

Plan stratégique de
promotion de la
santé
2018/2022
du Gouvernement
francophone
bruxellois

Afin de promouvoir la santé et de réduire les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles – Capitale, le Collège adopte pour une durée de cinq ans un Plan de promotion de la santé [...].

Décret de promotion de la santé, Art. 3

Table des matières

1.	Préambule : enjeux et ambitions générales du Plan.....	4
2.	Cadre du Plan de promotion de la santé.....	4
2.1.	Le Décret et sa finalité.....	4
2.2.	Définition des concepts clés et des principes d'action	5
2.2.1.	Santé et promotion de la santé	5
2.2.2.	Principes d'action de la promotion de la santé	6
2.2.3.	Points d'attention dans la mise en œuvre de ce Plan	7
3.	Mise en œuvre du Décret de promotion de la santé.....	8
3.1.	Un Plan de promotion de la santé.....	8
3.2.	Le dispositif de promotion de la santé	9
3.3.	Un Plan stratégique et opérationnel.....	10
3.4.	Actualisation du Plan et suites	11
3.5.	Schéma du cycle général de planification stratégique et opérationnelle.....	11
4.	Le Plan Stratégique 2018/2022	11
4.1.	Méthode de planification.....	12
4.2.	Collaboration avec le secteur	12
4.3.	Architecture du Plan Stratégique 2018/2022	13
5.	Des besoins sociaux et de santé.....	13
5.1.	Défis pour la santé et le bien-être en Région bruxelloise	13
5.1.1.	Démographie	15
5.1.2.	Inégalités sociales et socio-spatiales	15
5.2.	Les déterminants de la santé et du bien-être	16
5.2.1.	Les conditions environnementales.....	17
5.2.2.	Les conditions de vie et de travail – l'accès aux ressources	17
5.2.3.	Les modes de vie	19
5.3.	Les maladies chroniques : mortalité et morbidité	20
5.3.1.	Maladies non transmissibles et traumatismes.....	20
5.3.2.	Maladies et infections transmissibles.....	22
5.4.	Population générale - publics prioritaires – milieux de vie.....	23
5.4.1.	La population générale	23

5.4.2.	Publics prioritaires	24
5.4.3.	Environnements - territoires - milieux de vie spécifiques	28
5.5.	Des besoins aux objectifs généraux du Plan	31
5.5.1.	Objectif général «santé/bien-être»	31
5.5.2.	Objectif général « santé/prévention »	32
5.5.3.	Publics finaux et relais	32
6.	Objectifs transversaux, thématiques, priorités et moyens	33
6.1.	Modèle stratégique du Plan de promotion de la santé 2018/2022	34
6.2.	Objectifs et priorités : transversalités	35
	Objectif transversal 1 : Améliorer la qualité des interventions en promotion de la santé.....	35
	35
	Priorité 1 : Promouvoir la visibilité, l'accessibilité et l'appropriation des informations et ressources en promotion de la santé	35
	Priorité 2 : Soutenir le développement et le renforcement des compétences des acteurs et opérateurs	36
	Priorité 3 : Favoriser le transfert des connaissances dans et hors du secteur de la promotion de la santé	36
	Objectif transversal 2 : Favoriser et promouvoir la 'santé dans toutes les politiques'	37
	Objectif transversal 3 : Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre	39
6.3.	Objectifs et priorités thématiques	39
	Objectif thématique 1 : Contribuer de manière ciblée à prévenir les maladies non transmissibles ainsi que les traumatismes.....	39
	Priorité 1 : Promouvoir et soutenir les environnements et comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabac	39
	Priorité 2 : Soutenir des démarches de promotion de la santé mentale	41
	Priorité 3 : Poursuivre les programmes de médecine préventive et le dépistage organisé des cancers	42
	Objectif thématique 2 : Contribuer de manière ciblée à prévenir les infections et maladies transmissibles.....	43
	Priorité 4 : Contribuer à la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH et le VHC	43
	44
	Priorité 5 : Contribuer à la prévention et au dépistage de la tuberculose	44
	44
	Objectif thématique 3 : Favoriser la santé (et donc le bien-être) des publics, sur des territoires et dans des milieux de vie spécifiques	44
	Priorité 6 : Favoriser et promouvoir la santé sexuelle	44

Priorité 7 : Prévenir l'usage de drogues licites (notamment l'alcool) et illicites et en réduire les risques.....	45
Priorité 8 : Favoriser et promouvoir la santé au sein des divers milieux de vie des jeunes.....	47
Priorité 9 : Favoriser et promouvoir la santé en milieu carcéral	47
Priorité 10 Favoriser et contribuer à promouvoir la santé des personnes en situations de vulnérabilité	48
7. Opérationnalisation du Plan de Promotion de la santé	49
7.1. Schéma du Plan stratégique et opérationnel intégré	49
7.2. Définitions : mission, programme, projet, action	49
7.3. Recommandations pour l'opérationnalisation du Plan stratégique	50
7.4. Récapitulatif des moyens mis en œuvre pour l'opérationnalisation du Plan Stratégique....	51
7.4.1. Un service d'accompagnement	51
7.4.2. Des services de support	51
7.4.3. Des programmes de médecine préventive.....	52
7.4.4. Des acteurs et des projets.....	52
7.4.5. Des réseaux.....	53
8. Cadre de l'évaluation du Plan Stratégique et Opérationnel	53
9. Récapitulatif du processus et suites.....	55
10. Bibliographie et références	56

1. Préambule : enjeux et ambitions générales du Plan

L'élaboration de ce premier Plan de promotion de la santé bruxellois s'est faite dans le respect du secteur hérité de la Fédération Wallonie-Bruxelles. L'enjeu principal étant de mettre en cohérence la prévention primaire, les programmes de médecine préventive et les actions et projets plus basés sur les démarches émancipatrices de la Promotion de la santé que sur des objectifs précis de santé publique.

Parallèlement, deux ambitions ont guidé l'élaboration du Plan. Il s'agissait d'une part de la volonté de valoriser et d'utiliser au maximum les compétences et expertises des acteurs financés dans le cadre du standstill¹ en ce qui concerne l'opérationnalisation des objectifs et priorités du Plan. D'autre part, il était question de se doter d'un réel outil de suivi du Plan, de l'échelle la plus macro (les objectifs généraux) à l'application la plus micro (un projet, ses objectifs, son budget, ses indicateurs d'évaluation).

Enfin, il n'est pas toujours aisé de délimiter les problématiques qui relèvent de la compétence de la Cocof « promotion santé » ou d'autres niveaux de pouvoir. La promotion de la santé est une stratégie de santé publique spécifique qui entend agir sur les déterminants de la santé et contribuer à juguler les inégalités sociales de santé. Les déterminants de la santé comme les inégalités sociales relèvent *de facto* de différents champs de compétences politiques. Il est donc nécessaire d'identifier les articulations entre ces champs puisqu'une priorité de promotion de la Santé (une thématique, un public, un milieu de vie) peut relever de différentes compétences.

Les priorités et stratégies présentées dans le Plan se basent essentiellement sur des programmes et activités existants et relevant actuellement du champ de compétence de la Cocof/promotion santé.

2. Cadre du Plan de promotion de la santé

2.1. Le Décret et sa finalité

En vertu du Décret de promotion de la santé du 18 février 2016, afin de promouvoir la santé et de réduire les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles-Capitale, le Collège adopte, pour une durée de 5 ans, un plan de promotion de la santé. Le Plan de promotion de la santé s'inscrit dans la finalité du Décret. Le plan est élaboré par l'Administration, analysé et approuvé par l'Instance de Pilotage et adopté par le Gouvernement francophone bruxellois.

¹ Le standstill désigne la période transitoire qui prévaut dans le secteur de la promotion de la santé depuis le transfert de compétence de la Fédération-Wallonie-Bruxelles et la mise en place du nouveau dispositif prévu par le Décret du 18 février 2016.

La finalité du Plan de promotion de la santé répond au troisième objectif de Développement durable² de l'ONU adopté en septembre 2015 et pour lesquels la Belgique s'est engagée à : « *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* ».

Suite à la 6^{ème} Réforme de l'Etat et aux accords intra-francophones, il s'agit, à travers ce premier Plan, de redéployer le dispositif de promotion de la santé en Région bruxelloise, notamment par la mise en œuvre de stratégies et d'actions concrètes portées par des acteurs mais aussi en poursuivant, en initiant ou en participant à des concertations interministérielles. Pour ce faire, le Plan reprecise les fondements de la promotion de la santé et met l'accent sur des démarches spécifiques.

2.2. Définition des concepts clés et des principes d'action

2.2.1. Santé et promotion de la santé

En 1946, l'OMS définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social » et précise que celle-ci « ne constitue pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité. »³

La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques, sociales). Ce qui exige d'une part, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains et d'autre part, une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à son environnement en perpétuelle mutation⁴.

En 1986, la Charte d'Ottawa complète la première définition de la santé de l'OMS. La santé n'est pas une fin en soi et doit être considérée comme une ressource de la vie quotidienne permettant à l'individu et à la collectivité de « réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins, d'une part, et de changer son environnement ou de s'adapter à celui-ci, d'autre part ». Cette vision sous-tend une approche de la santé à travers ses déterminants sociaux et non-médicaux. Les interventions qui en découlent s'inscrivent dans un grand nombre de secteurs.

En 2005, la Charte de Bangkok met l'accent sur les déterminants de santé en parlant de « meilleure maîtrise sur ce qui détermine la santé ».

En 2016, la déclaration de Shanghai apporte encore des précisions. « La santé est déterminée par les quartiers et les communautés où les gens vivent, s'aiment, travaillent, font leurs achats et laissent jouer leurs enfants. La santé est l'un des meilleurs indicateurs de l'atteinte des objectifs de développement durable par les villes, et contribue à rendre les villes inclusives, sûres et résilientes pour l'ensemble de la population. » Ce plan s'inscrit dans ces ambitions.

Le Décret de promotion de la santé du 18 février 2016 définit la promotion de la santé comme « le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise

² Bilan 2016 des indicateurs de développement durable – Bureau Fédéral du Plan – juin 2016

<http://www.plan.be/press/communique-1603-fr> - <http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>

³ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946

⁴ Glossaire www.inegalitesdesante.be

en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population et à réduire les inégalités sociales de santé en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques. »

La promotion de la santé est un processus d'émancipation qui :

- ✓ s'inscrit dans une perception positive et globale de la santé,
- ✓ vise à :
 - enrichir les connaissances et développer les compétences et la capacité d'agir,
 - travailler sur les conditions et les situations qui influencent la santé (déterminants de santé),
 - agir sur les milieux de vie,
- ✓ s'appuie sur la participation des personnes, en les associant à la définition de leurs besoins et aux actions à mener pour qu'elles deviennent actrices de leur santé⁵.

2.2.2. Principes d'action de la promotion de la santé

La promotion de la santé mobilise une série de principes d'intervention et de moyens, dans une visée émancipatrice pour permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et les causes de vulnérabilité. Le but de la promotion de la santé est de « réduire les écarts actuels (les inégalités de santé) et de donner à toutes les personnes les moyens et les occasions de réaliser pleinement leur potentiel. Cela suppose qu'elles puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix favorables à la santé et sachent tirer profit des opportunités qui s'offrent à elles⁶.

Cinq principes d'intervention transversaux sont historiquement attribués⁷ à la promotion de la santé. La mise en œuvre de ces 5 principes fonde la promotion de la santé.

1. **Etablir une politique publique saine** : Inscrire la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé,
2. **Créer des environnements favorables** : Insister sur l'importance de l'environnement pour la santé et proposer une approche socio-écologique de la santé,
3. **Renforcer l'action communautaire** : Organiser effectivement et concrètement la participation de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. Développer les projets sur la base d'analyse de la demande et de diagnostic communautaire (voir infra),
4. **Développer les aptitudes personnelles** : Soutenir le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie,

⁵ Elaboré à partir du site du CLSP du Brabant-Wallon : www.clps-bw.be/qui-sommes-nous/copy_of_promotion-de-la-sante

⁶ Action Communautaire en santé - un outil pour la pratique – décembre 2013

⁷ Les définitions qui suivent proviennent du site de l'Université Canadienne UOttawa https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Health_Promotion_f.htm

5. **Réorienter les services de santé** : Contribuer à organiser les ressources de la santé entre les soins de santé et la prévention de façon plus égale et lutter contre les inégalités sociales de santé. Les missions des services de santé devraient être élargies pour intégrer les quatre stratégies ci-dessus en plus des soins médicaux conventionnels.

Il est reconnu que les approches globales de développement de la santé sont les plus efficaces, en particulier celles qui associent les cinq stratégies de la Charte par rapport à celles qui utilisent des stratégies isolées. De plus, certains cadres offrent des possibilités concrètes pour la mise en œuvre de stratégies globales (les mégapoles, les îles, les villes, les municipalités, les communautés locales, les marchés, les écoles, les lieux de travail et les centres de santé)⁸.

2.2.3. Points d'attention dans la mise en œuvre de ce Plan

Participation des publics

La participation des publics (bénéficiaires, usagers, pairs) doit être favorisée dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions du Plan afin de tenir compte de leurs besoins, de leurs spécificités et de leur expertise en tant qu'usagers et par là améliorer la qualité des interventions. Cette participation doit être reconnue et valorisée.

Inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé sont des « différences » d'état de santé importantes et évitables entre des personnes appartenant à des groupes sociaux différents. Elles concernent toute la population selon un « gradient social » qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées⁹. Le « gradient social » est un lien statistiquement constaté entre la position socio-économique des personnes et leur état de santé.

On parle de gradient quand on observe que la catégorie sociale la plus favorisée se caractérise par des indicateurs sanitaires plus favorables que la catégorie immédiatement inférieure, et ainsi de suite quel que soit l'indicateur sanitaire utilisé. Les inégalités de santé reflètent ainsi la stratification sociale et donc les inégalités au sein de la société. La santé diminue quand la position socio-économique diminue. La réduction de ces inégalités est inscrite comme finalité dans le Décret et traverse donc l'ensemble du Plan et des stratégies identifiées.

Genre

Une attention particulière sera accordée aux inégalités de santé basées sur le genre, à travers un effort de prise en compte transversale dans les actions mais aussi le soutien à des projets spécifiquement destinés aux femmes.

⁸ « Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIème Siècle » - juillet 1997

⁹ www.inegalitesdesante.be

Vulnérabilité et précarité

Les notions de vulnérabilité et de précarité sont étroitement liées mais ne sont pas synonymes. Elles font l'objet de plusieurs définitions dans la littérature en sciences sociales.

La vulnérabilité est universelle. Elle implique la concrétisation potentielle d'un risque et dépend d'éléments relationnels, contextuels et individuels. Elle est réversible dans la mesure où il est possible d'agir sur les facteurs qui la déterminent, dont le contexte. L'exposition à la vulnérabilité est donc commune à tous les individus, mais non égale¹⁰.

La notion de « précarité » selon Robert Castel renvoie à divers éléments tels que l'insécurité du présent et de l'avenir, le moindre accès à l'instruction, la malnutrition ou la sous-nutrition, l'exiguïté et/ou l'insalubrité du logement, les difficultés d'accès aux soins, la surexposition aux conduites à risque (alcoolisme, prostitution...) et l'exercice de professions dangereuses, etc. Ces éléments entraînent une fragilisation de la santé physique et mentale, ainsi que des répercussions diverses, notamment sur la famille. En tant que notion également contextuelle et structurelle, elle invite parallèlement à agir sur l'environnement pour en modifier les propriétés et le rendre moins « vulnérabilisant », à adjoindre à l'accompagnement individuel des politiques intersectorielles telles l'emploi, la formation et l'insertion, la ville, la lutte contre les discriminations, l'éducation, l'égalité des chances, etc.

Ces deux notions font l'objet d'une attention particulière en promotion de la santé.

Universalisme proportionné

Notion fondamentale du Décret de promotion de la santé, l'universalisme proportionné est un principe qui doit guider la répartition des ressources disponibles du dispositif : « les caractéristiques, la fréquence, la durée et l'intensité des actions universelles de promotion de la santé sont adaptées au degré de désavantage des différents groupes au sein de la population. » L'application de ce principe induit le déploiement des activités en tenant compte de l'existence de « gradient social » (voir supra).

3. Mise en œuvre du Décret de promotion de la santé

3.1. Un Plan de promotion de la santé

En vertu du Décret de promotion de la santé, le Plan précise :

- Les déterminants sociaux et environnementaux de la santé sur lesquels il convient d'agir pour améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales de santé ;
- Les thématiques, objectifs stratégiques, stratégies et publics cibles prioritaires ;

¹⁰ Définition élaborée à partir de l'article de à l'aide de l'article de Axelle Brodriez-Dolin « Le concept de vulnérabilité » février 2016 - <http://www.laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html>

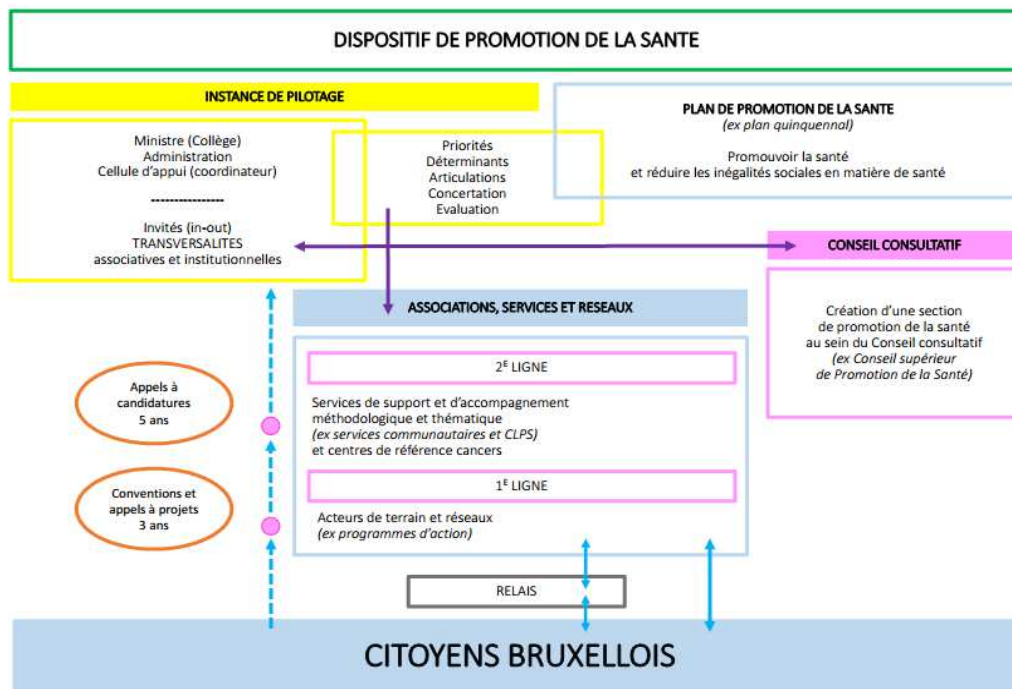
- Des articulations avec les autres plans de santé bruxellois existants et les concertations et collaborations avec les autres acteurs et entités publiques dont la contribution est nécessaire à l'atteinte des objectifs ;
- Les modalités d'évaluation et de suivi - évaluer le degré de réalisation des différents objectifs.

3.2. Le dispositif de promotion de la santé

Les instances et opérateurs du dispositif prévu par le Décret sont :

- ✓ L'Instance de pilotage (représentant du Gouvernement francophone bruxellois - administration – invité associatif et/ou institutionnel) ;
- ✓ La section promotion de la santé du Conseil Consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la Santé ;
- ✓ Les **organismes piliers** désignés et subventionnés en promotion de la santé : un service d'accompagnement en promotion de la santé, des services de supports méthodologiques et thématiques et des centres de références en médecine préventive. Le service d'accompagnement et les services de supports sont désignés pour 5 ans sur la base d'**appels publics à candidature**. Leur **mission** première est d'apporter leurs expertises aux acteurs de terrain. Ils sont évalués tous les 5 ans, sur leurs expertises et leur adéquation aux missions définies par le Décret (voir infra). En cas d'évaluation positive, la désignation est reconduite pour 5 ans sans nouvel appel public à candidature ;
- ✓ Les **acteurs** désignés et subventionnés en promotion de la santé. Les acteurs sont désignés pour 3 ans sur la base d'**appels à projets**. Leur mission première est de mettre en œuvre des **actions** répondant aux priorités et stratégies du Plan. Les acteurs et projets sont évalués une première fois au bout de 3 ans d'activités, sur leurs expertises, leur adéquation aux missions définies par le Décret (voir infra) et les termes de leurs conventions. En cas d'évaluation positive, la désignation est reconduite pour 2 ans maximum sans nouvel appel public à projets ;
- ✓ Les réseaux désignés et subventionnés, sur la base d'**appels à réseaux** ;
- ✓ Les relais (personnes, associations, services, ...) non subventionnés dans le cadre du Décret ;
- ✓ Et un élément qui n'est pas spécifié dans le Décret, mais qui s'impose de lui-même : les usagers et leurs représentants.

Schéma des opérateurs du dispositif de Promotion de la santé



NB : la distinction entre 1^{ère} et 2^{ème} ligne est indicative, certains opérateurs étant susceptibles de mener tant des actions de 1^{ère} que de 2^{ème} ligne.

3.3. Un Plan stratégique et opérationnel

En vertu du cadre posé par le Décret, le Plan de promotion de la santé identifie des moyens de mise en œuvre des différentes priorités et stratégies présentées. Ces moyens sont principalement les désignations d'acteurs et d'organismes piliers qui opérationnaliseront les priorités du Plan en actions de terrain, directement à destination des publics finaux et/ou en passant par des publics-relais (acteurs des secteurs psycho-médico-sociaux, universitaires, politiques, ...). Ce premier Plan est un Plan Stratégique, qui sera complété par l'Administration suite aux désignations réalisées par le Collège. L'ensemble des désignations constituera le Plan Opérationnel.

L'Administration intégrera ces Plans Stratégique et Opérationnel (détaillant les projets, actions planifiées, les indicateurs de réalisation identifiés et reprenant les montants des subventions accordées).

Cette méthode offre deux avantages :

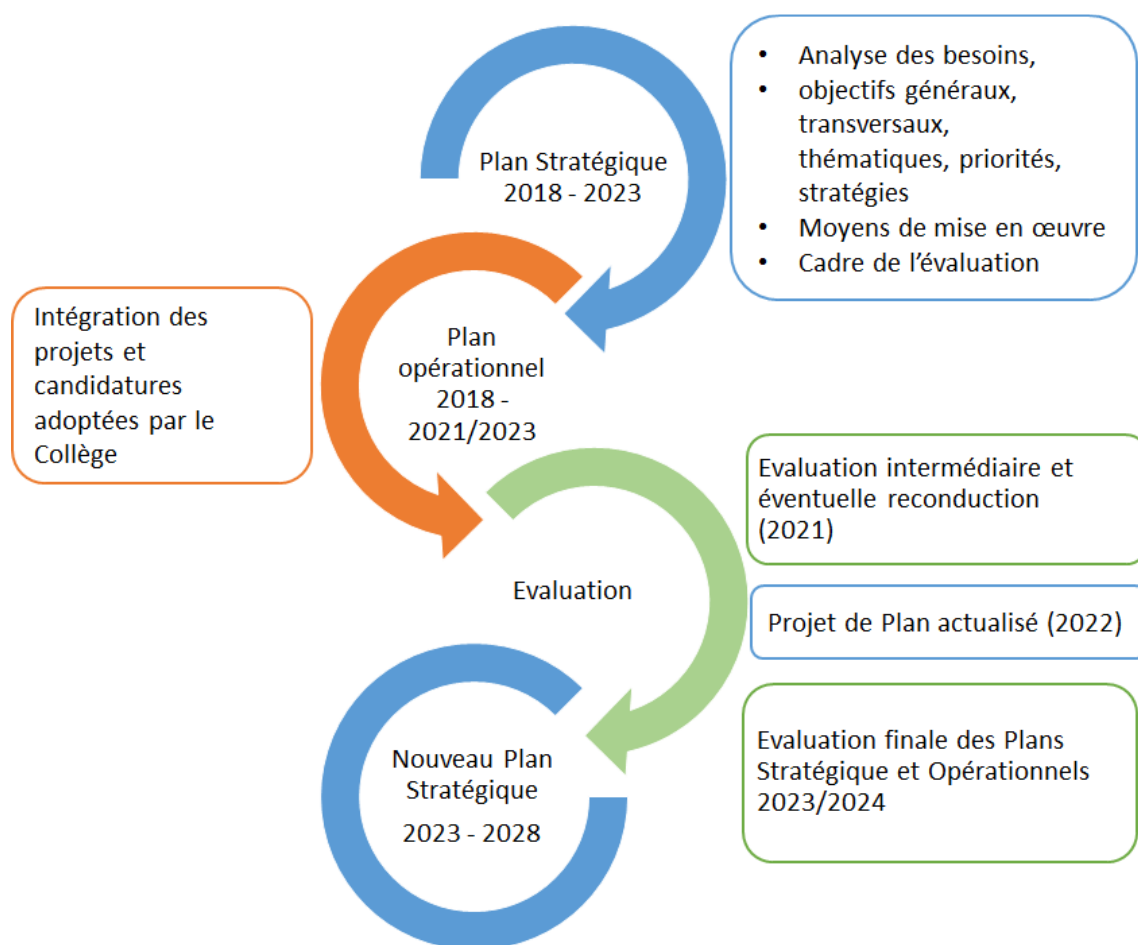
Premièrement, elle permet de mettre pleinement à profit l'expertise du secteur pour déployer les priorités de la promotion de la santé. Deuxièmement, elle génèrera un réel outil de suivi du Plan et du dispositif de promotion de la santé. L'intégration des projets et missions des organismes piliers aux objectifs du Plan Stratégique donnera à voir l'ensemble du dispositif, du point de vue le plus large (les objectifs généraux) au projet de terrain le plus fin, ses actions, activités, indicateurs, budgets.

Ce plan intégré sera publié dans le courant de l'année 2018, une fois les désignations approuvées par le Collège.

3.4. Actualisation du Plan et suites

Sur la base des évaluations intermédiaires, grâce au suivi réalisé et à l'aide d'analyses complémentaires, au moins 6 mois avant l'échéance du Plan de promotion de la santé, un projet de Plan actualisé sera élaboré. Il sera rédigé par l'Administration en collaboration avec les organismes piliers et les acteurs. Ce Plan sera proposé à l'Instance de Pilotage et soumis au Collège.

3.5. Schéma du cycle général de planification stratégique et opérationnelle



4. Le Plan Stratégique 2018/2022

4.1. Méthode de planification

Le plan stratégique de promotion de la santé a été élaboré entre novembre 2016 et avril 2017 sur la base d'une analyse de la littérature, de consultations d'acteurs, d'analyses de plans sociaux et de santé existants et en collaboration avec l'Observatoire de la Santé et du Social.

Il suit 5 étapes de travail :

1. Définition de la méthodologie,
2. Une **analyse des besoins** sociaux et de santé a été réalisée,
3. A partir de cette analyse, deux **objectifs généraux** ont été définis, des **objectifs transversaux et thématiques**, et des **publics prioritaires et milieux de vie** ont été identifiés, des **priorités et stratégies** ont été déterminées,
4. Conformément au Décret de promotion de la santé, des moyens à mettre en œuvre pour opérationnaliser ces priorités et stratégies et atteindre ces objectifs ont été précisés : appels publics à projet, à candidature, à réseaux principalement. Les projets et candidatures mobiliseront les principes d'actions identifiés dans le plan et s'inséreront dans les priorités définies.
5. Un cadre général d'évaluation a été défini et planifié.

4.2. Collaboration avec le secteur

Certaines associations « ressources » avaient été identifiées par le Cabinet et l'Administration avant le début du travail de planification. Elles ont été mobilisées lors de l'élaboration du plan stratégique. Des acteurs se sont aussi présentés spontanément et ont offert leurs expertises. Au début du travail de planification, l'Administration a précisé par écrit aux acteurs financés dans le cadre du standstill la manière dont elle envisageait la collaboration avec le secteur. Ces explications ont aussi été fournies oralement lors de plusieurs rencontres.

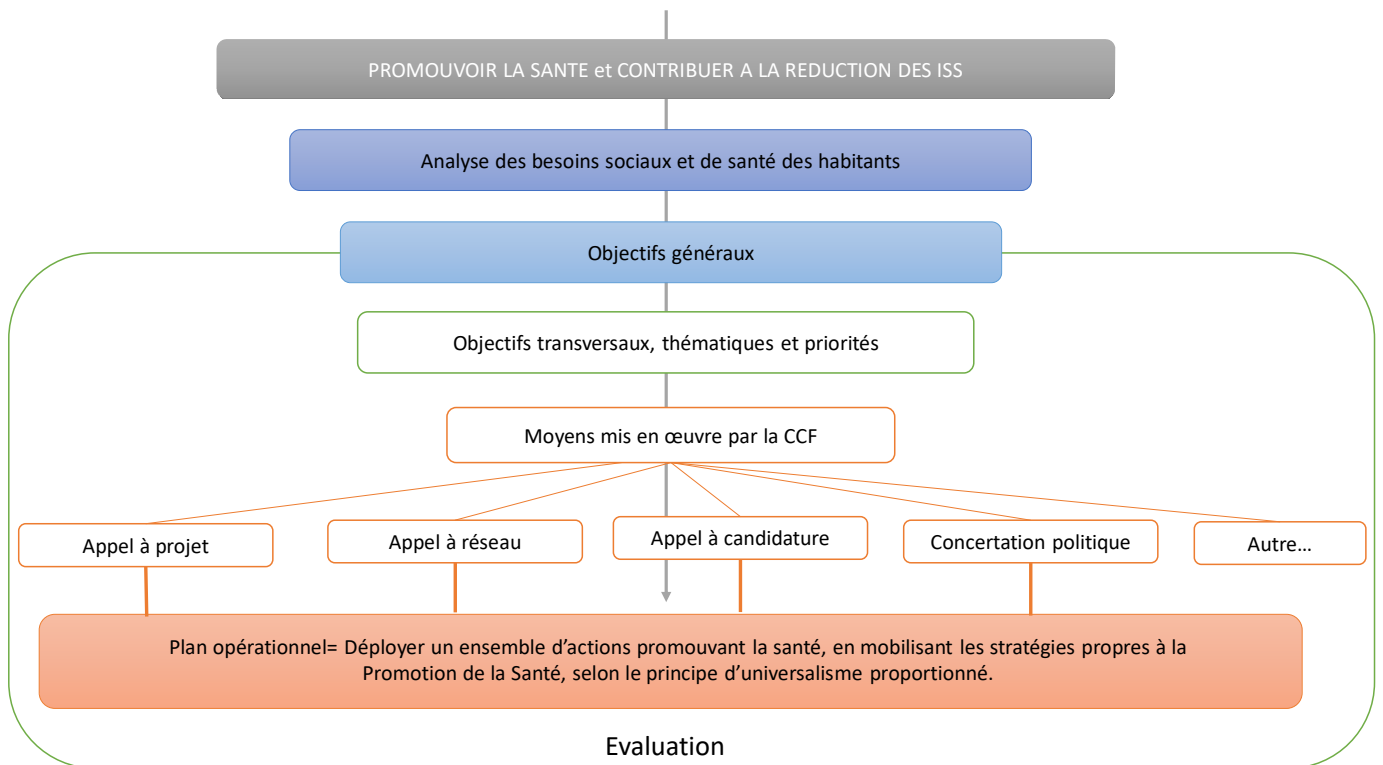
Certaines problématiques envisagées par le Plan étaient déjà abordées par des réseaux, des concertations ou encore des groupes de travail tandis que pour d'autres, rien n'existait. L'existence préalable d'une structuration des acteurs autour d'une thématique a facilité la récolte de données servant à la planification. Le niveau de structuration a également déterminé l'organisation de concertations par les acteurs eux-mêmes ou à la demande l'Administration. Ces rencontres ont permis de relayer des questions émanant de l'Administration, comme elles ont pu servir à mettre à jour des documents de planification issus de certains secteurs (sida ou assuétudes par exemple) qui ont ensuite été utilisés.

Une collaboration fructueuse s'est également établie entre l'Administration et l'Observatoire de la Santé et du Social de la Cocom, qui a suivi attentivement les étapes de travail et plus spécialement l'analyse des besoins.

L'Administration a rencontré la section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé à deux reprises. Au démarrage du travail de planification, le Conseil a rendu un avis d'initiative qui a pu être en majeure partie suivi. Une fois le

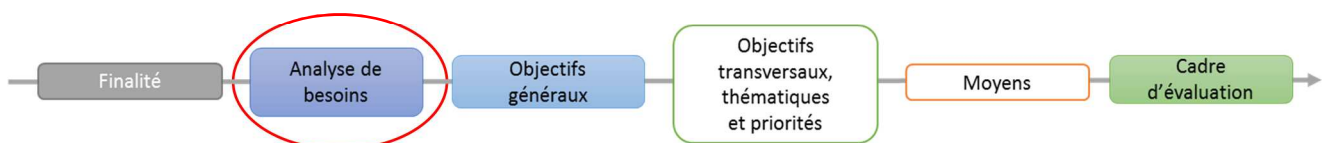
Plan élaboré et dans le but de saisir le Conseil pour qu'il rende un avis sur le Plan avant son passage au Collège, une présentation du plan stratégique a également été faite. Parallèlement, le Cabinet du Ministre wallon de la santé a été rencontré et des contacts ont été pris avec l'AVIQ de la Région wallonne, afin de poser les bases nécessaires à la collaboration entre Bruxelles et la Wallonie en matière de promotion de la santé.

4.3. Architecture du Plan Stratégique 2018/2022



5. Des besoins sociaux et de santé

NB : Le schéma suivant sera utilisé tout au long du document afin d'aider à identifier ses différentes parties.



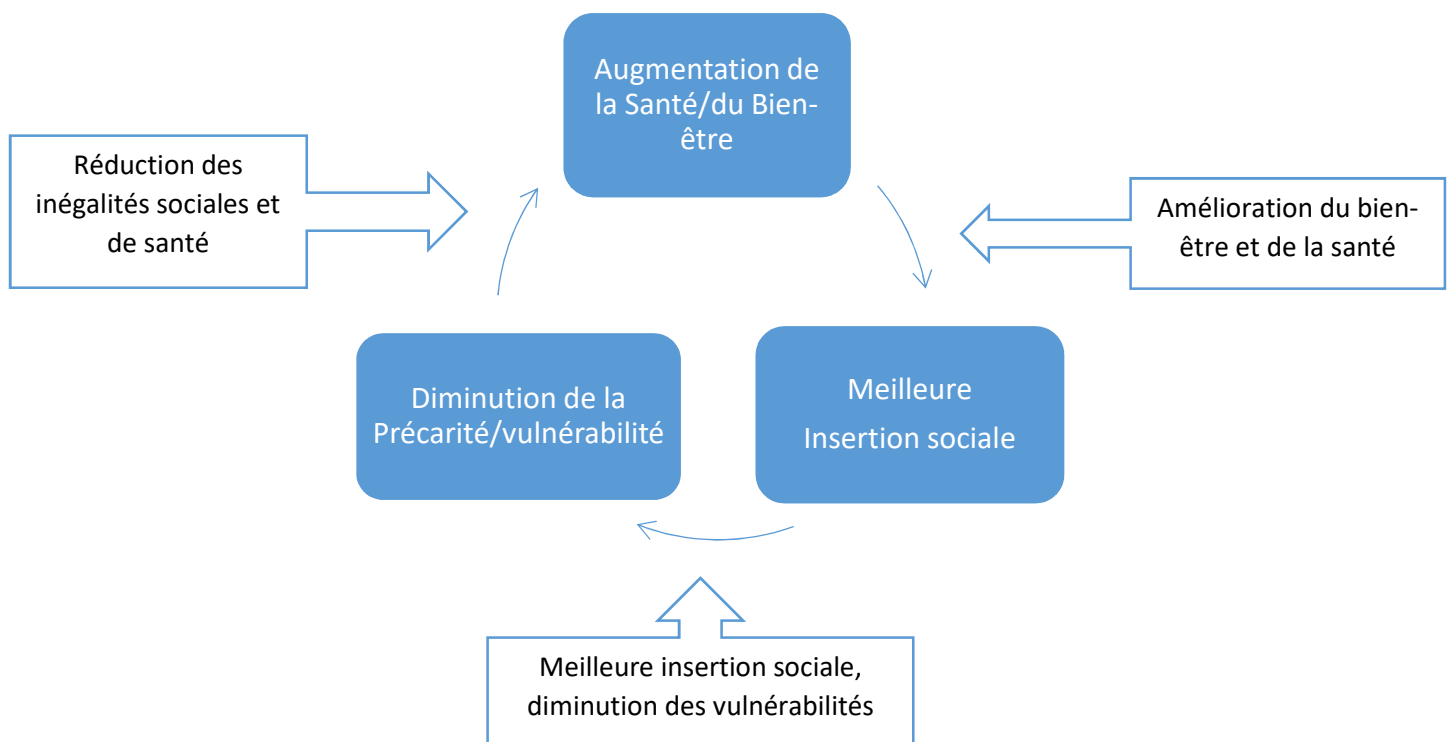
5.1. Défis pour la santé et le bien-être en Région bruxelloise

Du point de vue de la santé et du bien-être de ses habitants, la Région bruxelloise fait face à de nombreux défis. Les déterminants de la santé qui impactent le bien-être sont répartis de manière très inégale entre ses habitants selon un gradient social multifactoriel : le revenu, le niveau d'éducation, le réseau social,... Le maillage politique et institutionnel complexe de la Région ne facilite pas toujours l'organisation de politiques publiques capables d'influencer positivement la situation des Bruxellois.

Les différences en termes de revenus, d'éducation et d'accès aux services de santé se traduisent par des inégalités de santé. Il existe, par exemple, une différence d'espérance de vie, entre les résidents des quartiers les plus pauvres et ceux des quartiers les plus aisés, qui peut varier de plus de 5 ans. On retrouve également dans ces quartiers des publics vulnérables, vivant dans des situations de précarités socioéconomiques et/ou de manque d'accès à certaines ressources sociales et de santé.

La situation socioéconomique des personnes détermine fortement leur état de santé en ce compris leur bien-être, sur lequel la précarité a des conséquences négatives¹¹. Ces conséquences négatives influencent la capacité des personnes à s'insérer socialement et les entraînent ou les maintiennent dans la précarité. La finalité de la promotion de la santé, comme définie dans le Décret du 18 février 2016 est d'améliorer le bien-être de la population et de réduire les inégalités sociales de santé. L'enjeu est donc d'influencer positivement la santé afin de rentrer dans un cercle vertueux.

Schéma d'action pour la Réduction des inégalités sociales et de santé¹²



¹¹ ZOOM : Santé périnatale. Des inégalités dès la naissance, FRB, février 2017, p3. <https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2017/20170131ND>

¹² Schéma élaboré à partir du travail de Marion Englert (Observatoire de la Santé et du Social) Myriam De Spiegelæere (Ecole de Santé publique ULB) dans le cadre d'une présentation intitulée « Indicateurs de pauvreté et d'inégalité de santé en Région bruxelloise. Janvier 2017

Quels sont les publics les plus vulnérables en termes sociaux et de santé ? Sur quoi portent les besoins¹³ des personnes si l'on vise à améliorer leur bien-être au départ de la santé, dans une optique de promotion de la santé ?

Ce chapitre fournira des amorces de réponses à ces questions.

NB : Les données non référencées proviennent de l'Observatoire de la Santé et du Social (Baromètre social, tableau de Bord, etc.).

5.1.1. Démographie

Au 1er janvier 2016, la Région de Bruxelles-Capitale comptait officiellement 1 187 890 habitants¹⁴. Ces vingt dernières années, la population n'a fait que croître. Aux côtés de la population inscrite au Registre National principal, la Région bruxelloise accueille également des demandeurs d'asile inscrits au Registre d'attente, des diplomates, des personnes en séjour illégal¹⁵, des navetteurs et des étudiants. Toutes ces personnes sont susceptibles d'utiliser les services de santé bruxellois ou d'avoir des besoins relevant du secteur de la promotion de la santé.

L'augmentation de la population est majoritairement liée à une forte migration internationale vers la Région. Bruxelles est effectivement une région multiculturelle où un tiers de la population n'a pas la nationalité belge et où une partie des personnes de nationalité belge sont des enfants, petits-enfants ou arrière-petits-enfants de migrants¹⁶.

La population bruxelloise est en moyenne plus jeune que celle des autres Régions. Les jeunes enfants et les adultes en âge de procréer (20 à 39 ans) sont relativement surreprésentés en comparaison avec la moyenne belge. Selon les communes, l'âge moyen de la population varie fortement : au 1^{er} janvier 2016, il était de 33,9 ans à Saint-Josse-ten-Noode, tandis qu'il était de 42,5 ans à Watermael-Boitsfort. Ces éléments ont une influence sur les besoins de ces populations et, par conséquent, sur les actions à déployer sur les différents territoires de la Région et pour les différents publics.

5.1.2. Inégalités sociales et socio-spatiales

En Région bruxelloise, les inégalités de revenus sont plus marquées que dans le reste du pays. La population en situation sociale précaire se concentre notamment dans le nord-ouest de la ville (le croissant pauvre) et dans les quartiers de logements sociaux situés en périphérie. Une partie de la population, en moyenne plus jeune et relativement moins éduquée que dans les autres Régions, a des difficultés à accéder à l'emploi disponible dans la Région ce qui renforce les inégalités sociales de santé

¹³ Les « besoins » identifiés dans ce plan sont des besoins diagnostiqués, perçus ou non par la population, exprimés ou non, identifiés par un professionnel. Les besoins peuvent être considérés comme inversement proportionnels à l'état de santé constaté d'une population sur la base de critères quantitatifs (épidémiologiques) lorsque divers groupes de population sont étudiés et que, par comparaison, un groupe se révèle en moins bonne santé physique, affective ou sociale qu'un autre groupe. IN Cremers A., Coppieters Y. Etude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise : Rapport final. Projet Cocof / Ecole de santé publique de l'ULB, Bruxelles, septembre 2012, pp 90,91

¹⁴ Dans ce chapitre, les chiffres non référencés proviennent du Baromètre Social et du Tableau de Bord de la Santé en Région-Bruxelloise, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

¹⁵ Une estimation réalisée en 2007 évalue à 100 000 le nombre de personnes en situation irrégulière en Belgique dont une bonne part en Région bruxelloise (Observatoire de la Santé et du Social).

¹⁶ Le terme « migrant » a été choisi pour son sens général. Il conviendra de préciser de quel type de migration on parle et de quels type de personnes.

et les écarts entre les tranches de population. Ces personnes ont plus souvent une moins bonne perception de leur état de santé que les personnes qui disposent d'un diplôme de l'enseignement supérieur et qui accèdent plus facilement à l'emploi.

En 2013, un quart de la population bruxelloise ne se percevait pas en bonne santé¹⁷. Parmi les Bruxellois âgés de 15 ans ou plus, plus le niveau d'éducation diminue, plus la part de la population ne s'estimant pas en bonne santé augmente. En 2013, 21 % des personnes avec un diplôme de l'enseignement supérieur ne s'estimaient pas en bonne santé contre 36 % des personnes diplômées du secondaire inférieur.

5.2. Les déterminants de la santé et du bien-être

La santé est d'une part déterminée par un ensemble de facteurs, comme l'âge, le sexe, le mode de vie, le milieu socio-professionnel, l'environnement social, économique, législatif, le milieu de vie, etc.

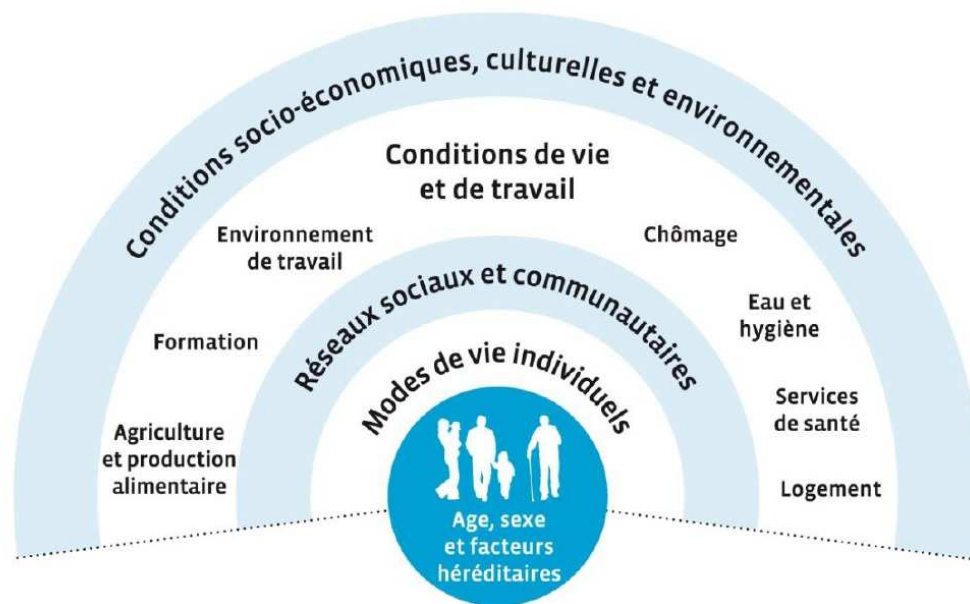
D'autres éléments agissent comme des ressources favorables à la santé et au bien-être. Parmi ces ressources inégalement réparties, on retrouve le logement, l'éducation, les revenus, la stabilité de l'environnement, etc.

Le schéma suivant illustre la manière dont l'individu se situe au centre d'un ensemble de facteurs qui influencent sa santé et dont il ne peut s'extraire. Sa capacité individuelle à agir sur eux diminue au fur et à mesure que les cercles sont distants de lui.

Tenir compte de l'interaction entre les déterminants et les ressources est la clé de voûte des démarches de promotion de la santé. Par exemple, « une politique inadéquate en matière de logement, d'aménagement du territoire ou d'environnement ainsi que l'absence d'espaces verts et d'infrastructures sportives dans des quartiers, peut réduire à néant les effets de campagnes de promotion de la santé alors qu'une politique adéquate peut au contraire les renforcer sensiblement »¹⁸.

¹⁷ La « santé perçue » reflète l'état de santé global d'une population.

¹⁸ Inégalités en santé - Recommandations politiques. Recommandations du groupe de travail 'Inégalités en santé' de la Fondation Roi Baudouin à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique.



Dahlgren, G. (1995) European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. Vol. 11- Intersectoral Action for Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Comment les habitants de Bruxelles disposent-ils des ressources de santé ? Comment leur santé est-elle déterminée ?

5.2.1. Les conditions environnementales

De nombreux éléments de l'environnement physique ont un lien avec la santé, tels que la qualité de l'air, la présence ou non d'espaces verts, la mobilité, etc.

- ❖ **La qualité de l'air** : La pollution de l'air compte parmi les principales causes environnementales de décès dus au cancer.¹⁹L'IBGE²⁰ estime que la mauvaise qualité de l'air contribue annuellement à 632 décès de Bruxellois qui pourraient être évités. À ces décès s'ajoute la survenue de maladies comme les problèmes respiratoires, l'augmentation des crises d'asthme et les irritations des voies respiratoires, les problèmes cardio-vasculaires, y compris le risque accru d'infarctus. Un peu plus d'un Bruxellois sur trois ne quitte pas cet environnement défavorable à la santé, ne fût-ce qu'une semaine par an²¹. En Région bruxelloise, les secteurs du transport (combustion des carburants, diesel en particulier) et résidentiel (chauffage des bâtiments) sont les deux principales sources d'émissions de particules. Une partie de la pollution de l'air est également transportée par les mouvements d'air depuis les zones industrielles parfois éloignées de la Région.

5.2.2. Les conditions de vie et de travail – l'accès aux ressources

¹⁹ Stratégie de coopération avec les pays OMS – Belgique 2016-2022, p 12.

²⁰ Pollution atmosphérique en région de Bruxelles-Capitale : constats. BRUXELLES ENVIRONNEMENT-IBGE, Collection fiches documentées, thématique air, 2015.

- ❖ *Les conditions de travail recouvrent notamment les revenus, la pénibilité du travail, la précarité de l'emploi et l'épuisement professionnel.* En termes de revenus, Bruxelles est une « Ville-Région » économiquement riche par rapport à la majorité des autres régions européennes et aux deux autres Régions du pays²². Cependant, les emplois et la richesse produite ne profitent pas à tous ses habitants. En termes de revenu médian, la Région bruxelloise comprend à la fois les secteurs statistiques parmi les plus pauvres et les plus riches de Belgique. Le coefficient de Gini – mesure de l'inégalité des revenus - est plus élevé dans la Région que dans les autres grandes villes belges. En 2015, environ un tiers des Bruxellois vit avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale²³.
- ❖ *L'accès aux soins de santé, le non-recours et l'utilisation non optimale de l'offre :* La quasi-totalité de la population belge (98,9 %) est couverte par le système d'assurance maladie-invalidité obligatoire. Or, en Région bruxelloise, seulement 90,7 % de la population est couverte par l'assurance obligatoire. L'accès aux soins de santé reste difficile pour de nombreux ménages bruxellois. En 2013, près d'un quart des ménages bruxellois (22,5 %) déclarait reporter des soins pour raisons financières. La part de ces ménages augmente progressivement à mesure que le niveau de revenus diminue. L'Enquête de santé 2013 indique également que 14,4 % des ménages bruxellois reportent leur visite chez le dentiste pour des raisons financières.
- ❖ *Le logement :* L'accès au logement est très difficile pour beaucoup de Bruxellois qui n'ont pas de revenus suffisants (dont les allocataires sociaux et les bénéficiaires d'un revenu de remplacement) qui doivent consacrer plus de la moitié, voire deux-tiers, de leurs revenus pour accéder à un logement sur le marché privé. Dans ce cas, le budget restant après le paiement du loyer ne permet pas de vivre dignement.
- ❖ *L'éducation recouvre notamment* la maîtrise de la langue orale et écrite et la littératie en santé ainsi que *le niveau d'étude*. En 2015, près d'un quart des Bruxellois (23,9 %) de 25 à 34 ans dispose au maximum d'un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur. Ceci contraste avec la situation des Bruxellois plus âgés (au-delà de 60 ans) qui ont en moyenne un niveau de qualification plus élevé que dans le reste du pays.
- ❖ *Accès à internet :* Avoir accès et pouvoir utiliser les Technologies d'Information et de Communications (TIC) favorise l'intégration sociale : la recherche d'emploi, la recherche documentaire, certaines démarches administratives et activités quotidiennes sont facilitées par internet. L'enquête sur l'utilisation des TIC²⁴ révèle qu'en 2015, 19,7 % des ménages bruxellois n'avaient pas de connexion internet. La proportion de ménages avec enfants ne disposant pas de connexion internet est relativement importante en Région bruxelloise (12,3 %). Parmi les personnes isolées, la proportion de personnes ne disposant pas de connexion est de 30,5%.

²² Sur la base des indicateurs macroéconomiques standards tels que le PIB

²³ Ce seuil permet de prendre en compte les dimensions de la pauvreté autre que le revenu (vivre dans un ménage avec un revenu disponible équivalent inférieur au seuil de risque de pauvreté, être âgé de 0 à 59 ans et vivre dans un ménage avec une faible intensité de travail, se trouver dans une situation de privation matérielle sévère.) En Belgique, sur la base de l'enquête EU-SILC 2015 (revenus de 2014), ce seuil est de 12 993 € par an, soit 1 083 € par mois, pour une personne isolée. Pour un parent seul avec deux enfants, le seuil est de 1 732 € par mois. Pour un couple avec deux enfants, il est de 2 274 € par mois. SPF Economie – Statistics Belgium, EU-SILC 2015, Baromètre social 2016.

²⁴ L'enquête sur l'utilisation des TIC auprès des ménages et des individus a été associée, sous la forme d'un module spécial TIC et Internet, à l'enquête sur les forces de travail (SPF Economie - Statistics Belgium).

D'autres déterminants importants devraient être documentés au fur et à mesure de la mise en œuvre du Plan, tels que :

- des déterminants socio-culturels et des représentations conduisant à des discriminations et à la stigmatisation (liées notamment aux orientations sexuelles et identités de genre, à la religion, à l'usage de drogues, aux lieux de vie, à ladite « race ») ;
- des déterminants institutionnels et politiques relatifs aux cadres réglementaires et aux décisions gouvernementales ;
- des déterminants psycho-sociaux tels que les ressources et les compétences psychosociales.

5.2.3. Les modes de vie

- ❖ *Alimentation et activité physique* : Selon l'enquête de Santé, en 2013, seuls 18.4% des adultes de 18 ans et plus consommaient la quantité recommandée de fruits et de légumes par jour. Un Bruxellois sur quatre ne mange pas quotidiennement des légumes. Parallèlement, 70,9% des adultes de plus de 18 ans indiquaient prendre un petit-déjeuner. Lorsque le niveau d'éducation diminue, la consommation de fruits et de légumes diminue tandis que la consommation de boissons sucrées augmente. Le même mouvement est observé en ce qui concerne l'activité physique en fonction du niveau d'éducation. Un tiers des Bruxellois pratique suffisamment d'activité physique pour réduire le risque cardiovasculaire. En moyenne, les femmes pratiquent 25 minutes d'activité modérée par jour et les hommes 41 minutes. Concernant les habitudes nutritionnelles et l'activité physique, de grandes différences sont observées entre les catégories sociales et suivant le genre (en faveur du genre masculin). Ici aussi, des différences sont observées en fonction de la nationalité actuelle ou d'origine des Bruxellois.
- ❖ *Surpoids et obésité* : en Région bruxelloise, en 2013, 12,9 % de la population souffre d'obésité. L'augmentation continue du nombre de personnes obèses observée au fil des Enquêtes de santé a été moins importante entre 2008 et 2013. Il existe d'importantes inégalités sociales en termes d'obésité (influence du statut social et de la nationalité) chez les femmes. L'obésité augmente le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète et de plusieurs types de cancer.
- ❖ *Consommation problématique de drogues licites et illicites* : Selon l'indicateur de demande de traitement (2015), on dénombre en Région bruxelloise près de 3000 nouvelles prises en charge annuelles pour une problématique de consommation d'alcool ou de drogues (ce qui correspond à environ 2500 patients). L'alcool est le produit le plus fréquemment cité. La proportion de personnes ayant eu, au cours de leur vie, une consommation problématique d'alcool²⁵ s'élève à 16,3 % de la population. La prévalence de la consommation quotidienne à risque²⁶ augmente également avec l'âge. Elle tend à être plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et plus spécifiquement chez les 15-24 ans, les 35-44 ans et les 65-74 ans. Selon le registre de la mortalité

²⁵ Selon un calcul établi scientifiquement de la consommation d'alcool appelé CAGE niveau 2+. Sur un échantillon de 975 personnes interrogées par écrit au cours de l'enquête santé 2013.

²⁶ Consommation de plus de 2 verres standards par jour chez les femmes et de plus de 4 verres par jour chez les hommes au cours des 12 derniers mois.

(2014), les décès directement liés à l'alcool sont environ 8 fois plus fréquents que ceux liés aux drogues illégales parmi la population bruxelloise.

En 2013, 23 % des personnes ayant répondu à l'Enquête de santé déclaraient fumer, dont 28,8 % parmi les hommes et 17,8 % parmi les femmes. Le nombre de fumeurs diminue au fil des enquêtes²⁷. L'âge moyen de la première cigarette est de 17 ans et 2 mois, et l'âge moyen de la consommation régulière de 19 ans et 8 mois, soit 2 ans et demi plus tard²⁸.

Concernant les drogues illicites, il n'existe pas actuellement en Région bruxelloise d'enquête spécifique permettant d'identifier et de suivre précisément l'évolution des usages et des pratiques à risque. Le caractère illicite de certaines drogues rend difficile l'estimation exacte de leurs usagers.

5.3. Les maladies chroniques : mortalité et morbidité

Les maladies chroniques sont « des maladies de longue durée accompagnées en général d'une lente progression », elles ont des conséquences sur le fonctionnement quotidien et donc sur la qualité de vie²⁹. Les évolutions actuelles des prises en charges des maladies conduisent à une augmentation de la survie des personnes et à la chronicisation des pathologies. On contient les maladies sans toujours les guérir. Petit à petit, les personnes cumulent des maladies et/affections, ce qui génère des vulnérabilités.

En 2013, 30,5% des Bruxellois disent souffrir de maladie(s) chronique(s), d'une maladie de longue durée ou d'un handicap. Le risque de souffrir d'une maladie chronique augmente en même temps que le statut socioéconomique diminue.

De manière générale, les maladies chroniques sont réparties en deux catégories : les maladies non transmissibles et les maladies transmissibles.

5.3.1. Maladies non transmissibles et traumatismes

Les maladies non transmissibles sont responsables de la majorité des décès et des décès prématurés (avant 65 ans). Elles engendrent également diverses formes des vulnérabilités.

- ❖ *Les cancers* : ils sont à l'origine de la majeure partie des décès survenant entre 45 et 75 ans et représentent la première cause de décès des femmes dans la catégorie d'âge de 35 à 44 ans³⁰. Parmi celles-ci, ce sont les cancers de l'intestin, du sein, du poumon, ainsi que les leucémies et lymphomes qui sont les plus fréquents. Chez l'homme, les plus fréquents sont les cancers de l'intestin, du poumon, de la prostate, ainsi que les leucémies et lymphomes. Environ un tiers des décès par cancer sont liés aux 5 principaux facteurs de risque comportementaux et alimentaires : un indice élevé de masse corporelle, une faible consommation de fruits et légumes, le manque d'exercice physique, le tabagisme et la consommation d'alcool. Le tabagisme est le facteur de risque le plus important : il est responsable d'environ 22% du total des décès dus au cancer³¹.

²⁷ Pour une analyse plus approfondie de la consommation de tabac et d'alcool, de ses conséquences sur la santé et de ses déterminants, consultez le tableau de bord de la santé de l'Observatoire de la Santé et du Social.

²⁸ Note de synthèse « Diagnostic épidémiologique de l'usage d'alcool et de drogues en Région bruxelloise » – Eurotox - mars 2017

²⁹ Plan conjoint en faveur des malades chroniques. Des soins intégrés pour une meilleure santé. 2015 SPF Santé Publique.

³⁰ Tableau de Bord de la Santé 2016 – mise à jour 2017. Observatbru.org

³¹ OMS : Cancer/Aide-mémoire N°297/Février 2017 - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>

L'influence des facteurs environnementaux et leur combinaison avec les facteurs comportementaux ne sont pas à sous-estimer. On sait par exemple aujourd'hui que la qualité de l'air influence le risque de développer une infection liée à la consommation de tabac.

- ❖ *Les causes externes* : elles regroupent les accidents, homicides, suicides et les événements dont la cause n'est pas déterminée. Ces causes représentent plus de la moitié des décès enregistrés avant 65 ans et touchent plus les hommes que les femmes. Les chutes accidentelles représentent la grande majorité des décès, suivies des accidents de transports et des suicides.

Les chutes accidentelles chez les personnes âgées : selon l'enquête de santé de 2013, une personne sur cinq (20%) âgée de 65 ans et plus – voire une personne sur quatre (26%) de 75 ans et plus – déclare être tombée au moins une fois dans l'année précédente. Environ une chute sur dix se traduit par une fracture de la hanche ou d'autres blessures graves qui conduisent souvent à un déclin fonctionnel, voire à un décès. La récupération après une chute chez les personnes âgées dépend souvent de leur état préalable.

Les suicides : en 2014, on a enregistré 131 décès par suicide parmi les Bruxellois, dont 93 hommes et 38 femmes. Il faut y ajouter une part des décès par cause externe dont l'intention reste indéterminée. Pris ensemble, ces deux causes de décès suggèrent que le phénomène du suicide semble stable en Région bruxelloise. Si la fréquence du suicide augmente avec l'âge, ce phénomène est aussi présent chez les jeunes (15 – 29 ans). Son importance relative dans ce groupe d'âge s'explique par le fait que l'on y observe peu d'autres causes de mortalité.

- ❖ *Les maladies cardio-vasculaires* : Les cardiopathies ischémiques (crise cardiaque) et les maladies cérébro-vasculaires constituent toujours les première et deuxième causes de décès cardiovasculaires, même si leur poids dans la mortalité totale est en diminution. La part de ce groupe de maladies augmente graduellement avec l'âge³². L'hypertension affecte 15,7 % de la population bruxelloise. La proportion de personnes affectées augmente avec l'âge pour atteindre 40 % des personnes de plus 65 ans.
- ❖ *Le diabète* : le diabète touche environ 6 % de la population bruxelloise. La prévalence du diabète augmente avec l'âge. Cette maladie touche plus d'une personne sur dix au-delà de 55 ans. La prévalence du diabète a augmenté progressivement pour les hommes comme pour les femmes entre 2001 et 2016³³. Une partie de l'augmentation est probablement due à une meilleure connaissance du diabète et de l'importance du suivi pour prévenir ses conséquences par la population et à une amélioration des traitements permettant de retarder l'évolution de la maladie et le décès. De fortes inégalités existent en fonction de la nationalité.
- ❖ *Les maladies respiratoires* : en 2013, plus de 3% des Bruxellois ont déclaré souffrir de problèmes pulmonaires ou de bronchites chroniques. La bronchite chronique s'accompagne de problèmes de santé graves, ayant un impact considérable sur la vie quotidienne des patients et de leur entourage et requérant de nombreux soins.

³² Tableau de Bord de la Santé 2016 – mise à jour 2017. Observatbru.org

³³ Document à paraître (observatbru.be)

❖ *La santé mentale* : le caractère urbain et international de la Région ainsi que les particularités de Bruxelles font que les troubles de santé mentale y sont plus importants que dans les deux autres Régions. Même si en 2013, les troubles de santé mentale augmentent dans les trois Régions. Parmi les facteurs potentiels, certains sont régulièrement cités :

- Les grandes villes : on y trouve plus de dépressions et plus de psychoses,
- Le nombre important de personnes en situation d'exil : les personnes qui ont un parcours d'exil sont plus nombreuses à rencontrer des souffrances psychosociales vécues dans les pays d'origine qu'ils fuient, liées au déracinement et à l'exil, liées à la situation rencontrée dans le pays d'accueil, précarité, pauvreté, isolement et discriminations socio-culturelles,
- La pauvreté : les études montrent un lien évident entre la santé mentale et la pauvreté. C'est aussi le cas pour les données recueillies en Région bruxelloise en 2013 : plus le niveau d'éducation est bas, plus la proportion de personnes qui présente un problème de santé mentale est élevée. On observe également des liens entre la consommation de médicaments (qui augmente quand le niveau d'éducation diminue) et le recours aux thérapies (qui diminue quand le niveau d'éducation diminue).

5.3.2. Maladies et infections transmissibles

- ❖ *VIH/Sida* : la Belgique présente un des taux d'incidence du VIH les plus élevés dans l'UE pour 100 000 habitants³⁴. La Région bruxelloise présente l'incidence la plus élevée du pays : pour la période 2010-2014, on retrouvait 21,3 nouveaux cas de VIH par 100 000 habitants. L'épidémie de VIH est concentrée essentiellement dans deux populations : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), et les personnes originaires de pays d'Afrique subsaharienne qui ont contracté le virus via des rapports hétérosexuels. Depuis l'introduction des thérapies antirétrovirales en 1996, l'espérance de vie des patients vivant avec le VIH augmente. Par conséquent, le nombre de nouveaux malades du sida ainsi que les décès liés au sida ont très fortement diminué³⁵. Dans le même temps, le nombre de patients séropositifs continue à augmenter, notamment dans les populations belges et européennes. Vivre avec le VIH engendre discrimination et stigmatisation et d'autant plus quand le statut-socioéconomique diminue.
- ❖ *Hépatites virales* : l'hépatite virale est une inflammation du foie généralement provoquée par l'un des cinq types de virus (A, B, C, D et E). Au cours de la période 2009-2013, un peu moins de 20 décès dont la cause sous-jacente est une hépatite virale ont été enregistrés par an. L'incidence rapportée des hépatites B et C est plus élevée en Région bruxelloise par rapport aux autres régions³⁶. L'hépatite C touche une grande partie des personnes qui consomment des drogues par injection. En 2015, 40,6% des usagers de drogues pris en charge dans les antennes du projet Lama étaient séropositifs à l'hépatite C et 6,7% au VIH³⁷. Les usagers de drogues par injection sont la population la plus vulnérable au VHC.

³⁴ Stratégie de coopération avec les pays OMS – Belgique 2016-2022, p 12.

³⁵ Tableau de bord de la santé 2016 mise à jour 2017 observatbur.org

³⁶ Idem

³⁷ Note de synthèse « Diagnostic épidémiologique de l'usage d'alcool et de drogues en Région bruxelloise » – Eurotox - mars 2017

- ❖ *Autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST)* : l'incidence des IST est en augmentation en Région bruxelloise. Entre 2002 et 2015, on retrouve quatre fois plus de cas de chlamydia, cinq fois plus de cas de gonorrhée et onze fois plus de cas de syphilis³⁸. Ce sont les jeunes adultes (à partir de 20 ans) et les HSH qui sont principalement impliqués dans la transmission des IST en Région bruxelloise. Ces groupes sont davantage amenés à avoir des relations sexuelles non-protégées avec de multiples partenaires. Outre les conséquences immédiates, les IST peuvent avoir de graves répercussions sur la santé sexuelle et reproductive ; de plus, leur présence facilite la transmission du VIH³⁹. Les infections les plus fréquentes sont le Chlamydia et l'herpès chez les femmes ; la syphilis et la gonorrhée chez les hommes.
- ❖ *Tuberculose* : elle reste un problème majeur de santé publique en Belgique. En Région bruxelloise, en 2014, 290 nouveaux cas de tuberculose ont été diagnostiqués soit une incidence de 24,9 cas pour 100 000 bruxellois. Après Bruxelles, ce sont Liège et Anvers qui ont les incidences les plus élevées. La tuberculose est plus fréquente dans les grandes villes de par la concentration de populations vulnérables et à risque qui y résident, notamment des personnes en provenance de régions à forte prévalence ou des personnes en situation de grande précarité.

5.4. Population générale - publics prioritaires – milieux de vie

5.4.1. La population générale

La population bruxelloise est très hétérogène et relativement jeune. Les enfants de moins de cinq ans et les adultes de 20 à 39 ans sont surreprésentés par rapport à la moyenne belge. La population bruxelloise présente des origines culturelles très variées et de fortes disparités socio-économiques.

- Un habitant sur trois est de nationalité étrangère ;
- Trois Bruxellois sur quatre se perçoivent en bonne santé ;
- Un Bruxellois sur trois vit avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale ;
- Près d'un ménage sur quatre déclare reporter des soins pour raisons financières ;
- Une personne sur dix n'est pas couverte par l'assurance maladie obligatoire ;
- Près d'un Bruxellois sur quatre âgé de 25 à 34 ans dispose au maximum d'un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ;
- Un ménage sur cinq n'a pas de connexion internet à la maison.

Les causes de mortalité, de mortalité prématurée et de morbidités varient pour certains groupes au sein de la population générale.

Davantage touchés par les inégalités sociales de santé, certains groupes cumulent les vulnérabilités, les fragilités et les facteurs de risques. Dotés de moins de ressources, ces groupes requièrent des actions spécifiques. Cette approche par publics peut être combinée à une approche par milieu de vie. Certains milieux de vie se révèlent être des terrains particulièrement propices en termes d'intervention

³⁸ Note stratégique du CPAM pour la promotion de la santé sexuelle et plus particulièrement la prévention des vih/vhc/ist dans la Région de Bruxelles-Capitale - mise à jour 2018/2023

³⁹ Tableau de bord de la santé 2016 mise à jour 2017 observatbur.org

et ceci pour ces trois raisons : 1) parce qu'ils constituent des espaces centraux à partir desquels il est possible d'atteindre les publics visés ; 2) parce que des prises de risques spécifiques s'y produisent ; 3) parce qu'ils combinent ces deux aspects.

Cette partie présente des publics prioritaires et des milieux de vie à privilégier en termes d'intervention.

5.4.2. Publics prioritaires

Adolescents et jeunes adultes

L'adolescence et le début de l'âge adulte constituent une période d'expérimentation de la vie et des limites et expose par conséquent davantage aux risques pour la santé, notamment en matière d'alimentation, de consommation de drogues licites et/ou illicites, de conduite sous influence, de début des relations sexuelles... C'est également le moment idéal pour acquérir des connaissances et des compétences qui se révéleront utiles pour une (future) prise en charge autonome de sa santé.

Femmes⁴⁰ (et leurs enfants)

En 2014, près de deux tiers (62%) des femmes bruxelloises qui vivent avec le statut de personne isolée avec enfant(s) sont sans revenu du travail⁴¹. Du fait d'éventuelles diminutions de revenus associées à la séparation et du poids des frais « fixes » que doit assumer un parent isolé, les ménages monoparentaux sont des ménages à risque sur le plan socio-économique.⁴²

Plus une femme est issue d'un milieu socioéconomique défavorisé, plus elle a de risque d'être atteinte d'une pathologie (hypertension, diabète, obésité) et plus son enfant risque de souffrir d'un problème de santé (prématurité, malformation congénitale, faible poids pour l'âge gestationnel, etc.) ou de décéder avant l'âge d'un an.

Les femmes peuvent cumuler des vulnérabilités et souffrir d'inégalités de genre. Les inégalités de genre influencent la santé via divers mécanismes : discrimination, violence envers les femmes, accès limité aux ressources et opportunités, manque de pouvoir de décision sur leur propre santé. Les femmes vulnérables peuvent cumuler discriminations et facteurs de fragilisation.

Les femmes migrantes et en séjour précaire (sans papiers ou en attente de régularisation) ont plus souvent des grossesses non désirées, fréquentent moins les consultations prénatales, sont plus souvent victimes de violences entre partenaires et utilisent moins souvent des mesures préventives et ont moins d'opportunités pour développer les compétences linguistiques dans le pays d'accueil. Plusieurs auteurs relèvent le fait que les femmes réfugiées, en séjour précaire ou demandeuses d'asile sont beaucoup plus vulnérables à la violence sexuelle dans le pays d'accueil aussi bien que dans le pays d'origine et particulièrement, les femmes résidant dans les centres de réfugiés.

⁴⁰ Le programme d'action national visant à lutter contre les inégalités de santé en Belgique de la Commission Interdépartementale pour le Développement Durable, plus particulièrement dans l'action 7 « investir dans la prévention et la promotion de la santé » définit les femmes enceintes précarisées comme faisant partie des publics-cibles vulnérables, aux côtés des personnes et des populations ayant des comportements à risques, dont les travailleurs du sexe et les toxicomanes.

⁴¹ Baromètre social 2016, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

⁴² Baromètre social 2016ibid

❖ *Les mutilations génitales féminines (MGF).*

Parmi les violences faites aux femmes, on compte les mutilations génitales féminines (MGF). La Région de Bruxelles-Capitale, la province d'Anvers et la province de Liège restent les zones géographiques qui accueillent le plus de femmes issues des communautés qui les pratiquent.

Pour l'OMS, les MGF sont des « interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques ». Un rapport du SPF Santé publique de 2014⁴³ estime qu'à Bruxelles en 2012 la population féminine très probablement excisée ou à risque de l'être (fillettes et femmes de moins de 5 ans à plus de 50 ans) était de 5831 personnes. Les auteurs du rapport précisent que cette donnée est une « estimation mais constitue une bonne base pour évaluer les besoins en termes de prévention et de prise en charge de cette population cible ». Cette évaluation augmente en fonction des arrivées de personnes migrantes en provenance des pays qui pratiquent les MGF.

Outre les conséquences immédiates (douleurs, hémorragies pouvant entraîner la mort, infections de la plaie), l'impact des MGF sur la santé sexuelle, reproductive et mentale des femmes concernées est important et varie selon la sévérité de la mutilation. [...] Ces pratiques entraînent des conséquences sur la santé mentale et physique des femmes et les empêchent de participer pleinement à la vie publique. Des études montrent également que les soignants devraient être mieux informés sur la pratique des MGF par certaines communautés et sur le cadre légal en vigueur en Belgique.

Personnes migrantes (en situation d'exil)

En Région bruxelloise, le statut socioéconomique et l'histoire de migration sont très fortement liés⁴⁴. En ce qui concerne la répartition territoriale, ce sont les zones les plus pauvres de la Région bruxelloise, dites du « croissant pauvre », qui accueillent principalement de nouveaux immigrés issus de pays pauvres ou intermédiaires.⁴⁵

« Comme toute population, la santé des personnes ayant vécu l'exil est principalement influencée par les facteurs socioéconomiques classiques : revenu, emploi, logement, éducation/formation, réseau social... Si elles subissent des inégalités sociales dans ces champs, elles pâtissent au final d'inégalités sur le plan de la santé. Les enjeux de la santé des migrants se superposent donc en grande partie à ceux de la santé de toutes personnes en situation de précarité.⁴⁶ » On peut y ajouter des particularités liées à la non connaissance du système belge, de la langue, de codes culturels ...

En Belgique, les migrants et les minorités ethniques manifestent un état de santé plus précaire (que le reste de la population), ils ont plus de difficultés d'accès aux soins et à la prévention en comparaison

⁴³ Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique (résumé), 2014 - Mise à jour au 31 décembre 2012 – SPF Santé Publique

⁴⁴ En termes de précarité économique, par exemple, lorsque l'on prend des données sur les naissances bruxelloises entre 2008 et 2011, plus de la moitié des enfants nés d'une mère de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne naissent dans un ménage sans revenus du travail contre 20 % pour les mères de nationalité belge. Dossier 2015/2: Naître Bruxellois(e) - Indicateurs de santé périnatale des Bruxellois(es) 2000-2012 Observatbru, 2015

⁴⁵ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

⁴⁶ Note de travail « Réunion de concertation santé des migrants pour le plan de promotion de la santé Cocof » asbl Cultures et santé, février 2017.

avec la population belge. Ils sont confrontés à de multiples discriminations qui s'accumulent et affectent négativement leur état de santé.

Les personnes en séjour illégal ont trois fois plus de risque d'avoir une mauvaise santé subjective que le reste de la population européenne. Divers obstacles limitent l'accès aux soins pour les personnes en séjour « précaire » comme la méconnaissance des procédures administratives ou du système de santé, les barrières linguistiques et la peur de la dénonciation. Leur situation administrative est associée à une précarité sociale aigüe qui se révèle à travers des logements de mauvaises qualités, des emplois insécurisés, des revenus modestes, un accès difficile aux soins... Un certain nombre d'entre eux vit dans la rue. Ils souffrent d'une absence totale de reconnaissance, accentuée par le caractère qualifié d' « illégitime » de leur situation. Ils ne sont l'objet de presque aucune politique publique⁴⁷. Le rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016 mentionne une estimation de 100.000 personnes en situation irrégulière en Belgique dont une grande partie en Région bruxelloise.

Usagers de drogues licites et illicites

L'usage de drogue peut impacter négativement la santé. Les besoins liés aux usages de drogues varient en fonction des personnes, de leur mode de consommation, du produit consommé et des milieux de vie. Les personnes peuvent voyager entre ces milieux. Le fait que les produits consommés soient licites ou non, impacte la santé (absence de contrôle de qualité des produits), les prises de risques (clandestinité VS visibilité) et les effets sociaux (stigmatisation VS tolérance voire valorisation). Parmi les usagers de drogues illicites, le public consommateur par injection est le plus vulnérable. Il est fortement exposé aux maladies infectieuses (VIH, hépatites) et son état de santé est généralement dégradé (à cause d'une combinaison de facteurs défavorables comme les conditions d'hygiène, le caractère illicite des pratiques, le manque de structures adaptées, ...)

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont particulièrement exposés au risque d'infection par les IST dont le VIH. Certaines études mettent clairement en évidence la crainte de subir des discriminations notamment dans les milieux de soins « tout public ». Les services offerts dans des lieux de proximité semblent mieux rencontrer les attentes de ce public. Parallèlement, les HSH peuvent également avoir des pratiques de consommations de drogues licites et illicites. Ces deux caractéristiques génèrent des cumules de prises de risques et de situations de vulnérabilité demandant des approches combinées et particulières.

⁴⁷ Section réalisée à l'aide de la note du groupe ETHEALTH (Vers des soins de santé interculturels : Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques – V. Lorant, I. Derluyn, M. Dauvrin, I. Coune, H. Verrept - Décembre 2011) et de la note de travail de l'asbl Cultures et Santé

Travailleuses et travailleurs du sexe

Les personnes qui se prostituent à Bruxelles constituent un public hétérogène de femmes de tous âges et de 20 à 25% d'hommes selon les études. Le nombre de migrant(e)s qui se prostituent est en augmentation constante.

Ce public est exposé à de nombreux risques pour la santé : violences, recours à l'usage de drogues, IST dont le VIH, perte de l'estime de soi, précarité sociale et économique, criminalisation, difficultés de réinsertion sociale en cas d'arrêt de la prostitution ...

Tant chez les jeunes hommes que chez les migrant(e)s, on retrouve des personnes qui vivent dans la rue et recourent à la prostitution pour échapper, le temps d'une nuit ou plus, à la vie dans la rue.

Personnes vivant en rue

En 2015, on dénombrait plus de 2.500 personnes sans-abri à Bruxelles soit 33% de plus qu'en 2010. Ce public compte 73% d'hommes, la moyenne d'âge est de 40 ans. En France, une étude montre que l'espérance de vie des personnes sans-abri se situe entre 45 et 50 ans. Selon une enquête menée en 2010 par Médecins du Monde (Belgique) auprès de personnes sans-abri, une personne sur quatre estime être en mauvaise santé et les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont liées au froid ainsi qu'aux problèmes d'hygiène. De plus, 50% des patients souffrent d'une maladie chronique, 75% souffrent de problèmes dentaires et 33% présentent une addiction (alcool, drogue ou médicaments).

Personnes incarcérées

Il existe peu de données épidémiologiques concernant la population carcérale. Les questions de santé en prison relèvent actuellement du SPF Justice et les données ne font pas l'objet d'une récolte systématique, ni de communication.

« Les personnes détenues et internées constituent un groupe physiquement et mentalement fragile, qui a généralement grand besoin de soins de santé. Le profil du détenu/interné malade diffère en effet de celui du belge moyen. On dénombre en effet davantage de MST, de tuberculose, de VIH et d'hépatites chez les personnes détenues et internées. Les prisonniers souffriraient également davantage de maladies physiques de longue durée. Dans l'enceinte d'une prison, on constate de plus en plus de problèmes psychiques et psychiatriques (complexes) ; dans de nombreux cas, il est également question de diagnostics multiples. Proportionnellement, on trouve également plus de personnes déficientes intellectuelles et d'usagers de substances en prison que dans la société libre. Étant donné que les détenus – en particulier les délinquants sexuels – restent souvent incarcérés pendant une longue période, on trouve également dans les établissements pénitentiaires de très nombreuses personnes âgées. Certains établissements pénitentiaires accueillent également des femmes.⁴⁸[...] Le suicide est six fois plus fréquent dans les prisons.⁴⁹» Ajoutons à ce constat qu'un détenu sur trois est en prison pour des faits liés ou connexes à l'usage de drogues illicites.

⁴⁸ Mémorandum « Vers des soins de santé à part entière pour les détenus et les internés en Belgique » groupe de réflexion « Soins et détention » émanant de la Direction générale Soins de santé du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, juillet 2014.

⁴⁹ « Rapport parlementaire relatif à la santé et la promotion de la santé en milieu carcéral en Commission de la Santé » Véronique Salvi - députée wallonne - mars 2017.

D'autres publics peuvent être mentionnés :

- les personnes en situation de précarité telles que les travailleurs pauvres et les personnes subissant des discriminations sur des bases socio-culturelles ou territoriales ;
- les familles monoparentales;
- les personnes âgées et les enfants ;
- les personnes vivant avec une maladie chronique.

5.4.3. Environnements - territoires - milieux de vie spécifiques

La promotion de la santé a pour vocation d'améliorer les environnements, les milieux de vie, les territoires et de les utiliser comme ressources de l'action. Le Plan cible une série de territoires et milieux de vie privilégiés.

Territoire et communauté

Certains espaces, comme des quartiers, ou des types des milieux de vie, comme l'école, accueillent davantage que d'autres, des populations qui cumulent les vulnérabilités ou s'avèrent être des terrains d'interventions efficaces. Les indicateurs épidémiologiques et socio-économiques des personnes par quartier ou par espace et milieux de vie permettent d'identifier des actions globales et démarches communautaires à cibler. Par ailleurs, au niveau des quartiers, dans certains milieux de vie ou autour de certaines communautés, on retrouve un tissu associatif riche avec lequel il est possible d'élaborer un travail intersectoriel concerté.

Les démarches « communautaires consistent en la mobilisation de la communauté en vue d'agir sur les déterminants de la santé. L'engagement d'une partie ou de toutes les composantes de la communauté (les élus, professionnels et population), et d'une partie ou de tous les secteurs d'intervention est recherché pour la définition de ses besoins, et de ses priorités et de ses actions, ainsi que les modalités de leur mise en œuvre. Les démarches sont collectives, intersectorielles, participatives, représentatives et s'organisent dans un système de solidarité. Une démarche communautaire concerne une communauté, définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (population, professionnels, élus, institutionnels). La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune. ⁵⁰»

Les notions de territoires, communauté, milieu de vie peuvent aussi englober des lieux « fermés » : prisons, internats, centres d'hébergements, etc. Ces espaces sont parfois peu accessibles pour des actions et services de promotion de la santé. Pourtant les vulnérabilités et facteurs de risques y sont présents, parfois de manière cumulée, et les besoins dans les domaines de la santé globale, mentale, sexuelle, ou encore en matière d'assuétudes y sont nombreux. L'entrée dans ces lieux permet d'atteindre des publics très vulnérables, habituellement peu accessibles voire cachés quand ils sont à l'extérieur.

⁵⁰ «La démarche communautaire en Promotion de la santé à Bruxelles : éléments pour la rédaction du plan stratégique de Promotion de la santé à Bruxelles. » Fédération Bruxelloise de promotion de la santé asbl - Mars 2017

Les milieux de vie des jeunes

Le milieu scolaire permet de toucher tous les jeunes sans discrimination. L'éducation est un déterminant de la santé et le milieu scolaire un espace privilégié de développement des aptitudes pouvant contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Les sujets qu'il est possible d'y aborder touchent autant à la santé sexuelle, la prévention des IST, la prévention primaire et la réduction des risques liés à l'usage de drogues licites et illicites, la lutte contre le tabagisme et la promotion de la santé en matière d'alimentation. Dans une visée d'efficacité et de durabilité des effets des interventions, les stratégies visant le renforcement des compétences des divers acteurs du milieu scolaire, comme l'accompagnement et la formation, seront privilégiées. Les interventions réalisées directement auprès des jeunes resteront exceptionnelles et se justifient que si ces interventions directes représentent une ouverture vers une collaboration sur la durée.

Le milieu étudiant permet d'aborder les mêmes thématiques, mais de manière plus ciblée en travaillant soit avec les publics finaux soit avec les publics-relais, selon la thématique.

Des interventions dans d'autres lieux de vie des jeunes (milieux extra-scolaires comme dans les secteurs de la jeunesse, les lieux de loisirs) ou encore dans d'autres lieux d'apprentissage pour enfants et adultes (alphabétisation, cours de français langue étrangère, insertion socio-professionnelle) doivent également être envisagées.

Les milieux de soins

Les institutions de soins hospitalières ou ambulatoires (hôpitaux, maisons de repos, soins ambulatoires ou à domicile, etc.) sont fréquentées par des populations diversifiées dont certaines présentent des besoins importants en termes de santé. Elles peuvent être des lieux de passage ou de vie adéquats pour mettre en place des actions de promotion de la santé.

Le milieu « festif »

La consommation de produits psychotropes en milieu festif peut favoriser de nombreuses prises de risque : effets et combinaison de produits (malaises, surdoses), perte de contrôle et baisse de vigilance (accidents de la route, rapports sexuels non protégés et/ou non désirés, etc.). La surconsommation et les prises de risques sont favorisées par l'ambiance festive, l'influence des pairs et la tendance à repousser les limites. Les prises de risques sont aussi induites par la composition variable et incertaine des produits en circulation et par l'apparition de nombreuses nouvelles drogues de synthèse sur le marché.

Ce milieu justifie donc des possibilités d'interventions de prévention et de réduction des risques variées, en particulier concernant la consommation de drogues et la prise de risques sexuels.

Le milieu du sport

Les risques associés à la consommation excessive d'alcool peuvent être élevés pour les sportifs et les supporters lors des moments de convivialité qui suivent les matchs et entraînements. Cette question est particulièrement peu investie par les acteurs de terrains et institutionnels et l'on dispose de peu de données.

A l'inverse les milieux sportifs peuvent également constituer des lieux où les jeunes peuvent être motivés à adopter des attitudes favorables à leur santé : alimentation saine, prévention des accidents liés à leur pratique sportive, prévention du tabagisme afin de conserver leur souffle.

A différents égards, le milieu du sport constitue un terrain à investir⁵¹.

Le milieu de la rue

La rue est un milieu de vie transitoire ou permanent pour de nombreuses personnes. Des publics permanents de la rue hautement précarisés y côtoient des habitants de passage venus exploiter certaines ressources propres à la rue (trafic, prostitution, mendicité...). La rue est également le théâtre d'usages de drogues illicites particulièrement à risques pour la santé des personnes et générant des nuisances pour la population.

Le milieu carcéral

Le milieu carcéral est un lieu d'initiation à l'usage de drogues et le trafic de drogues y est omniprésent. Un détenu sur trois est en prison pour des faits liés ou connexes à l'usage de drogues illicites. Le contexte prohibitionniste constitue en effet l'une des principales causes d'incarcération.

La prévalence de certaines maladies infectieuses telles que le VIH ou l'hépatite C est plus élevée en milieu carcéral que dans la population générale, et les risques de transmission sont aggravés par la faible couverture du dépistage des hépatites et par l'absence d'accès au matériel stérile de consommation.

Les milieux de vie virtuels

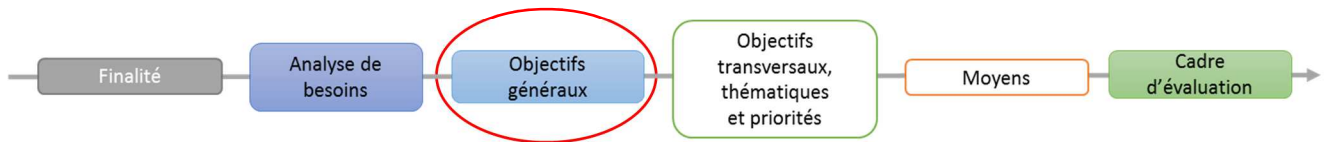
L'usage croissant des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour le travail et les loisirs par la majeure partie de la population amène les acteurs de la prévention à investir des espaces virtuels pour mettre en œuvre des interventions de promotion de la santé sous diverses formes (interactions avec les usagers, développement d'applications, etc.). Les usages de ces technologies comportent également des risques (dont diverses dépendances) qu'il convient d'analyser et de réduire.

Certains lieux virtuels spécifiques sont fréquentés par des populations parfois peu accessibles, dont l'activité dans ces lieux peut présenter des risques qu'il convient de prévenir : lieux de prostitution, lieux de rencontre sexuelle, etc.

⁵¹ La question du dopage relève quant à elle de la Cocom et de la FWB et n'est pas abordée dans ce Plan.

5.5. Des besoins aux objectifs généraux du Plan

Le Décret de 2016 définit la réduction des inégalités sociales de santé comme finalité de la promotion de la santé.



Au regard de l'analyse qui précède, des finalités de la promotion de la santé définie dans le Décret, des déterminants de la santé propres à Bruxelles, des maladies et affections que l'on retrouve à Bruxelles, des publics prioritaires et milieu de vie identifiés, deux objectifs généraux se dégagent :

- Objectif général 1 « santé/bien-être » : Renforcer les facteurs favorables à la santé
- Objectif général 2 « Santé/prévention » : contribuer de manière ciblée à la prévention des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles.

Ces objectifs doivent être envisagés comme faisant partie d'un continuum sur lequel différentes stratégies et actions peuvent être mises en place.

5.5.1. Objectif général «santé/bien-être»

Santé perçue, logements difficiles d'accès, taux d'emploi, grandes disparités dans les niveaux d'éducation, soins de santé postposés, faibles stabilité économique... l'accès aux ressources santé des Bruxellois est très variable, d'une commune à l'autre, d'un quartier à l'autre, et des inégalités sont bien présentes. Au départ des stratégies qui lui sont propres, la promotion de la santé vise à agir sur les déterminants de la santé en réduisant ou renforçant leurs impacts.

Nous retrouverons dans ce cadre des stratégies visant à améliorer le bien-être général à partir de la santé et à réduire la morbidité. Cet objectif vise l'action sur l'environnement social, physique et les ressources propres des personnes. L'ancrage est général. Il s'agit d'intégrer une prise en compte des besoins spécifiques de certains publics et de développer des services adaptés pour ces publics, sur des territoires et dans milieux de vie prioritaires.

L'augmentation du nombre de pathologies et affections dont peut souffrir une personne, la durée de ces maladies, les effets fluctuants que les maladies peuvent avoir, c'est-à-dire la chronicisation des maladies, génèrent un cumul de vulnérabilités. Ceci influence la santé et le bien-être des personnes. Parallèlement, plus les personnes sont fragiles socio-économiquement, plus les effets des problèmes de santé sur la vie et le bien-être se font sentir. A partir d'approches transversales, intersectorielles et multidisciplinaires, centrées sur les besoins des personnes, la prévention et la promotion de la santé agiront en amont et viseront à éviter l'entrée dans la maladie (prévention primaire), à détecter celle-ci de manière précoce (prévention secondaire), à éviter les rechutes (prévention tertiaire) ou encore à réduire la surmédicalisation (prévention quaternaire).

L'ensemble des objectifs thématiques, des priorités et des stratégies contribuent à ce premier objectif général : il s'agit d'améliorer la qualité de vie en se basant sur les préoccupations des citoyens bruxellois en ce qui concerne leur santé et ses déterminants.

5.5.2. Objectif général « santé/prévention »

La poursuite de cet objectif sera organisée à partir de deux objectifs thématiques, de priorités et de stratégies spécifiques :

- **Contribuer de manière ciblée à prévenir les Maladies Non Transmissibles (MNT)**
- **Contribuer de manière ciblée à prévenir les Maladies Transmissibles (MT)**

L'intégration des démarches de prévention primaire et de médecine préventive dans une approche de promotion de la santé est un enjeu important de ce premier plan de promotion de la santé bruxellois.

Ces objectifs « santé/prévention » ont été identifiés et formulés sur la base de plusieurs références nationales et internationales :

- La répartition et la complémentarité des compétences en matière de prévention entre Etat fédéral et entités fédérées, dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'Etat, telles qu'établies dans le Protocole d'accord du 21 mars 2016 entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière de prévention ;
- Les catégories utilisées dans différents plans de santé nationaux, internationaux et au niveau mondial ;
- La stratégie fédérale à long terme pour un développement durable et spécifiquement l'objectif 7 : "la morbidité/mortalité liée aux maladies chroniques sera réduite"⁵² ;
- Les domaines prioritaires du programme stratégique de coopération avec l'OMS, 2016-2022.

Des priorités thématiques de santé/prévention et des stratégies spécifiques sont identifiées afin de rencontrer ce 2^{ème} objectif général et les deux objectifs thématiques qui y sont liés.

5.5.3. Publics finaux et relais

Le dispositif de promotion de la santé sera déployé conformément au principe d'universalisme proportionné. Les actions viseront de manière privilégiée les problématiques de santé et les publics prioritaires identifiés dans l'analyse des besoins.

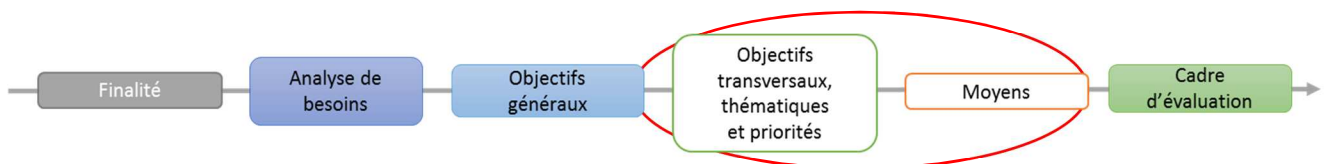
Le principe d'universalisme proportionné intégré au Décret de promotion de la santé balise la manière dont les actions seront priorisées. Le degré de déploiement des actions est adapté aux données épidémiologiques. La priorisation des actions pour un groupe est proportionnelle aux vulnérabilités et risques identifiés (un groupe est particulièrement objet d'inégalités en santé, particulièrement vulnérable, particulièrement désavantagé ou particulièrement concerné par la problématique de santé). A terme, la population générale ne peut être le seul public visé, ni celui auquel le plus d'action

⁵² Une vision stratégique fédérale à long terme pour un développement durable – horizon 2050 – SPF Santé Publique, sécurité de la chaîne alimentaire, environnement <https://www.health.belgium.be/fr/environnement/vers-une-societe-durable/strategie-federale-de-developpement-durable-lhorizon-2050>

est destiné. Ne viser que la population générale participerait à creuser le fossé entre les différentes couches de population, ce qui est contraire à la finalité du Décret et à ses principes.

Les publics-relais de divers secteurs (travailleurs des secteurs psycho-socio-médicaux, enseignants, politiques, universitaires, etc.) en contact avec les publics finaux identifiés peuvent également être le public cible des actions qui seront déployées.

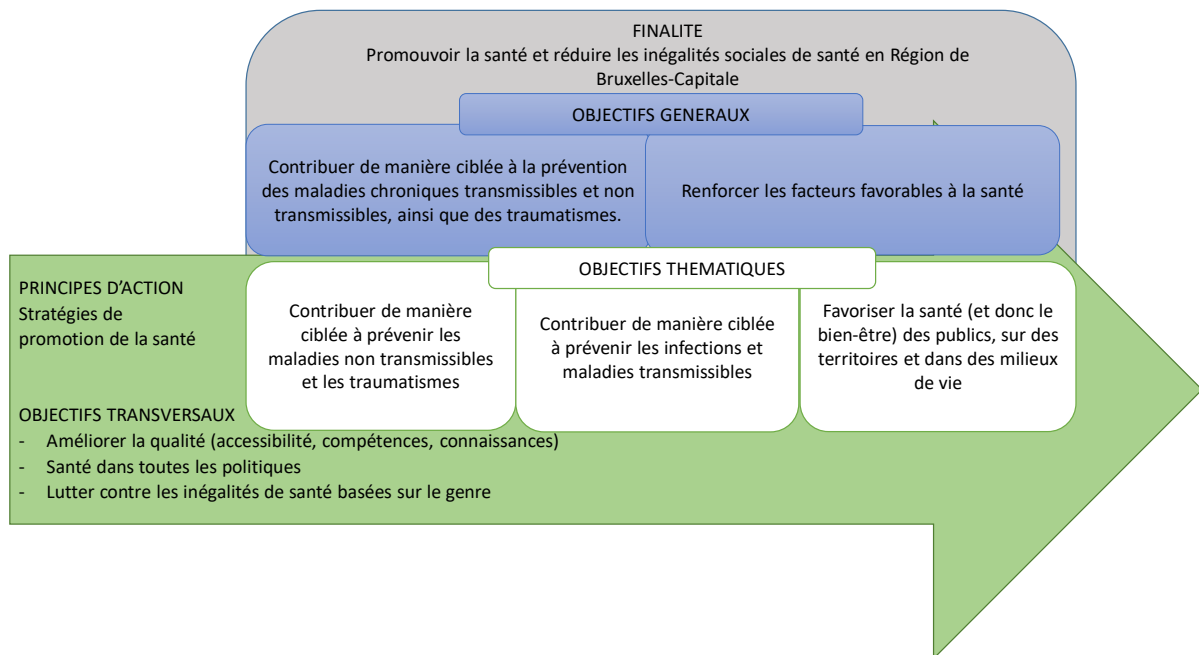
6. Objectifs transversaux, thématiques, priorités et moyens



Pour atteindre les objectifs généraux, des objectifs transversaux et thématiques sont définis. Pour chacun de ces objectifs, des priorités sont déterminées et des stratégies sont précisées. Dans le cadre prévu par le Décret, des moyens de mise en œuvre de ces priorités et stratégies sont définis : appels publics à candidature (pour des services), appels à projet (pour des acteurs), et appels à réseaux, principalement.

- 1) **Les objectifs transversaux**: Ils sont la charpente de la promotion de la santé, ils la traversent et la sous-tendent. C'est à partir d'eux que les objectifs généraux doivent être atteints. Ils relèvent des fondamentaux de la promotion de la santé et se combinent à ses principes d'action (voir supra).
- 2) **Les objectifs thématiques** : Ils se rapportent spécifiquement à des thématiques clés des objectifs « santé/prévention » et « santé/bien-être ».

6.1. Modèle stratégique du Plan de promotion de la santé 2018/2022



Au regard des objectifs visés, le modèle se veut intégrateur. Son ambition est de consolider le secteur de la promotion de la santé en rappelant que ce sont bien les principes d'action de la promotion de la santé qui la différencie des autres stratégies de santé publique et en insistant sur la convergence des actions vers des objectifs centraux. Les actions en partie axées sur la prévention primaire peuvent également viser des effets généraux sur la santé, en termes de bien-être ou d'impact sur les déterminants de santé pour des publics prioritaires, sur des territoires et dans des milieux de vie spécifiques.

Il est possible d'entrer dans le champ de la promotion de la santé par trois portes :

- par les objectifs santé/prévention, santé/bien-être
- par les publics cibles,
- par les territoires et milieu de vie.

Les priorités et stratégies qui suivent combinent ces trois aspects de manière générale, mais les portes d'entrée choisies pour aborder les problématiques varient. Le Plan de promotion de la santé entend permettre à chaque projet, programme et action de se déployer à partir de la porte d'entrée la plus pertinente en ce qui le concerne.

Les priorités et stratégies du Plan ont été classées en fonction de la porte d'entrée la plus pertinente ou la plus classiquement utilisée. Les recoupements ont été indiqués.

La section suivante présente :



pour chaque objectif (transversal ou thématique)



la ou les priorité(s),



les stratégies préconisées

Les MOYENS de mise en œuvre prévus

6.2. Objectifs et priorités : transversalités



Objectif transversal 1 : Améliorer la qualité des interventions en promotion de la santé



Priorité 1 : Promouvoir la visibilité, l'accessibilité et l'appropriation des informations et ressources en promotion de la santé

Pour l'ensemble des thématiques reprises dans le Plan, au vu de la diversité des publics potentiellement visés par les actions de promotion de la santé, de leur spécificités, de l'état des déterminants de la santé que l'on retrouve à Bruxelles, il apparaît capital de renforcer trois axes relevant des actions classiques de la promotion de la santé :



Stratégies et moyens de mise en œuvre

- 1) Soutenir le développement de la littératie en santé, veiller à la réception - compréhension - appropriation des outils et productions en promotion de la santé par les publics cibles, en accordant une attention particulière à la réduction des inégalités sociales de santé et aux publics en situation de migration.
- 2) Diversifier et moderniser les moyens de communication.
- 3) Utiliser les moyens et technologies de la communication de façon adaptée aux différents publics et milieux de vie.

MOYENS

Intégration transversale par l'ensemble des opérateurs

Appel à candidature services de support 1 : « Soutien aux acteurs en matière de littératie en santé »

Appel à candidature services de support 2 : « Soutien aux acteurs en matière de communication et nouveaux médias. »

Concertation interministérielle : Définir et mettre en œuvre avec la Wallonie et la FWB un dispositif de mise à disposition d'espaces gratuits en radio et télévision pour les campagnes de promotion de la santé



Priorité 2 : Soutenir le développement et le renforcement des compétences des acteurs et opérateurs



Stratégies et moyens de mise en œuvre

- 1) Développer l'expertise thématique et méthodologique des acteurs et intervenants.
- 2) Former, accompagner et soutenir les acteurs de terrain et les relais dans la mise en œuvre de la promotion de la santé, quelles que soient les approches (thématiques ou globales).
- 3) Favoriser la formation continue des acteurs.
- 4) Soutenir les opérateurs dans l'évaluation des projets et programmes.

MOYENS
Appel à candidature du service d'accompagnement
Appel à candidature service de support 3 « Soutien à l'évaluation et à la transférabilité en promotion de la Santé »
Appel à candidature service de support 4 : « Soutien à la formation continue des acteurs en Promotion de la santé »
Intégration dans l'opérationnalisation des missions de tous les services de support



Priorité 3 : Favoriser le transfert des connaissances dans et hors du secteur de la promotion de la santé

Le *transfert des connaissances*⁵³ réfère à « l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé. Ces activités et mécanismes d'interaction prennent la forme processus continu impliquant des interactions plus ou moins fréquentes entre plusieurs groupes d'acteurs ». Ceux-ci œuvrent dans des contextes sociopolitiques et des environnements organisationnels spécifiques et jouent tour à tour un rôle dans la production, le relais et l'utilisation des connaissances.

L'objectif est de favoriser une plus grande utilisation des connaissances disponibles afin d'apporter des changements dans les pratiques et la prise de décision. On entend par connaissances : les

⁵³ « Animer un processus de transfert des connaissances – Bilan des connaissances et outil d'animation » Direction de la recherche, formation et développement – Institut National de Santé Publique Québec- Octobre 2009 Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

connaissances issues de la recherche, celles issues des savoirs théoriques et pratiques des acteurs et les connaissances issues de l'analyse des données.



Stratégies et moyens de mise en œuvre

- 1) Participer à diffuser la culture de la promotion de la santé et les connaissances produites ;
- 2) Organiser et mettre à disposition de la documentation, des données et informations destinées à soutenir les acteurs psycho-socio-médicaux et les décideurs politiques ;
- 3) Soutenir les acteurs en ce qui concerne l'évaluation des actions en termes de processus, de résultats et de transférabilité des bonnes pratiques, avec une attention particulière pour les projets innovants. Ce soutien doit également contribuer à l'évaluation générale prévue dans le cadre du Décret.

MOYENS
(1) et (2) Intégration transversale par l'ensemble des opérateurs
(2) Coordination par les services de support thématiques, le service d'accompagnement et l'Instance de Pilotage
(1)(2)(3) Appel à candidature service de support 3 : « Soutien à l'évaluation et à la transférabilité en promotion de la Santé ».
Appel à candidature du service d'accompagnement : Intégration dans l'opérationnalisation des missions telles que définies par le Décret: <ol style="list-style-type: none">a) faciliter les collaborations et la concertation entre acteurs dans le cadre des différentes thématiques prioritaires selon des approches intra- et inter-sectorielles ;b) valoriser les compétences et expertises des acteurs et services, par l'organisation d'espaces de rencontres et d'échanges (journées d'études, etc.) ;c) accompagner les acteurs dans la mise en œuvre des priorités du Plan ;d) faire remonter les analyses et constats de terrain auprès de l'Instance de pilotage ou de toute autre instance concernée.



Objectif transversal 2 : Favoriser et promouvoir la 'santé dans toutes les politiques'

L'objectif à long terme est double. Il s'agit d'une part de contribuer à l'intégration d'une dimension santé dans toutes les politiques et d'autre part à la concertation de toutes les politiques ayant la santé dans leurs compétences. La Cocof organise elle-même des lieux de concertation transversaux (en particulier l'Instance de pilotage telle que prévue par le Décret) et participe à d'autres lieux de concertation organisés par d'autres niveaux de pouvoir et champs de compétences (aux niveaux fédéral, régional, communautaire, ...).



Stratégies et moyens de mise en œuvre

- 1) Développer des synergies avec les Ministres et leurs Administrations ayant des compétences liées aux priorités du Plan, et formaliser ces synergies si nécessaire (protocoles, conventions, accords de coopération, etc.) : matières internes à la Cocof, matières relevant des autres entités fédérées (Région, Communautés) notamment en Environnement et Education. et particulièrement au niveau de la Région. La Région ayant en main bon nombre de clés pour l'action sur les déterminants de santé (emploi, logement, qualité de l'air, contrats de quartiers ...) la collaboration active avec les ministres compétents pour la Région est capitale.
- 2) Intégrer différents réseaux et concertations au niveau des inter-cabinets régionaux, communautaires et fédéraux, pour favoriser l'articulation des décisions – sociales – économiques – culturelles – qui influencent la santé, avec notamment la Commission Communautaire Commune, la Région, la VGC, la FWB (Education, ONE) et la Wallonie (Santé).
- 3) Collaborer activement au projet « Bruxelles-Ville santé » de l'OMS, via un partenariat entre la Cocof santé et l'Observatoire de la Santé et du Social de la Cocom.
- 4) Collaborer avec l'Observatoire de la Santé et du Social de la Cocom à l'exploitation des données disponibles.
- 5) Participer au développement de l'évaluation d'impact sur la santé avant et après la mise en place de politiques publiques d'autres domaines qui influencent la santé.
- 6) Soutenir activement le développement d'un intercabinet « santé » en Région bilingue de Bruxelles-Capitale dans le but de construire une vision commune en termes d'objectifs de santé et de moyens de les atteindre. Veiller à son articulation avec les Conférences Interministérielles au niveau Fédéral, avec le Plan santé de la Cocom et les autres intercabinets régionaux et communautaires.
- 7) Poursuivre la participation de la Cocof aux réunions inter-cabinets et groupes techniques en lien avec ses compétences et priorités en matière de santé, dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique fédérale.

MOYENS
Concertations interministérielles, à partir de l'Instance de pilotage prévue par le Décret et par la participation de la Ministre de la santé aux lieux de concertation organisés par d'autres niveaux de pouvoir et champs de compétences.

NB : Cet objectif est également en lien avec la priorité « Favoriser le transfert des connaissances dans et hors secteur de la promotion de la santé » (cf. supra)



Objectif transversal 3 : Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre

Selon l'OMS, les normes et les valeurs de genre peuvent avoir pour effet des différences mais aussi des inégalités entre hommes et femmes. Ces inégalités se répercutent notamment sur la santé et l'accès aux soins. Il est donc nécessaire de prendre en compte ces inégalités dans les interventions de promotion de la santé afin de contribuer à les réduire. Cela se traduit par un soutien transversal aux acteurs en vue de l'intégration de la dimension 'genre' dans leurs actions d'une part, et par le soutien à des projets spécifiques visant l'amélioration de la santé des femmes, et notamment des femmes les plus vulnérables, d'autre part.

MOYENS
Appel à réseau 1 : « Genre, femmes et promotion de la santé » visant l'intégration transversale de la dimension genre dans les programmes et projets de promotion de la santé
Appel à projets-acteurs
Concertation interministérielle avec les compétences en matière d'Égalité hommes-femmes

6.3. Objectifs et priorités thématiques



Objectif thématique 1 : Contribuer de manière ciblée à prévenir les maladies non transmissibles ainsi que les traumatismes



Priorité 1 : Promouvoir et soutenir les environnements et comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabac

Une recherche menée par l'École de Santé Publique de l'ULB en 2016-2017 a permis d'élaborer une proposition de stratégie visant la promotion des « attitudes saines » en Région bruxelloise. Les propositions et stratégies développées par cette recherche ont été intégrées dans le Plan, dans les objectifs transversaux d'une part et les objectifs thématiques d'autre part. En termes d'actions, la priorité a été accordée aux stratégies relevant directement des compétences de la Cocof. L'aspect politique et institutionnel fera l'objet de concertations interministérielles dont certaines sont déjà engagées.



Stratégies et moyens de mise en œuvre

- 1) Mieux connaître la problématique et comprendre les mécanismes d'adoption de pratiques favorables ou défavorables à la santé et de transférer ces connaissances auprès des opérateurs afin de guider l'action. : Participer au recueil, à l'utilisation et à la diffusion des données quantitatives et qualitatives relatives à l'état de santé des Bruxellois et ses déterminants en

matière d'alimentation, activité physique, consommation d'alcool et de tabac principalement). Dans ce cadre, les recherches qualitatives seront valorisées ;

- 2) Faire connaître les ressources disponibles : Organiser des relevés locaux des « ressources et services santé » existant en matière d'alimentation favorable et d'activités physique sur un territoire donné et garantir l'accessibilité de ces relevés aux habitants et aux responsables institutionnels et politiques ;
- 3) Contribuer activement aux différentes concertations entre Etat fédéral et entités fédérées en ce qui concerne le développement de cadres et de politiques favorisant la santé au départ de l'alimentation, de l'activité physique, de la consommation d'alcool et de tabac, notamment :
 - Au niveau fédéral, participer à encourager la régulation des pratiques commerciales principalement en matière d'alcool, d'étiquetage, d'amélioration de la composition nutritionnelle des aliments ;
 - Au niveau régional et communautaire, participer au développement d'environnements favorables à la santé et au bien-être (espaces verts propices à l'activité physique douce, qualité des repas et des menus en collectivités, ...).
 - Collaborer à la stratégie « Good Food ⁵⁴ » afin d'y apporter une dimension « promotion de la santé » et de développer des synergies entre la dimension 'Environnement' et 'Santé'.
- 4) Contribuer à la réduction de l'usage du tabac :
 - soutenir et encourager les non-fumeurs ;
 - dissuader l'entrée dans la consommation, en particulier chez les jeunes ;
 - informer sur les risques liés à la consommation de tabac, en ce compris les e-cigarettes ;
 - soutenir les publics-relais dans la mise en œuvre de ces mécanismes.
- 5) Poursuivre et renforcer les actions existantes en matière de prévention et réduction des risques liés à la consommation d'alcool, en articulation avec la 7^{ème} priorité thématique (prévention de l'usage de drogues licites et illicites et réduction des risques).
- 6) Développer des outils d'information, de formation et de prévention au sujet des volets 'alimentation' et 'activité physique' (en lien avec le 1^{er} objectif transversal et le 3^{ème} objectif thématique).
- 7) Contribuer à la prévention des chutes et accidents, en particulier chez les personnes âgées de 65 ans et plus

MOYENS

(1) Appel à service support 5 « Soutien en matière de promotion d'environnements et comportements favorables à la santé : alimentation et activité physique »
--

⁵⁴ « Vers un système alimentaire durable en Région de Bruxelles-Capitale. » La Stratégie bruxelloise Good Food affiche une double ambition : « mieux produire », c'est-à-dire cultiver et transformer localement des aliments sains et respectueux de l'environnement ; et « bien manger » ou rendre accessible à tous une alimentation savoureuse et favorable à la santé, composée d'un maximum de produits locaux. Lancée et portée par la Région de Bruxelles-Capitale pour une durée de cinq ans (2016-2020), la stratégie vise à placer l'alimentation au cœur de la dynamique urbaine, en l'abordant dans toutes ses dimensions, économiques, sociales et environnementales. <http://www.goodfood.brussels/fr/content/strategie-good-food>

(1) Appel à service de support 7 « Soutien aux acteurs en matière de prévention de l'usage de drogues et de réduction des risques » (alcool)
(3) Concertations interministérielles : Fédéral (CIM, CPGD, CPSD) et entre entités fédérées : Cocof (Sport), Région (Environnement), FWB (ONE, Enseignement, Sport), Cocom (Santé, notamment pour la politique tabac et l'articulation entre les volets prévention relevant de la Cocof et aide au sevrage relevant de la Cocom, ainsi que pour la politique alcool)
(3) Concertations intersectorielles au sein de l'Instance de pilotage et du Service d'accompagnement
(2-4-5-6-7) Appel à projets-acteurs
(5) Appel à réseau 2 « prévention et réduction des risques lié à la consommation d'alcool ». Les missions principales du réseau sont : 1) promouvoir et favoriser l'intersectorialité et la concertation des acteurs concernés par cette thématique, 2) promouvoir et favoriser le partage d'expertises et de savoirs, 3) promouvoir et favoriser la prise en compte du caractère multifactoriel des problématiques liées à la consommation d'alcool, l'impact des déterminants individuels, collectifs et sociétaux, 4) faire remonter les besoins, analyses, constats, vers les instances, services et institutions concernées, dont le service d'accompagnement.



Priorité 2 : Soutenir des démarches de promotion de la santé mentale

Stratégies et moyens de mise en œuvre

La prévention et la promotion de la santé mentale font partie des missions de base des services agréés en « santé mentale » dans le cadre du Décret « Ambulatoire ». Cette priorité est donc opérationnalisée via ce secteur.

L'organisation de projets et démarches propres à la promotion de la santé dans le champ de la santé mentale sera soutenue principalement au travers de quatre stratégies :

- 1) Consolider les projets existants et initiatives agissant au croisement des thématiques « santé mentale » et « promotion de la santé » en tenant activement compte de l'impact des déterminants de la santé (logement, précarité, mode de vie, environnements, ...)
- 2) Contribuer aux nouvelles politique de santé mentale pour adultes (107) et enfants et adolescents (0-18) organisée par le SPF Santé publique⁵⁵ dans le cadre de la mise en œuvre de la Réforme des soins en santé mentale. Plus spécifiquement, contribuer au développement de l'objectif stratégique 3 « *Mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention des problèmes en santé mentale* ». Dans ce cadre, l'objectif opérationnel 2 est ciblé : « *Coordonner une stratégie intersectorielle en matière de promotion de la santé mentale, de prévention des troubles psychiques, de lutte contre la stigmatisation, la discrimination et les violations des droits de l'homme et en particulier les violations de la Convention internationale des Droits de l'enfant* ». Deux actions liées à cet objectif pourraient être l'objet d'une contribution spécifique : Action 23 « bonnes pratiques dans le domaine de

⁵⁵ Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents. SPF Santé – mars 2015

la promotion de la santé mentale » et action 24 « coordination et soutien dans le développement et la mise en œuvre d’action spécifiques dans le domaine de la promotion de la santé mentale »

- 3) Suicides: la prévention des suicides est une des missions agréées dans le cadre du Décret ambulatoire pour les Centres d’accueil téléphonique. Elle est aussi intégrée par les services de santé mentale dans leur mission de prévention. Des liens entre approches de promotion de la santé et ambulatoires pourraient être développés.
- 4) Soutien à des projets pilotes innovants en promotion de la santé mentale répondant à des problématiques émergentes, telles que la cyberdépendance.

MOYENS
(1) (4) Appels à projets-acteurs
(2) Concertations interministérielles : Fédéral (CIM) et Cocom



Priorité 3 : Poursuivre les programmes de médecine préventive et le dépistage organisé des cancers



Stratégies et moyens de mise en œuvre

- 1) Cancer Colorectal : Poursuivre le programme de dépistage existant en Région Bruxelloise en collaboration avec la Wallonie. Parallèlement, analyser les possibilités d’élaboration d’un programme bruxellois en collaboration avec la Commission Communautaire Commune et la VG.
- 2) Cancer du sein : Poursuivre le programme de dépistage en Région Bruxelloise dans le cadre de l’Accord de coopération et contribuer à son adaptation aux résultats des évaluations et à l’évolution des recommandations internationales.
- 3) Pour les deux programmes : poursuivre les concertations avec le Fédéral dans le cadre de la CIM et du protocole de prévention.
- 4) Favoriser le développement de stratégies de communication et de démarches de promotion de la santé adaptées afin d’augmenter la couverture des programmes de médecine préventive et leur accessibilité pour les publics vulnérables, en tenant compte des spécificités de ces publics (difficulté de lecture, de mobilité, absence de couverture mutuelle, etc.).

MOYENS
(1) Désignation du Centre de référence 1
(2) et (3) Concertations interministérielles
(4) Appel à candidatures du Service d’accompagnement
(4) Appel à candidatures du service de support 2 « Communication »



Objectif thématique 2 : Contribuer de manière ciblée à prévenir les infections et maladies transmissibles



Priorité 4 : Contribuer à la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH et le VHC



Stratégies et moyens de mise en œuvre

- 1) Soutenir et organiser la concertation des acteurs de la prévention des IST (dont le VIH et le VHC) aux niveaux stratégique et opérationnel, notamment dans la mise en œuvre du paradigme de prévention combinée (usage du préservatif/matériel de réduction des risques + dépistage + traitements), et participer au suivi du Plan national sida.
- 2) Maintenir les efforts de prévention des IST dont le VIH et le VHC, pour la population générale et plus spécifiquement pour les jeunes adultes belges et européens, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, les HSH, les publics à risques (usagers de drogues et travailleurs du sexe).
- 3) Favoriser l'accès au dépistage des IST dont le VIH et le VHC pour les publics spécifiques notamment ceux en situation de risques « croisés » (consommation de produits et prises de risques sexuels). Développer en particulier une offre adaptée de dépistage délocalisé (et, une fois le cadre réglementaire adapté, démedicalisé).
- 4) Soutenir le développement d'indicateurs pertinents, le recueil de données ainsi que l'identification des indicateurs et des données disponibles utiles en matière de prévention des IST, dont le VIH et le VHC. L'ensemble des opérateurs participent à la stratégie, qui est coordonnée par le service support.
- 5) Contribuer de manière transversale à la lutte contre les discriminations et la stigmatisation liée au VIH (sérophobie).

MOYENS
(1) Concertations interministérielles : CIM santé publique, suivi du Plan national sida dans le cadre du Protocole de prévention.
(1) (4) Appel à candidature service de support 6 « Soutien aux acteurs en matière de prévention des IST, dont le VIH et le VHC »
(2) (3) Appel à projets-acteurs

NB : Cette priorité est fortement en lien avec les priorités 6 « Promouvoir la santé sexuelle » (voir infra) et 7) « prévention primaire et réduction des risques » de l'objectif thématique 3 « Favoriser la santé et le bien-être ».

Les milieux scolaire, étudiant, festif, rue et carcéral sont des terrains d'intervention privilégiés, les approches communautaires seront valorisées.



Priorité 5 : Contribuer à la prévention et au dépistage de la tuberculose



Stratégies et moyens de mise en œuvre

- 1) Poursuivre les missions de lutte contre la tuberculose en matière de surveillance épidémiologique, de socio-prophylaxie, de communication et d'expertise ;
- 2) Contribuer à la mise en cohérence des politiques de lutte contre la tuberculose aux niveaux belge et bruxellois.

MOYENS
(1) Soutenir les missions du FARES telles que définies dans le programme opérationnel en vertu de l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 26 septembre 2013 déterminant les modalités de lutte médico-sociale contre la tuberculose.
(2) Concertations interministérielles : Participer aux concertations dans le cadre de la CIM et du protocole de prévention du 21 mars 2016, et suivre le Plan santé bruxellois et le Plan pauvreté de la Cocom.



Objectif thématique 3 : Favoriser la santé (et donc le bien-être) des publics, sur des territoires et dans des milieux de vie spécifiques



Priorité 6 : Favoriser et promouvoir la santé sexuelle



Stratégies et moyens de mise en œuvre

- 1) Contribuer à la généralisation de l'EVRAS (Education à la Vie Relationnelle Affective et Sexuelles) et au développement d'une vision coordonnée de ce qui se fait en matière d'EVRAS en milieu scolaire à Bruxelles en collaboration avec les entités politiques concernées (Commission Communautaire francophone – ONE - Fédération Wallonie-Bruxelles).
- 2) Maintenir et développer les projets et programmes en matière d'EVRAS pour jeunes et jeunes adultes en milieu festif.

- 3) Développer des projets de promotion de la santé sexuelles pour les femmes (IST, MGF, violences basées sur le genre).
- 4) Développer une vision concertée de la lutte contre les mutilations génitales féminines visant à renforcer la cohérence des volets «action sociale» et «santé» des projets et de faire remonter les besoins, analyses, constats, vers les instances, services et institutions concernées.

MOYENS
(1) Concertation interministérielle : suivi du comité de pilotage et participation au processus de labellisation
(2) (3) Appel à projets-acteurs
(4) Appel à réseau 3 « Promotion de la santé et MGF »



Priorité 7 : Prévenir l'usage de drogues licites (notamment l'alcool) et illicites et en réduire les risques



Stratégies et moyens de mise en œuvre

- 1) Poursuivre et renforcer les actions de prévention primaire et de réduction des risques chez les jeunes.
- 2) Poursuivre et renforcer les actions existantes notamment en matière de consommation d'alcool dans les milieux étudiants et festifs.
- 3) Poursuivre les actions existantes en matière de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues licites et illicites en milieu festif, notamment les dispositifs fixes et mobiles d'analyse de produits (« testing ») permettant d'entrer en contact avec l'utilisateur, de lui fournir une information adaptée et d'établir un premier lien avec le secteur psycho-médico-social. Ce dispositif doit également alimenter le système d'alerte précoce⁵⁶.
- 4) Développer des actions spécialement destinées aux publics vulnérables et dans des milieux de vie où les situations de consommations et les modes de consommations génèrent des prises de risques spécifiques notamment pour les infections VIH et VHC (milieu de la rue, pratiques de consommation combinées à des pratiques sexuelles à risques principalement). La pratique

⁵⁶ Système d'Alerte Précoce (Early Warning System – EWS) est un projet de niveau national dans le cadre de l' « Action commune du 16 juin 1997 fondée sur l'article K.3 du traité de l'Union européenne, relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles drogues de synthèse ». La mise en œuvre belge de l'EWS dépasse les seules drogues de synthèse pour s'intéresser aux nouvelles drogues en général et aux nouveaux modes de consommation ou nouvelles concentrations de drogues connues (y compris légales) entraînant des risques accrus pour le consommateur. <http://eurotox.org/activites-deurotox/sous-point-focal-oedt/early-warning-system/>

de l'injection de drogues est particulièrement visée. Dans ce cadre, il s'agit principalement de :

- favoriser et augmenter l'accès au matériel stérile d'injection et de consommation (modalité d'accès, bornes d'échange de seringues, kits d'injection en pharmacie, couverture géographique, localisation, diversification du matériel de consommation et de Réduction des Risques...);
- favoriser la collaboration et la complémentarité des acteurs en faveur de publics qui combinent des situations de vulnérabilité et/ou de prises de risques ;
- poursuivre les concertations liées à l'implémentation de dispositifs complémentaires tels que les salles de consommation à moindre risque ;
- Analyser les possibilités de soutenir les pratiques innovantes scientifiquement validées telles que l'Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection (AERLI).

5) Développer le recueil de données coordonnées entre l'ensemble des intervenants et des services concernés, c'est-à-dire : 1)) Assurer un monitoring sociologique et soutenir le développement d'indicateurs pertinents et le recueil de données (quantitatives et qualitatives) relatifs aux différentes problématiques des usages de drogues licites et illicites à l'échelle bruxelloise ; 2) Participer au système d'alerte précoce en informant les acteurs et les usagers ; 3) analyser les possibilités de collaboration au sujet du recueil des données « drogues » bruxelloises ; 4) participer à la réalisation d'un état des lieux des besoins et de l'offre de services à l'échelle régionale.

6) Contribuer à la lutte contre la stigmatisation des usagers de drogues de manière transversale.

MOYENS
<p>Concertation interministérielles :</p> <p>(1) FWB (Enseignement, ONE-PSE), extrascolaire (Aide à la jeunesse-AMO), etc.</p> <p>(4) Fédéral (CIM), Région (Plan Global de Sécurité et de Prévention), Cocom (Santé), concernant les modifications du cadre légal afin de permettre la mise en place de salles de consommation à moindres risques à Bruxelles.</p> <p>(5) Région et Cocom afin de favoriser les collaborations et complémentarités concernant le recueil de données en matière de drogues.</p>
<p>(1) Appel à candidature du Service d'accompagnement : Intégration dans l'opérationnalisation des missions telles que définies par le Décret : soutien à la concertation entre secteur promotion de la santé et secteurs scolaire et extra-scolaire et mise à disposition de ces secteurs des ressources disponibles.</p>
<p>(1)(2)(3)(4) Appel à projets-acteurs</p>
<p>(2)(3) Appel à réseau 4 « milieu festif » : les missions principales du réseau seraient 1) coordonner les « actions réduction des risques liés à l'usage de drogues licites et illicites et de promotion de la santé sexuelle en milieu festif » sur le territoire bruxellois, 2) identifier et former de nouveaux intervenants par un partage des compétences et des expertises, 3) développer des interventions coordonnées de promotion de la santé en milieu festif, 4) favoriser l'implication de tous les acteurs de la fête, usagers comme</p>

professionnels et le travail en réseau avec les gérants des lieux, des organisateurs d'événements, des associations ou des autorités locales, 4) faire remonter les besoins, analyses, constats, vers les instances, services et institutions concernées.

(5) Appel à service de support 7 « Soutien aux acteurs en matière de prévention de l'usage de drogues et de réduction des risques »



Priorité 8 : Favoriser et promouvoir la santé au sein des divers milieux de vie des jeunes



Stratégies et Moyens de mise en œuvre

1) Soutenir les actions de promotion de la santé menées selon des approches globales ou à partir des thématiques prioritaires du Plan, au sein des divers milieux de vie des jeunes, en privilégiant les stratégies indirectes telles que l'accompagnement et la formation des acteurs de ces milieux.

2) Développer des synergies entre la promotion de la santé et les entités compétentes pour les divers milieux de vie des jeunes, notamment le milieu scolaire et les services PSE.

MOYENS
(1) Appel à projets-acteurs
(2) Concertation interministérielles : FWB (Enseignement, ONE-PSE), extrascolaire (Aide à la jeunesse-AMO), etc.
(1)(2) Appel à candidature du Service d'accompagnement : intégration dans l'opérationnalisation des missions telles que définies par le Décret : soutien à la concertation entre secteur promotion de la santé et secteurs scolaire et extra-scolaire et mise à la disposition de ces secteurs des ressources disponibles.



Priorité 9 : Favoriser et promouvoir la santé en milieu carcéral



Stratégies et moyens de mise en œuvre

1) Soutenir la création de projets innovants en milieu carcéral, selon une approche pragmatique de ce milieu et des demandes et besoins de la population. Deux publics cibles sont identifiés : les professionnels en contact avec les détenus ou ex détenus et les détenus eux-mêmes. La prévention des IST, la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues, le renforcement des capacités des personnes à prendre soin d'elles-mêmes (*empowerment*) dans ce contexte défavorable à la santé, la formation des professionnels, le renforcement des collaborations et

de la transmission d'informations entre acteurs psycho-médico-sociaux et détenus sont des actions à privilégier.

- 2) Contribuer au renforcement de la cohérence des politiques de santé en milieu carcéral.

MOYENS
(1) Appel à projets-acteurs
(2) Concertation interministérielles : - Participation à la CIM intra-francophone créée par l'Accord de coopération du 23 janvier 2009 entre la FWB, la RW et la Cocof visant la coordination des politiques d'intervention en lien avec le milieu carcéral. - Participation à la CIM Santé publique, la Cellule générale de politique drogues, la Cellule politique santé drogues et soutien aux projets-pilotes « drogues et détention » du SPF Santé Publique.



Priorité 10 Favoriser et contribuer à promouvoir la santé des personnes en situations de vulnérabilité

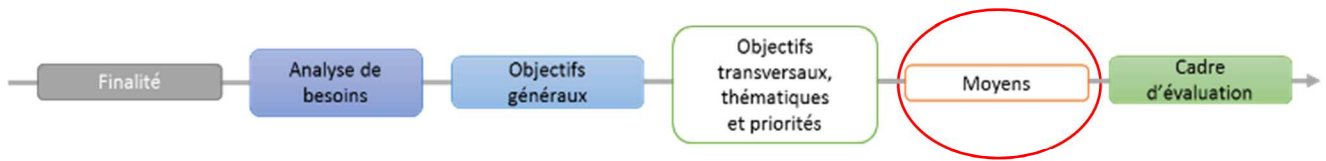


Stratégies et moyens de mise en œuvre

- 1) Au départ de diagnostics communautaires, développer des actions de santé globale dans des quartiers et sur des territoires dans lesquels on retrouve un cumul de vulnérabilités. Ces actions veilleront également à faciliter la concertation des acteurs psycho-médico-sociaux et institutionnels actifs sur ces territoires, autour de questions de promotion de la santé.
- 2) Soutenir la qualité des pratiques de santé communautaire et leur diffusion.
- 3) Développer des outils d'information adéquats pour les personnes migrantes/ayant vécu l'exil rencontrées notamment lors du travail de rue, pour favoriser prioritairement l'accès aux soins, la prévention des maladies transmissibles et la réduction des risques liés à l'usage de drogues.
- 4) Contribuer de manière transversale à la lutte contre les discriminations socio-culturelles dans les milieux de vie (quartiers).

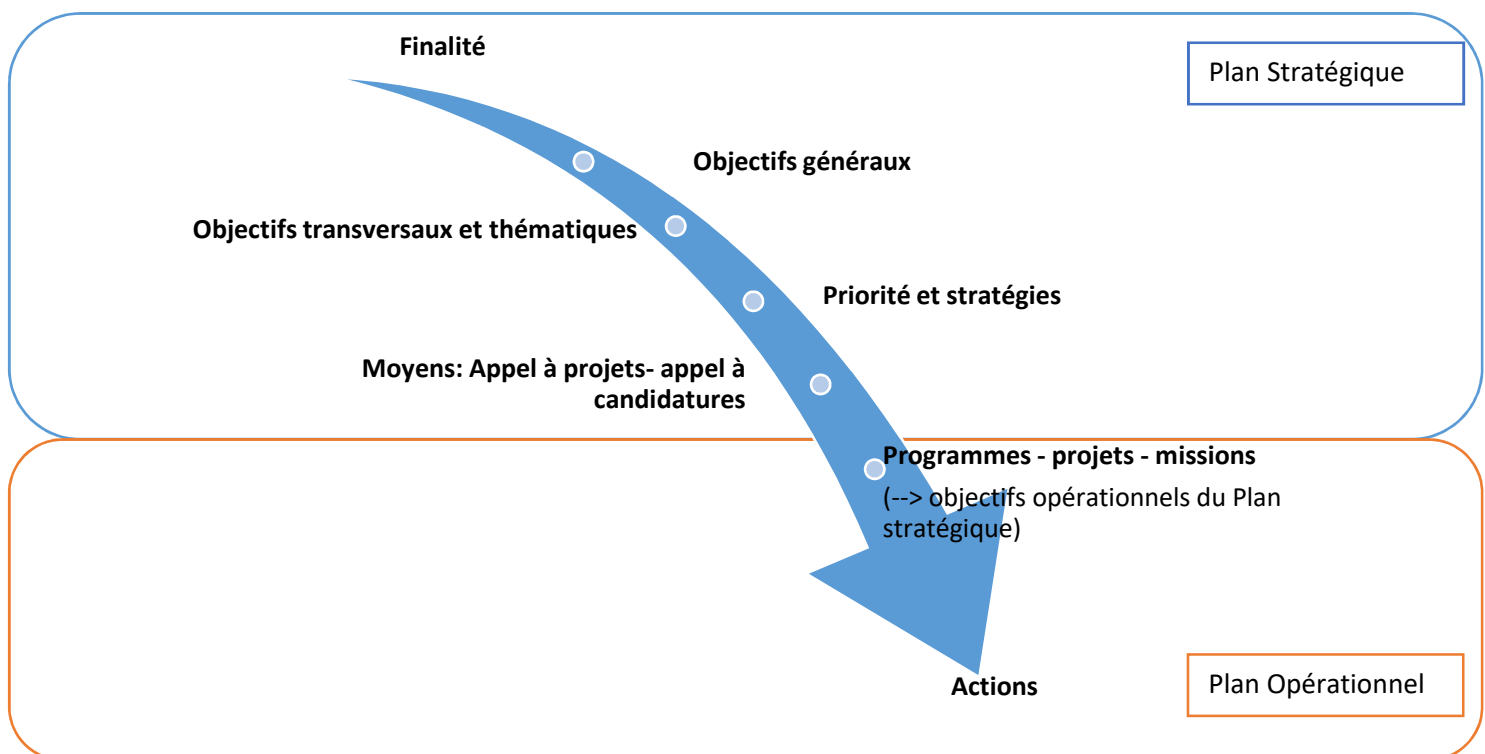
MOYENS
(1)(3) Appel à projets-acteurs
(2) Appel à candidature du Service d'accompagnement : Intégration dans l'opérationnalisation des missions telles que définies par le Décret, afin de soutenir la concertation intra- et intersectorielle des acteurs de santé communautaire, de favoriser l'échange de bonnes pratiques et de faire remonter les besoins, analyses et constats vers les instances, services et institutions concernés.
(3) Concertation interministérielle avec la Cocof (Action sociale).

7. Opérationnalisation du Plan de Promotion de la santé



7.1. Schéma du Plan stratégique et opérationnel intégré

Comme annoncé ci-dessus, les services et acteurs répondant aux priorités et stratégies du Plan, désignés par le Gouvernement francophone seront intégrés au Plan Stratégique et constitueront le Plan opérationnel.



7.2. Définitions : mission, programme, projet, action

Mission : ensemble d'actions et de tâches confiées à un service dans le cadre de sa désignation.

Programme : ensemble de projets combinés visant un objectif commun.

Projet :

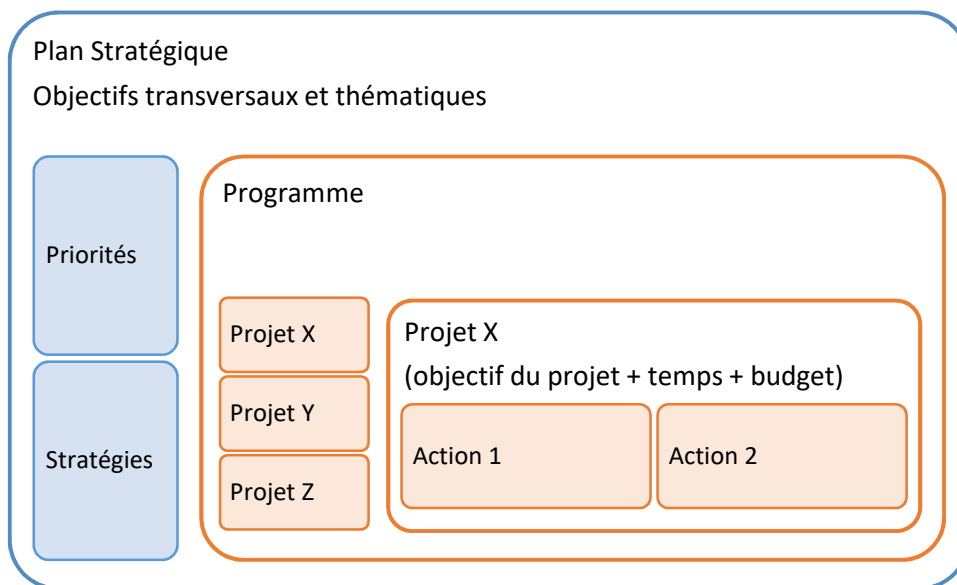
- ✓ Un projet s'inscrit dans un ou des objectifs transversaux et/ou thématiques du Plan.
- ✓ Un projet est un ensemble d'actions de promotion de la santé coordonnées et mises en rapport visant accomplir un objectif propre précis dans une période de temps définie au préalable tout en respectant un budget.
- ✓ L'objectif général du projet opérationnalise les priorités et stratégies du Plan de promotion de la santé.
- ✓ L'objectif général du projet présente un sujet + verbe actif + résultat

Action de promotion de la santé : (voir supra pour les principes d'action)

Les principales actions reconnues dans le cadre du Plan sont :

- accueillir, orienter, aller vers (travail de proximité, out-reaching) ;
- favoriser l'accès au matériel de prévention, d'information et aux infrastructures ;
- informer et sensibiliser ;
- former, renforcer les savoirs, compétences, aptitudes ;
- soutenir et organiser la participation des usagers, bénéficiaires, proches.
- accompagner des projets, équipes, personnes (2^{ème} et 1^{ère} ligne) ;
- travailler en réseau et en intersectorialité, assurer des fonctions de liaison ;
- récolter des données ;
- faire de la recherche et recherche-action ;
- évaluer ;
- développer des plaidoyers.

Schéma de l'intégration des projets et programmes au Plan Stratégique



7.3. Recommandations pour l'opérationnalisation du Plan stratégique

Les actions des services et acteurs désignés dans le cadre du Plan de promotion de la santé se concentreront sur :

- ⇒ les finalités du Décret de promotion de la santé : améliorer la santé et réduire les inégalités sociales de santé ;
- ⇒ la mise en œuvre effective des principes d'action propres à la promotion de la santé présentés plus haut ;

- ⇒ les approches basées sur les besoins des personnes⁵⁷ et des publics identifiés dans le Plan à partir d'une étude de la demande et d'un diagnostic communautaire, en tenant compte des cumuls de vulnérabilités ;
- ⇒ l'organisation de la participation effective des publics finaux à l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation des actions ;
- ⇒ les causes des problématiques et l'intégration des déterminants de la santé, la réduction des inégalités sociales de santé ;
- ⇒ les territoires, quartiers et milieux de vie dans lesquels se jouent ces vulnérabilités ou qui sont des leviers spécifiques pour l'action.

7.4. Récapitulatif des moyens mis en œuvre pour l'opérationnalisation du Plan Stratégique

7.4.1. Un service d'accompagnement

Art 6 :

Pour être désigné, le service d'accompagnement doit justifier de son aptitude à remplir les missions suivantes :

1° organiser et apporter, en concertation avec les services de support, l'aide méthodologique dans les démarches en promotion de la santé aux acteurs et aux relais, et mettre à leur disposition les ressources d'accompagnement disponibles, notamment en documentation, formation, outils et expertise;

2° accompagner et/ou coordonner des dynamiques qui soutiennent la promotion de la santé et ses méthodes de travail telles que le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire;

3° soutenir et coordonner des concertations rassemblant les acteurs et les relais, notamment sous la forme d'une plateforme.

7.4.2. Des services de support

Dans le cadre des missions définies par le Décret,

Art 7

Pour être désignés, les services de support doivent justifier de leur aptitude à apporter, sur la base de leur expertise, un support permanent en matière de formation, de documentation, d'évaluation, de communication, de recherche ou de recueil de données à l'instance de pilotage, aux acteurs et aux relais désignés dans le cadre du présent décret. Les missions de chaque service de support sont précisées dans des conventions qui accompagnent la désignation.

Ce support peut concerner :

⁵⁷ En accord avec le Plan conjoint en faveur des malades chroniques (op. cit.) et la philosophie de la promotion de la santé.

- une ou plusieurs thématiques de santé prioritaires définies dans le plan de promotion de la santé;
- une ou plusieurs méthodologies ou stratégies d'action définies dans le plan de promotion de la santé.

7.4.3. Des programmes de médecine préventive

Art 8

§ 1er. Le Collège fixe, pour une durée de cinq ans renouvelable, des programmes de médecine préventive, liés au plan de promotion de la santé et présentés sous forme d'un ou de plusieurs protocoles. Les programmes sont pilotés par un ou plusieurs centres de référence.

Par pilotage, on entend le fait de veiller à la réalisation des différentes étapes d'un protocole de médecine préventive, à savoir la programmation des actions, leur mise en œuvre, l'enregistrement des données, le suivi des actions et l'évaluation selon les indicateurs définis dans le protocole. Les programmes sont décidés et réalisés en adéquation avec les recommandations scientifiques validées internationalement. Ils prennent en compte l'expérience des professionnels de la santé et les valeurs et les attentes de la population.

§ 2. Les programmes sont, dans la mesure du possible, réalisés par, ou en concertation avec, les intervenants les plus proches de la population et dans la relation la plus continue avec elle, à savoir les médecins généralistes, le secteur ambulatoire et les services de proximité dans le champ de l'aide socio-sanitaire. Dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces programmes, il est en particulier tenu compte des populations qui connaissent une situation sociale, de santé ou économique défavorable.

Le service d'accompagnement peut être associé à l'accompagnement de ces programmes.

Le Collège désigne un ou plusieurs centres de référence pour assurer la mission visée à l'article 8, § 1er. Dans le cadre de cette mission, ces centres de référence contribuent aux travaux des organismes piliers et développent une expertise scientifique, la concertation avec les acteurs et la coordination avec les établissements et les personnes de droit public ou privé sans but lucratif visées à l'article 8, § 2.

Le Collège peut également désigner des établissements ou des personnes de droit public ou privé sans but lucratif, pour assurer la mission visée à l'article 8, § 2.

Dans le cadre de cette mission, ces établissements ou personnes de droit public ou privé sans but lucratif réalisent les actes de dépistage et les autres interventions de médecine préventive.

Conformément au Décret de Promotion de la santé, les centres des références sont désignés sans appels.

7.4.4. Des acteurs et des projets

Art11

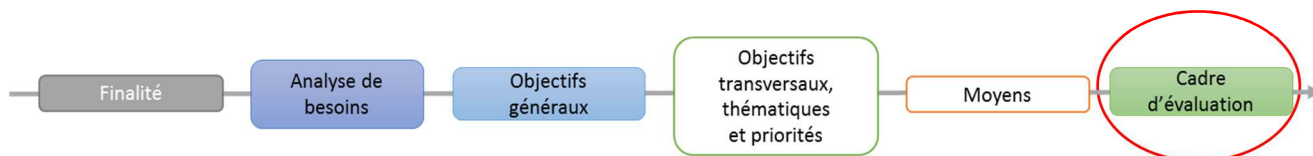
Sur la base du plan de promotion de la santé et après un appel à projets, le Collège désigne des acteurs et conclut avec eux des conventions de trois ans, renouvelables selon les modalités qu'il détermine.

7.4.5. Des réseaux

Art 12

§ 1er. Les réseaux de promotion de la santé sont des acteurs de promotion de la santé, tels que visés à l'article 11 en ce qu'ils contribuent au plan de promotion de la santé en améliorant la coordination, la complémentarité, l'intersectorialité, la pluridisciplinarité, la continuité et la qualité des activités en faveur de la population. Ils sont organisés sur une base géographique et/ou thématique.

8. Cadre de l'évaluation du Plan Stratégique et Opérationnel



L'évaluation est réalisée par et pour les intervenants, elle est respectueuse de leurs pratiques et ressources, elle est le gage de démarches dynamiques et de qualité. Elle associe les publics concernés par l'activité (usagers, bénéficiaires des services, publics-relais, publics-cibles).

L'évaluation :

1. concernera les degrés de réalisation des objectifs du plan opérationnel, conformément au Décret de promotion de la santé ;
2. visera à saisir comment les finalités du décret de promotion de la santé sont atteintes ;
3. visera à comprendre comment et pourquoi un projet ou programme fonctionne, ce qui fonctionne, pour qui et dans quels contextes (« *Realist Evaluation* ») ;
4. participera à l'objectif de transfert des connaissances et de diffusion de la promotion de la santé.

L'évaluation sera organisée à deux niveaux sur des temps différents :

1° : Au niveau du Plan Opérationnel : On vise une évaluation du degré de réalisation des objectifs opérationnels :⁵⁸ → 1) *Quelles sont les réalisations produites dans le cadre des projets, programmes, missions ... ?* 2) *Comment et en quoi ce qui est réalisé contribue aux objectifs visés ? Quels sont les éléments qui ont facilité, freiné, l'atteinte des objectifs du projet ou programme ?*

On entend par « réalisation » : « des activités, biens et services fournis directement par une intervention, bien délimités et concrets, mis en place pour atteindre les objectifs du projet ou du programme, et qui continueront à avoir une existence en dehors de celui-ci. Les réalisations peuvent

⁵⁸ Cfr décret Art 3 - §1

prendre la forme d'objets matériels (un outil d'animation, une brochure, une base documentaire...) ou immatériels (un réseau de partenaires, un programme de formation, etc.).⁵⁹ »

Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs d'évaluation des réalisations et atteinte des objectifs du plan opérationnels seront identifiés à 3 moments :

1. **Courant 2017** : Par les opérateurs lors de la remise des projets et candidatures ;
2. **Courant 2018** : Des concertations seront organisées entre opérateurs œuvrant dans le cadre d'une même thématique, méthodologie... pour dégager des indicateurs communs ;
 - **2019** : première année de récolte d'indicateurs coordonnés ;
3. **Fin 2018/2019** : L'instance de Pilotage du Plan de promotion de la santé collaborera avec l'ensemble du secteur et plus particulièrement les services de support et d'accompagnement pour déterminer une série d'indicateurs propres au secteur (toutes thématiques groupées). Ceux-ci pourront être agrégés, offrir une vision d'ensemble et participer à l'évaluation du plan stratégique et des degrés d'atteinte de ses objectifs.
 - **2020** : première année d'exploitation des données

Les données seront récoltées au travers essentiellement des rapports d'activités. Les services de support et d'accompagnement désignés participeront activement au développement des canevas des rapports d'activités et des récoltes de données nécessaires.

1° : Au niveau du Plan Stratégique :

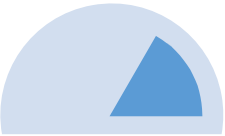
- **2022/2023** : en collaboration avec les opérateurs et organismes piliers, l'Administration analysera le degré de réalisation du Plan stratégique. Cette analyse contribuera à l'élaboration du projet de Plan stratégique 2023-2027.

⁵⁹ Education santé « Vers le succès de l'évaluation en promotion de la santé » novembre 2012

Juin 2017(dates à préciser)
Le Plan, les appels à projets et à candidatures sont publiés.



Septembre 2017 (dates à préciser).
Remise des projets et candidatures



L'Administration et parallèlement, la Section promotion de la santé du Conseil Consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé analysent les dossiers.



Janvier 2018 - La Ministre et le Gouvernement francophone bruxellois désignent les organismes piliers et acteurs



Les projets et candidatures sont intégrés au Plan
--> Le Plan Stratégique et Opérationnel de promotion de la santé est constitué



Janvier 2018 - Démarage effectif du Dispositif de promotion de la santé



10. Bibliographie et références

Articles - rapport et analyses

- Action Communautaire en santé - un outil pour la pratique – décembre 2013
- « Animer un processus de transfert des connaissances – Bilan des connaissances et outil d’animation » Direction de la recherche, formation et développement – Institut National de Santé Publique Québec- Octobre 2009 Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l’Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.
- Bilan 2016 des indicateurs de développement durable – Bureau Fédéral du Plan – juin 2016
- Education santé « Vers le succès de l’évaluation en promotion de la santé » novembre 2012
- Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d’excision en Belgique (résumé), 2014 - Mise à jour au 31 décembre 2012 – SPF Santé Publique
- Etude préparatoire à l’élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise : Rapport final. Cremers A., Coppieters Y. Projet Cocof / Ecole de santé publique de l’ULB, Bruxelles, septembre 2012
- Inégalités en santé - Recommandations politiques. Recommandations du groupe de travail ‘Inégalités en santé’ de la Fondation Roi Baudouin à l’intention des différentes autorités politiques en Belgique – FWB 2007.
- « Le concept de vulnérabilité » Axelle Brodiez-Dolin, février 2016
- Naître Bruxellois(e) - Indicateurs de santé périnatale des Bruxellois(es) 2000-2012 - Dossier 2015/2 - Observatbru, 2015
- Pollution atmosphérique en région de Bruxelles-Capitale : constats. BRUXELLES ENVIRONNEMENT-IBGE, Collection fiches documentées, thématique air, 2015.
- Proposition d’un cadre stratégique pour promouvoir une alimentation favorable à la santé, une activité physique régulière, une consommation d’alcool responsable et une réduction du tabagisme. Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles (ULB). Avril 2017
- Tableau de Bord de la Santé 2016 – mise à jour 2017. Observatbru.org
- Baromètre social – Rapport Bruxellois sur l’état de la pauvreté 2016 – Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles Observatbru.org
- ZOOM : Santé périnatale. Des inégalités dès la naissance, FRB, février 2017

Déclarations politiques et documents officiels

- Charte d’Ottawa
- « Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIème Siècle » - juillet 1997
- Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents. SPF Santé Publique, 2016
- Mémoire « Vers des soins de santé à part entière pour les détenus et les internés en Belgique » groupe de réflexion « Soins et détention » émanant du Direction générale Soins de santé du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, juillet 2014.
- Préambule à la Constitution de l’Organisation mondiale de la Santé - 19 juin -22 juillet 1946
- Plan conjoint en faveur des malades chroniques. Des soins intégrés pour une meilleure santé. 2015 SPF Santé Publique.

- Programme d'action national visant à lutter contre les inégalités de santé en Belgique de la Commission Interdépartementale pour Développement Durable
- Une vision stratégique fédérale à long terme pour un développement durable – horizon 2050 – SPF Santé Publique, sécurité de la chaîne alimentaire, environnement
- « Rapport parlementaire relatif à la santé et la promotion de la santé en milieu carcéral en Commission de la Santé » Véronique Salvi - députée wallonne - mars 2017.
- Stratégie de coopération avec les pays OMS – Belgique 2016-2022
- Vers des soins de santé interculturels : Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques – V. Lorant, I. Derluyn, M. Dauvrin, I. Coune, H. Verrept - Décembre 2011

Site web

- Lentilles ISS – Fondation Roi Baudouin → www.inegalitesdesante.be
- CLPS du Brabant-Wallon → https://www.clps-bw.be/qui-sommes-nous/copy_of_promotion-de-la-sante
- OMS : Cancer/Aide-mémoire N°297/Février 2017 → www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/
- Université Canadienne UOttawa www.med.uottawa.ca/sim/data/Health_Promotion_f.htm
- « Vers un système alimentaire durable en Région de Bruxelles-Capitale. » La Stratégie bruxelloise Good Food → www.goodfood.brussels/fr/content/strategie-good-food
- Système d'Alerte Précoce (Early Warning System – EWS) → [//eurotox.org/activites-deurotox/sous-point-focal-oedt/early-warning-system/](http://eurotox.org/activites-deurotox/sous-point-focal-oedt/early-warning-system/)

Autres sources

- «La démarche communautaire en Promotion de la santé à Bruxelles : éléments pour la rédaction du plan stratégique de Promotion de la santé à Bruxelles. » Fédération Bruxelloise de promotion de la santé asbl - Mars 2017
- Note de travail « Réunion de concertation santé des migrants pour le plan de promotion de la santé Cocof » asbl Cultures et santé, février 2017.
- Note de synthèse « Diagnostic épidémiologique de l'usage d'alcool et de drogues en Région bruxelloise » – asbl Eurotox - mars 2017
- Note stratégique du CPAM pour la promotion de la santé sexuelle et plus particulièrement la prévention des VIH/vhc/ist dans la Région de Bruxelles-Capitale - mise à jour 2018/2023
- Présentation PPT « Indicateurs de pauvreté et d'inégalité de santé en Région bruxelloise » Marion Englert (Observatoire de la Santé et du Social) Myriam De Spiegelaere (Ecole de Santé publique ULB). Janvier 2017