Est-ce que le fait d'être belge vous a donné plus de droits ?

F : Non, non.

GD : Vous n'avez pas vu de changements ?

F : Non, non.

GD : Vous aviez déjà le CPAS, le même montant etc ?

F : Oui, oui.

GD : Et le fait d'être marocaine ne vous a jamais posé de problèmes ?

F : Marocaine?

GD : Oui?

F : Si si, bien sûr y a des problèmes. Mais moi je sais pas, c'est les problèmes de quelqu'un. Moi, pas de problème.

GD : Du coup, d'une manière générale, que pensez-vous de votre vie depuis que vous êtes à Schaerbeek ?

F : Bien, tout bien.

GD : Et le rôle des associations vous a été ?

F : Oui, ce sont de grands aides.

GD : Et comment vous les trouviez les associations ?

F : Moi c'est quand je suis partie de la maison avec problème mari, je trouvais une maison d'accueil, je suis restée pendant huit mois là. Pas moi qui payais le loyer, je payais rien, pas de factures, rien. Après, la Maison d'accueil ils m'ont donné l'adresse d'ici [De Schutting]. Moi venir ici, je restais accompagnée ici. Ca fait 7 ans ! Il m'aide pour le CPAS, avec l'avocat, à l'hôpital, cherché de l'argent pour moi.

Tout bien, maintenant tu connais tout sur moi, tout ! Avant, pas bien, mais maintenant, très bien. Avant, je restais toujours à la maison, il fermait la porte, je pouvais pas sortir, pas d'argent, pas d'école. Je restais là-bas, à la maison, rester avec les enfants. Après, moi malade, dépression de la tête, portée à l'hôpital. Après l'hôpital, il [le mari] m'a dit : « maintenant, tu vas rentrer à la maison ». Et moi, j'ai dit au médecin, « non, non, non, je veux pas rentrer à la maison parce que mari méchant ». Après à l'hôpital, cherché maison d'accueil, puis là j'ai commencé divorce avec mari.

GD : Et comment vous avez commencé ces démarches-là alors que votre mari vous enfermait à la maison ?

F : Ben parce que j'étais à l'hôpital. Après ben voilà, pas retournée à la maison, j'étais toute seule à la maison d'accueil. Les enfants étaient avec mon mari. Je suis restée toute seule à la maison d'accueil pendant 8 mois. Après, j'ai été accompagnée toujours toujours. Puis les enfants sont venus avec moi. Et voilà, j'ai tout dit.

GD : Je vous remercie chaleureusement d'avoir répondu à mes questions !

F : Pardon pour mon français...

GD : c'est une langue difficile, hein !

F : oui mais c'est très beau !

Annexe n°9 : retranscription de l'interview de Louisa

Q : Quel a été votre parcours professionnel ?

R : Je travaille maintenant ici, depuis bientôt 7 ans et je travaille en tant en tant qu'agent administratif d'accueil et dans la santé communautaire, dans le pool, donc, j'ai vraiment ici un groupe d'accueil que j'anime, 15 jours d'accueil et le reste aussi.

Quand on parle vraiment de l'accueil, c'est l'accueil physique des patients, ici, comme tu l'as vu en-bas, ça veut dire prendre des rendez-vous, ça veut dire des demandes d'ordonnances. Très souvent, les patients sont là et on va dire son nom, on est aussi dans le nouvel organigramme qu'on fait dans la Maison Médicale (MM), on considère qu'on est, qu'on fait, dans la MM, on fait aussi partie des soignants, en travaillant à l'accueil, on est la première personne, ça veut dire qu'on est le premier à déchiffrer ce que les patients qui viennent, ont réellement ; je n'ai donc pas que l'accueil de la personne admise mais la gestion quotidienne de la MM. Ça fait quand même 17 personnes ici, à la MM, indépendants, salariés confondus et la santé communautaire.

J'ai un bachelier en sociologie et j'ai un bachelier en communication (...) il faut savoir qu'ici, à la MM et de l'accueil, on a vraiment des profils totalement différents, un grand éventail au niveau de l'accueil et des soins.

Voilà, moi, je suis rentrée comme accueillante maintenant j'ai toujours été portée vers la prévention car ça m'intéressait le dépistage social, je suis, petit à petit, rentrée dans le conseil communautaire avec une volonté dès le début, j'espérais un jour pouvoir prendre une charge, donc ça s'est fait petit à petit au cours de mon parcours à la MM. Certains travailleurs se mettent ensemble pour un travail pour un an et quand c'est fini, on prend un travail qui se constitue dans un groupe pour travailler dans le domaine de la MM. C'est l'autogestion, c'est vrai que l'on travaille généralement sur divers plans et on est multitâches aussi en tant que salariée, enfin il y a les indépendants...

Q : Et vous êtes d'origine... ?

Je suis liégeoise de base aussi, je viens de Huy, Marchin mais j'habite et j'ai fait mes études à Bruxelles.

Q : Maintenant, vous habitez Schaerbeek ?

Je n'habite pas Schaerbeek. J'ai habité Ixelles mais j'ai eu l'occasion d'habiter, peut-être un mois, à Schaerbeek dans le quartier, en plus, enfin près du Parc Josaphat, donc c'est ici, très près mais c'est différent au niveau du bien mais c'est une zone en train de s'amplifier, qui se boboïse, les nouveaux commerces. C'était avenue Louis Bertrand qui donne sur l'avenue Rogier. Maintenant, j'habite Ixelles, plus du tout par ici, c'est très différent Mais c'est pas du tout ici.

Q : Une question un peu large mais quelle est votre définition de la santé communautaire ?

R : Bon, dans la vraie définition de la santé, c'est la prise en charge par les patients de leur propre santé et de participer à leur bien-être et à leur santé, donc de quoi construire des projets avec des patients et donc de les enlever un peu de cette place passive, on va dire donc subie du patient pour prendre en charge leur propre santé.

Maintenant, quand on parle de santé communautaire en MM, ça va au-delà parce que ..., mais ça, on touche beaucoup plus de choses, on va plutôt dire activité de promotion de la santé, de prévention, enfin, tu verras, si tu continues de travailler, enfin à être entouré avec les MM, finalement santé communautaire, ça pourrait être aussi la création d'un groupe de patients actifs au sein de la MM, Conseil d'Administration, Assemblée Générale, c'est avoir sa place aussi dans un organigramme. C'est un des acteurs et malheureusement j'ai l'impression, pour beaucoup de MM, c'est dur d'avoir un comité de patients, de les mettre dans un organe de décision donc pour moi, je crois qu'il y a vraiment tout un questionnement par rapport à cette santé communautaire, et quoi ? Est-ce que c'est encore adapté à ce qu'on fait et ce qu'on dit : santé communautaire ou quand on est, on a un subside payé pour avoir...

Q : *Mais alors quel est le terme ?*

R : Moi, c'est pour ça, moi, je trouve que le terme est ancré dans la réalité de terrain des MM.

Q : *Il n'y a pas que la prise en charge de sa propre santé.*

En fait, la participation des patients généralement, pour nous, elle s'arrête plutôt dans le fait de suggérer de l'activité, de leur demander si des thématiques, enfin, qu'ils choisissent des thématiques, des choses comme ça mais d'essayer de les faire participer au processus d'évaluation mais voilà ça veut dire l'implication vraiment des patients. J'ai l'impression que, pour eux, dans ces activités censées communautaires, elles s'arrêtent là. Maintenant si on dit santé communautaire à la MM du Nord, ça va être justement plutôt des activités, ben, tu parles de déterminant, c'est le contraire, c'est quand même d'un niveau donc on va pouvoir agir sur les liens de ... Enfin, on va essayer d'y mettre des thématiques, de travailler sur la parentalité ou bien par l'enfant, on va avoir des activités jeux pour les parents et leurs enfants. On va avoir des domaines, travailler sur l'alimentation donc essayer de faire des, on fait des ateliers.

On essaie de savoir, plus que dire : « Nous, on sait comment vous devez manger mais c'est comme ça que vous devez faire. » dans un contexte non institutionnel que simplement là...

Nous, on est un expert, vous êtes passifs par rapport à ça mais c'est sûr qu'on essaie de faire ça, maintenant on a réussi l'accès à la ...

C'est un peu notre axe, c'est l'ouverture à la culture aussi donc on va au théâtre, on travaille avec le service éducatif des Musées Royaux, donc des sorties aux musées qui sont préparées pour les publics fragilisés ou qui parlent pas le français correctement ; donc il y a toujours une phase de préparation d'une visite et puis, ben, c'est des thématiques, ben, on choisit des thématiques avec lesquelles lancer le débat avec les patients, il n'y a pas que les adultes : donc, lancer des débats avec parents et les enfants. On a tout le côté sportif aussi, on a des cours de gym aussi mais voilà est-ce que c'est de la santé communautaire que lancer des cours de gym aussi moi c'est un peu ça parfois...

Donc on va au contact, ... ce qu'on apprécie de plus en plus, c'est les enfants, on va essayer du coup de travailler coaching, pouvoir évaluer à quel point des enfants sont actifs ou pas dans leur milieu, c'est pas leur propos de faire du sport, etc... C'est un peu marcher pour aller chercher votre enfant à l'école, vous habitez au 4^{ème} étage, essayez de voir comment est-ce que pourriez faire plus de... ou moins de... Et donc on est un peu dans cette sphère-là, on essaie vraiment de toucher ce qui est alimentation, parentalité, sport, culture, ... On va peut-être relancer des activités de diabète aussi.

Q : *Vous avez beaucoup de cas de diabète ?*

Il y a énormément de diabétiques au sein de la MM, maintenant c'est vrai que c'est beaucoup plus orienté sur ça, pour moi, quand je suis arrivé à la MM mais il y a eu un départ de personnes qui s'occupaient de la santé communautaire mais avant c'était cuisine pour femmes marocaines mères et filles, un truc hyper et c'était tout, on avait des petites ..., comme des espèces de micro-conférences sur des thèmes comme diabète et ramadan, diabète et voyages, diabète et soin des pieds

Il y a eu et c'est vrai que, oui, on a beaucoup, énormément de diabétiques maintenant quand on regarde la population, l'âge moyen de la MM, c'est 33 ans, on oriente vraiment beaucoup sur les diabétiques.

Q : *Mais les diabétiques ont plus que cet âge-là : 33 ans ?*

R : Non, justement, ce sont des personnes âgées qui sont plutôt diabétiques et je dis, on avait inversé cette orientation-là et donc maintenant qu'on se rend compte que c'est 33 ans, la moyenne d'âge et que ce serait bien ensuite de faire des groupes pour diabétiques, on a besoin comme ça de faire des activités pour les gens plus jeunes. Et donc...

Mais non, on a abandonné tout ça mais maintenant on se dit qu'on va quand même peut-être refaire des activités autour du diabète donc là aussi au stade de la pensée peut-être qu'est-ce que eux connaissent du diabète et construire l'activité autrement pour que eux, d'abord, s'expriment. On va aussi essayer de travailler en réseau avec d'autres MM et de faire des activités.

Q : *Des partenariats joints, voilà pour avoir des activités aussi plus diversifiées, compte tenu de votre budget et votre temps ?*

R : On ne peut pas faire tous les, tous les... donc mobiliser les ressources, le temps, puis les outils enfin laisser un nom sur Schaerbeek ...

Q : *...On dirait que le tissu associatif schaarbeekois est bien fourni...*

R : Oui, le tissu associatif schaarbeekois est quand même relativement important au niveau des MM, sur Schaerbeek, il y a 4000 patients.

Q : *Vous, vous avez 4000 patients ?*

R : Oui, 4000 patients, Donc maintenant il faut répartir St Josse et Schaerbeek puisque Schaerbeek est à la limite de St Josse. Des gens donc des gens sur les 19 communes(...)

Q : *Oui, j'ai vu votre « spectre ».*

R : Voilà, c'est ça, la communauté des patients aussi malheureusement, c'est ce qu'on aimerait aussi. C'est pour réorienter parfois la communauté de Schaerbeek perdue: on parle de marocains et de turcs, il faut savoir que les gens sont en train de déménager, les 2^{ème} et 3^{ème} générations ne vivent plus à Schaerbeek, leurs parents, oui, ils ont acheté des maisons, sont encore là. Eux, ne vivent plus ici et on voit comment c'est plein de bulgares, c'est vraiment la 1^{ère} nationalité étrangère qui vit à Schaerbeek. Maintenant beaucoup de Turcs et de Marocains sont assimilés aussi donc ils ne rentrent pas dans les chiffres. C'est vrai que c'est difficile aussi mais...

Q : *Comme quoi, leur origine a toujours faim (?)*

Dans leur cas, leur origine est source de discrimination.

Tout comme les bulgares ?

R : Il faut savoir qu'ils tiennent dans une zone près de la gare du Nord, c'est une gare, une zone de transit, où on va quand même avoir énormément de nouveaux émigrés finalement mais qu'on ne sait pas prendre en charge parce qu'on n'accepte plus de nouveaux patients non plus donc.

Q : *Vous êtes saturés de nouveaux patients ?*

Voilà, on ne sait pas assurer l'accessibilité des soins, aussi à ce moment donné, on se dit que voilà, il y a autant de médecins, il y a autant de kinés, on ne peut pas prendre plus.

Q : *Oui et puis c'est l'intérêt à prendre du temps avec les patients ?*

R : Si on ne sait pas donner un rendez-vous dans les 2 jours, ça n'a pas de sens et puis la prise en charge n'est pas remplie donc la mission des médecins n'est pas remplie.

Q : *Du coup, vous pensez que la santé communautaire est très différente par exemple dans une commune comme Schaerbeek, Molenbeek que dans une commune comme Ixelles...*

R : Tout à fait, je pense que typiquement elle est liée à la population qui vit dans le quartier véritablement, on voit, par exemple, je prends comme exemple la MM des Marolles qui est, qui voit bien une autre population multiculturelle aussi mais plein de cas de toxicomanies, beaucoup de gens

sans domicile, beaucoup plus ici que dans notre patientèle donc inévitablement la santé communautaire, elle se joue différemment qu'ici puisque le public est différent.

Q : Comme vous le disiez tout à l'heure, la moyenne d'âge est 33 ans ?

R : C'est sûr qu'une MM qui est dans un autre quartier va aussi être orientée par la politique de santé communautaire, j'imagine, suivant la demande et suivant le public qui est là. Et aussi sur les points sur lesquels elle a aussi envie de travailler ?

Là aussi c'est une volonté.

Je pense qu'inévitablement il y a aussi des choses sur lesquelles on a envie de travailler, on voit bien que la parentalité, on en parle dans beaucoup de MM quelque chose qu'on va retrouver, à savoir les cours de gym qui ont véritablement ... C'est vrai que c'est facilement réalisable, on va retrouver des activités comme ça. Maintenant il y a des choses quand même plus... puis tout dépend de la MM, je pense, existante et du temps...

Q : Et des moyens, je suppose ?

R : Du temps, des moyens alloués à la santé communautaire. Certaines ont du temps-plein, d'autres ont peut-être 15 h. Il y a des groupes de travail non, par opposition, on a une réunion par mois avec 5 personnes pour être dans la réflexion et pour tenir un groupe de réflexion santé communautaire. Moi, je vais faire un travail sur l'attentat de Huy, on peut creuser ou aller voir s'il y a un moyen d'école mixte, là sur telle ou telle thématique. C'est moi qui fais le travail, on va dire puis c'est un gros travail, est-ce qu'on va penser à cette activité-là ? Tiens, est-ce qu'on en parle à l'équipe aussi mais alors il y a un petit groupe de réflexion. Maintenant il y en a, ils sont très peu, il y en a qui mettent le double de temps...

Q : Chaque MM a une manière de conduire un peu ?

R : Tout à fait, donc ça, c'est ... Et puis forcément, on va passer à un autre, il n'y en a pas des masses, une sorte d'échelle.

Q : Quelles sont, pour vous, les principales difficultés d'accès à la santé à Schaerbeek ou est-ce qu'elles diffèrent de celles de Bruxelles en général ? Est-ce que vous pensez que c'est plus facile, moins facile, l'accès aux soins de santé ? Dans une perspective assez large.

R : Franchement, par rapport aux autres villes, c'est un peu difficile...

Ce qu'il y a, c'est qu'on se retrouve dans une commune, on va dire c'est quand même dans le croissant pauvre de Bruxelles. Je pense que, du coup, les gens sont plus quand même précarisés, ont moins de ressources aussi pour avoir accès à la santé. Maintenant c'est dans ces communes-là aussi qu'on rencontre le plus de MM. Donc que ça va leur donner une facilité d'accès aussi ou de structures d'aide sociale.

Q : Donc, plus de proximité ?

Plus de cellules de quartier, des choses comme ça, donc, ... et vous avez des cas de patients qui ne peuvent pas faire face à ça, par exemple, vous devez leur donner un document qu'ils doivent signer, qu'ils ne savent pas lire ou...

R : Français, oui, oui. Mais il y a des assistantes sociales qui accompagnent clairement les gens dans toute une série de démarches et où transparaissent des déterminants de la santé, etc...

Par exemple, on sent qu'il y a le logement. Pour nous, on aimerait travailler sur ça. Je crois que c'est même une thématique proposée par l'intergroupe bruxellois, disons que ...

Q : Pourquoi la thématique du logement ?

R : Et bien sur la difficulté de trouver des logements ; on essaie aussi de leur trouver un appart; les gens sont parfois dans des conditions complètement...

Q : Insalubres ?

R : Insalubres, ils sont malades de l'endroit où ils vivent donc voilà, on va les aider à faire.

On va se mettre en lien avec des gens qui s'occupent de la situation financière de quelqu'un.

Maintenant, nous, nos patients aussi ont de la chance, maintenant il y en a toute une série pour laquelle on n'a pas vu tout le monde. Il y en a qu'on n'a pas pu les recevoir. Il y a une MM à Servais, il y en a un peu partout à Bruxelles, le temps que tout ça se complète.

Q : Et vous avez un système de liste d'attente ?

R : Non, on ne fait pas de liste d'attente, en fait, on a fermé les inscriptions, on garde les inscriptions ouvertes pour les enfants à naître et les futurs conjoints. On pense que c'est pour garder une cellule familiale ensemble. Mais donc pas de liste d'attente. On essaie, on essaie alors de voir entre MM pour tenter de régler le problème, aussi de transférer des patients ; on accepte aussi des transferts de MM. Ainsi, c'est une structure de quartier qui nous renvoie un patient afin que le Centre de santé mentale disons, qui vient de nous téléphoner voilà, on cherche vraiment un endroit où on voudrait bien qu'il soit. Là, généralement on va accepter le patient. Mais donc voilà référé par un autre organisme social de santé ou par des gens, par des conjoints qui sont déjà inscrits, des choses comme ça. Voilà qu'elle est favorisée sur Schaerbeek, maintenant c'est pas pour ça que l'accès aux soins de santé est bon à Schaerbeek pour autant. Même, je pense, loin de là...

Q : Une MM, c'est donc une ASBL ?

Oui une ASBL, tu as le cas de MM au forfait ou à l'acte. A l'acte comme tu vas payer le médecin, tu vas à la mutuelle

Puis tu as la MM au forfait où, c'est donc l'INAMI qui donne un montant par patient, d'une façon mensuelle, on doit avec ce package,... on prend en charge médecin, infirmier, kiné, aide communautaire. Tout ça avec ce qu'elle reçoit de l'ASBL et les subsides.

Pour l'accueil parce que c'est un centre de santé intégré, plusieurs soignants travaillent, donc on a droit à avoir un temps-plein d'accueil financé par la COCOF, des choses comme ça.

Q : Du coup, on dirait que c'est fabriqué par la présence de la MM à contrebalancer peut-être un manque du Service public par rapport à la santé qui n'était peut-être pas présent ?

R : Tout à fait, tout à fait. C'est clairement dans cette optique-là que les MM ont été créées dans les années 60-70 : parce qu'il ne trouvait pas une offre de soins qui permettait aux gens d'avoir accès à la santé aussi. Et c'est comme ça aussi que la MM s'est créée ici. Les médecins qui ont créé la MM se sont dit « Où est-ce qu'on va aller s'implanter, dans quel quartier, on va aller s'implanter ? Oh ben tiens, près de la gare du Nord, un des quartiers de Schaerbeek.

Donc voilà c'est quand même donner accès aux soins de santé à un public précarisé. Les premières maisons (médicales) c'est Charleroi, dans les quartiers, disons immigrés, précarisés.

Q : Dans la théorie, on peut dire que les quartiers précarisés et à forte population étrangère sont un peu délaissés des experts et médecins indépendants. Vous pensez que, ça rejoint un peu la question d'avant, mais est-ce qu'il y a quand même beaucoup de médecins d'origine étrangère ? Moi, personnellement, j'en ai vu.

Et c'est vrai qu'un des arguments dans la théorie qui dit que c'est parce qu'il y a des problèmes de remboursement, de non-paiement et qu'ils ne paient pas non plus leurs honoraires.

R : Maintenant y a-t-il moins de médecins indépendants à Ixelles qu'à Schaerbeek mais à Bruxelles il y a clairement moins de médecins, c'est ça mais Bruxelles il y a toutes des nouvelles zones de Bruxelles où il n'y a pas de généralistes parce que ...

Q : Ce sont lesquelles ?

R : Comme le Centre-Ville, peu de logements, beaucoup de touristes donc les médecins ne sont au pas là et alors les zones vers Forest, les zones, le long du Canal parce que ce sont de nouveaux logements ; avant, c'était des industries donc en fait, c'est comme si les services n'étaient pas encore arrivés jusque-là ou ont quitté les lieux ; j' imagine dans le cadre des nouveaux services et disons, fréquentés par les touristes. Les médecins choisissent plutôt les chouettes communes pas celles en manque de médecins à Bruxelles.

Q : On a déjà parlé des enfants mais pensez-vous que la ségrégation scolaire a des conséquences sur l'accès à la santé par exemple les enfants issus des écoles précarisées vont peut-être soit accéder plus

tard à la santé, soit eux-mêmes auront par rapport à leur santé des difficultés plus tard. C'est sans doute indéniable?

R : Oui, j'imagine que tout ce qui se passe au niveau éducation est aussi hyper important : si on n'investit pas dans l'école, si elle est sous-financée, dans laquelle beaucoup de choses passent, ça aura aussi un désavantage, ça aura un impact sur leur santé. Maintenant, ils peuvent très bien avoir aussi une (...)

Q : Mais vous savez si les écoles à Schaerbeek sont difficiles à...

R : Franchement on n'est pas en contact directement avec les écoles. Difficile aussi d'avoir ce genre de pas, parce qu'on est en dépassement

Par exemple organiser une activité dans une école, ce serait super délicat pour nos patients en même temps, en plus, ils vont trouver ça supergénial, une MM, qu'est-ce que c'est.

Maintenant on n'en fait plus. Donc, c'est pour ça, on n'est pas vraiment en contact avec des écoles.

Q : Surtout que les enfants de vos patients, vos patients viennent de partout...

On en a un peu parlé mais du coup, vous connaissez les cas de déterminants sociaux de la santé mais lesquels vous pensez qui sont les plus importants peut-être à Schaerbeek de toutes les sources d'inégalité en matière de santé ?

R : Ben ils sont un peu désavantagés dans beaucoup de sens. Pour dire un déterminant qui serait plus important que l'autre...

Q : Ce n'est pas pour les hiérarchiser c'est pour les avancer seulement...

R : C'est vrai qu'on parle souvent du logement. Eh bien, parce que c'est lié, l'environnement dans lequel ils sont par le logement. Puis le statut économique, la nationalité. Les gens, ils sont un peu un cumul de plusieurs sources d'inégalités quoi.

Q : Par exemple par rapport au genre que vous voyez de la population est-ce que vous avez plus de femmes, est-ce que vous avez moins de femmes ?

R : Non au niveau du genre, Schaerbeek, la place ici derrière est typique hein, c'est une place minuscule. C'est vraiment une place de cafés turcs et marocains enfin avec des hommes, aucune femme assise.

Et ici c'est vrai qu'on a quand même beaucoup de patientes très isolées qui parlent pas français

Q : Des femmes isolées ?

R : Ben oui, c'est souvent avec les mariages arrangés et des choses comme ça, qui ne travaillent pas, qui ne parlent pas bien le français, elles ont la belle-famille, sortent pour aller chercher les enfants à l'école. Elles ne font pas grand-chose d'autre. Donc elles ne sont pas d'une santé psychologique évidente. Et puis beaucoup de souffrance aussi, ça on le sent beaucoup dans notre patientèle.

Q : Et oui, il y a beaucoup de femmes ?

R : Donc, c'est sûr qu'on a quand même beaucoup de femmes dans notre patientèle en tout cas, d'où l'intérêt de la MM, de la structure médicale ; donc, c'est bien, tu peux aller aux activités. Donc c'est vraiment super important de garder des activités à la MM. Elles trouveront peut-être des activités ailleurs mais cela ne va pas être aussi bien traité que les activités à la MM

Q : Oui c'est ça puis dans le cas des femmes isolées ça leur permet au moins de, et puis vous en avez dans vos ateliers ?

R : Oui, tout à fait, il y a une confiance et l'acceptation du mari ou de la belle-famille qui essaie de se débrouiller sur place.

Q : Et il n'y en a pas mal ?

R : on a ... Oui, on a envie de travailler et de pouvoir arriver donc on est quand même, oui je pense au niveau du genre. On touche quand même pas mal de personnes

Q : Bon, je crois qu'on a tout passé en revue. Ah oui, peut-être d'une manière générale, quels sont les principaux défis d'accès à la santé à Schaerbeek, s'il y en avait ?

R : L'accessibilité, ce serait peut-être bien parce que du coup, il y a encore énormément de gens qui n'ont pas l'accès à la santé comme en Maison médicale.

Q : Oui parce que s'il n'y a pas de Maison Médicale ou si elles sont saturées, il n'y a pas d'autres relais ?

R : C'est ça. Il faut trouver un médecin, de confiance... et tout ça, c'est difficile à trouver en solo... Et puis, tu sais déboursé même 10 euros pour faciliter par le tiers payant. Parce que souvent, les médecins ils ne pratiquent pas le tiers payant. Je pense que du coup, moi je dirais que plus de MM à Schaerbeek mais ce serait bien. En tout cas, plus de MM partout, ça pourrait être Ixelles, hein.

En tous cas elles permettent un accès à la santé très important pour une population précarisée comme c'est le cas à Schaerbeek mais il faudrait plus de place quoi, oui ça quand même, je pense que c'est un problème ; on n'a pas à attendre, il doit y avoir encore beaucoup de gens qui ne s'occupent pas encore de leur santé.

Et disons que quelque chose de culturel

On va au CPAS il faut avoir une carte oui, OK, c'est bien et c'est urgent. En dehors du réseau, tu n'auras rien. Le CPAS est attribué en ordre de mutuelle ou en attente de papiers, d'une carte qui leur permette de se soigner gratuitement. Ben en MM

Q : Et vous avez des cas comme ça, non ?

R : Oui, on a sur Schaerbeek, on gère sur une cartographie, où chacun, suivant la zone où il travaille, enfin suivant l'adresse d'une personne, on va l'envoyer à l'adresse suivant la zone où il travaille, on va le renvoyer dans cette MM-ci en disant qu'il se présente en aide médicale urgente, on va le prendre en charge ; on va les dispatcher dans ces zones. C'est une sorte d'interim parce que c'est pendant le problème.

Maintenant, si nous, on décide que le jour où la personne va à la mutuelle, mais c'est vrai personne, enfin, tout le monde ne se décide pas comme ça et sinon ben les défis de santé on est quand même pas une grande mouvance de, voilà... Maggie de Block met beaucoup plus de contrôle, et rend l'accès plus difficile quoi. Apparemment, il y a beaucoup plus de contrôle dans l'attribution des cartes médicales...