

PROMOU- VOIR LA SANTÉ

EN RÉGION BRUXEL- LOISE

Concepts
Principes
Méthodologie



CONCEPTS & PRINCIPES

P.08 › 11

01

LA SANTÉ, QU'EST-CE QUE C'EST ?

- 1.1 Concrètement,
ça veut dire quoi ?
- 1.2 Qu'est-ce que ça change ?

P.12 › 16

02

NOTRE SANTÉ, NOTRE RESPONSABILITÉ ?

- 2.1 Pourquoi un tel discours
pose-t-il problème ?
- 2.2 Est-ce que nos comportements
de santé ne proviennent
que de choix éclairés ?
Un exemple d'influence
des déterminants de santé

P.18 › 23

03

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : DE QUOI PARLE-T-ON ?

- 3.1 Quelle différence existe-t-il
entre inégalités sociales
et inégalités sociales de santé ?
- 3.2 S'agit-il juste d'inégalités
entre les plus pauvres
et les plus riches ?
- 3.3 Un exemple d'inégalité sociale
de santé à Bruxelles: le diabète

P.24 › 27

04

CONCLUSION : ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS TOUT ÇA ?

- 4.1 Vous avez dit Promotion
de la santé ?

MÉTHODO- LOGIE

P.30 › 33

01

LES STRATÉGIES DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

- 1.1 Le cadre Bruxellois
- 1.2 Le cadre d'action dans lequel s'inscrit la promotion de la santé
- 1.3 Un large éventail de pratiques au sein d'un grand nombre de milieux

P.48 › 49

03

QUELS SONT LES ENJEUX FUTURS POUR LE SECTEUR DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ?

P.34 › 47

02

ET EN PRATIQUE ÇA DONNE QUOI?

- 2.1 Entretien avec Cultures&santé: Accompagnement dans l'évaluation d'un outil de littératie en santé « des pictogrammes pour parler à son pharmacien »
- 2.2 Entretien avec Eurotox: Observatoire socio-épidémiologique drogues & alcool
- 2.3 Entretien avec le GAMS Belgique: Focus sur le projet Mutilations génitales féminines, approche inclusive de prévention et de promotion de la santé sexuelle
- 2.4 Entretien avec Femmes & santé: intégrer le genre transversalement dans les pratiques

INTRO- DUCTION

En Belgique, le secteur de la promotion de la santé est, depuis de nombreuses années, reconnu comme proposant une démarche pertinente pour améliorer la santé des populations. Malgré cela, le secteur gagnerait certainement à être davantage connu et reconnu de toutes et tous.

En effet, l'appellation «promotion de la santé» prête parfois à confusion. Pour beaucoup, la promotion de la santé signifie «faire de la publicité pour la santé». Cette confusion est cependant très éloignée de ce que la démarche soutient.

La promotion de la santé rassemble des champs d'action, des publics et des stratégies variées ce qui peut créer des confusions, voire des tensions.

Face à ce constat, la Fédération Bruxelloise de promotion de la santé (FBPSanté) a souhaité concevoir une brochure qui permette à chacun·e (étudiant·e-s, professionnel·le-s du secteur social-santé ou autre, bénévoles ou encore politiques) de mieux comprendre la richesse de ce secteur et de cette approche de santé publique.

De manière globale, de nombreuses institutions nationales, européennes, internationales, etc. mettent en lumière l'importance de se consacrer, non pas uniquement aux soins curatifs, mais également aux conditions de vie, aux milieux de vie et aux compétences des personnes, c'est-à-dire à tout ce qui détermine la santé. Encore faut-il s'entendre sur ce que la santé signifie.

Dans les pages qui suivent, vous découvrirez différents concepts et approches essentiels au travail du secteur. Vous aurez également l'occasion de comprendre la place qu'occupe, tout du moins que devrait occuper, le secteur dans le système de santé.

Nous vous proposons également une visite des champs d'intervention à partir de projets concrets menés par certain·e-s de nos membres.

Finalement, on jettera un coup d'œil sur les enjeux futurs auxquels le secteur de la promotion de la santé doit faire face.

En espérant que vous y trouviez, toutes et tous, des réponses, des idées inspirantes ou des informations pratiques et utiles pour vos projets. Mais surtout que vous nous rejoigniez pour rendre possible la mise en œuvre de la promotion de la santé...



CONCEPTS & PRINCIPLES



LA SANTÉ, QU'EST-CE QUE C'EST ?

La santé, une notion qui imprègne notre quotidien
sans offrir une signification claire de ce que ça signifie

01

Beaucoup d'entre nous associent la santé à l'absence de maladie. Pourtant la santé c'est beaucoup plus que cela... Chaque société, selon les époques, détermine sa vision de la santé en fonction de nombreuses dimensions (types de connaissances médicales, économiques, technologiques, politiques, idéologiques, etc.). Aujourd'hui, nous commençons seulement à envisager la santé non plus uniquement sous le prisme de la maladie (sa présence ou son absence) mais bien comme état de bien-être global dans notre corps, notre tête et dans nos rapports aux autres.¹

CONCRÈTEMENT, ÇA VEUT DIRE QUOI ?

Cette définition élargie de la santé reconnaît l'environnement social, économique, politique et culturel comme ayant un impact important sur l'état de santé, l'espérance de vie en bonne santé d'une population et des individus qui la composent.

On comprend que la santé devient une ressource de la vie quotidienne qui met l'accent sur les ressources sociales, personnelles et sur les capacités physiques et psychologiques des individus ou des groupes.²

Dans la Charte d'Ottawa signée par la Belgique en 1986, première conférence internationale pour la promotion de la santé, la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social et pour y parvenir, l'individu ou le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter.³

QU'EST-CE QUE ÇA CHANGE ?

Ce qui change fondamentalement, c'est que pour améliorer notre santé il faut intervenir sur **l'ensemble de facteurs** qui l'influencent.

On sait que les conditions de vie influencent jusqu'à 80% la santé globale des populations: Vivre dans un logement décent, avoir accès à un environnement de vie sain, pratiquer des activités valorisantes, l'absence de stress, le sentiment de sécurité,... sont autant de facteurs psychosociaux et socio-économiques qui impactent notre santé.

Le secteur de promotion de la santé s'inscrit pleinement dans cette vision de la santé définie comme:

- **Globale** car elle recouvre des dimensions physique, sociale et mentale
- **Positive** car elle n'est pas simplement l'absence de maladie mais aussi une **ressource** pour répondre à nos aspirations
- **Multifactorielle** car elle est déterminée par de nombreux **facteurs** qui génèrent des vécus différents: logement, environnement, éducation, travail,...

C'est pourquoi, agir dans une démarche de promotion de la santé c'est...

- Prendre en compte et **agir sur les déterminants qui influencent la santé**: les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux et biologiques de la santé.
- Contribuer à la **réduction des inégalités sociales de santé** en agissant sur les comportements individuels, l'environnement et la responsabilité sociale.
- Donner les moyens aux populations d'exercer un plus grand contrôle sur leur santé et sur les déterminants de la santé.

« Femmes & Santé s'est inscrite dans la démarche de promotion de la santé parce que c'était une manière de pouvoir aborder la santé des femmes de manière globale. Comme le dit l'OMS, la santé n'est pas simplement l'absence de maladie mais un état de bien-être. [...] Nous ne nous inscrivons pas dans une approche clinique ou curative de la santé. »

LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA SANTÉ

25 %

LE SYSTÈME DE SOINS

50 %

ENVIRONNEMENT SOCIAL ET ÉCONOMIQUE

15 %

LES FACTEURS BIOLOGIQUES

10 %

L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Source : Canadian Institute for Advanced research cité dans INSPQ, 2017, « déterminants de la santé » [en ligne], inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante



NOTRE SANTÉ, NOTRE RESPON- SABILITÉ ?

La santé : de la responsabilité individuelle
aux déterminants sociaux

02

Au sein de notre société, il existe une tendance à faire reposer toute la responsabilité de son devenir sur l'individu. Le postulat de base est qu'il existerait une relative égalité des chances de départ entre tous les individus. De ce fait, il relèverait de la responsabilité de chacun de trouver les voies de son épanouissement, d'une vie meilleure, plus saine.

Les discours de la médecine ont tendance à s'inscrire dans une démarche de moralisation et de responsabilisation de l'individu par rapport à ses comportements, ses modes de vie, etc.⁴ L'individu est appelé à prendre sa vie en main et faire un « choix »⁵ entre des « bons » et des « mauvais » comportements de santé. Si c'est une conduite qui nuit à la santé qui est adoptée (exemple : fumer), la personne fait preuve, aux yeux de la société, d'une faiblesse morale car étant incapable de s'autogérer face aux normes dominantes en vigueur⁶.

Finalement, c'est comme si, en tant que personne, nous n'étions influencés par rien et que nos choix étaient toujours libres et rationnels.

Dit autrement, si tu vas mal, c'est de ta faute !

Mais donc... On meurt plus jeune à Schaerbeek qu'à Woluwé-St-Pierre uniquement à cause de notre comportement individuel ?

Entre les communes les plus pauvres et les communes les plus aisées de Bruxelles, l'écart en termes d'espérance de vie des habitant·es se situe entre deux et trois ans.⁷

POURQUOI UN TEL DISCOURS POSE-T-IL PROBLÈME ?

Aujourd'hui, on le sait, des différences de santé sont observées entre des individus ou des groupes d'individus en fonction de plusieurs facteurs tels que l'âge, le revenu, le sexe, le genre, les habitudes de vie, le milieu culturel,...

Tous ces facteurs font partie de ce que l'on appelle plus couramment les **déterminants de la santé**.

Selon l'OMS, les déterminants de la santé peuvent se définir comme les « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations »⁸.

Autrement dit, ce sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face aux maladies⁹. **Ces déterminants influencent les opportunités qu'a un individu ou un groupe d'être en bonne santé à des hauteurs, des moments et de manières différentes.**

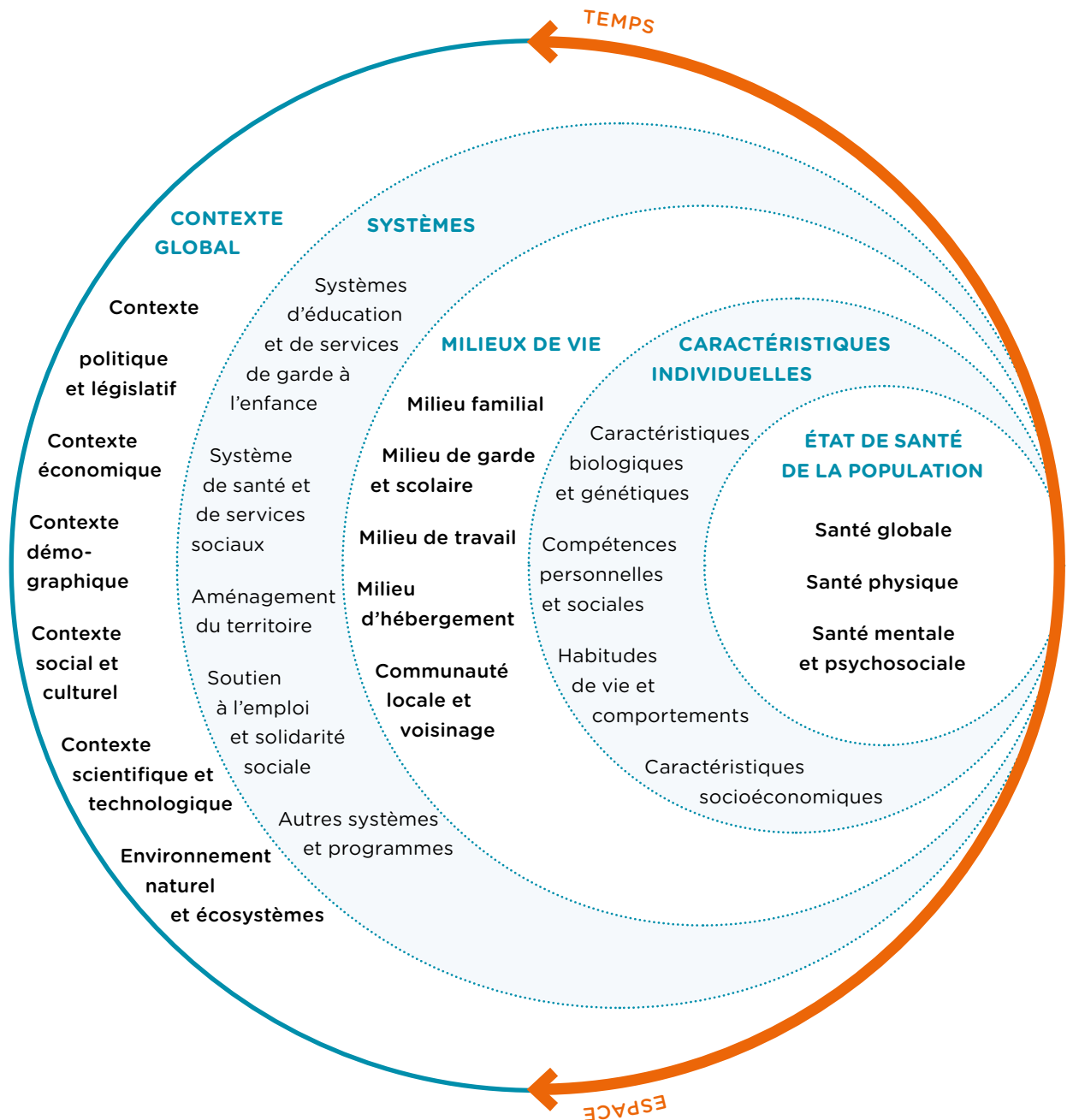
Les déterminants de la santé sont d'ordres et de grandeurs différentes. Ils concernent les caractéristiques individuelles, les milieux de vie (les environnements dans lesquels on vit) et sont influencés par les systèmes et le contexte global dans lequel les individus évoluent.

Comme on le voit, il serait extrêmement réducteur de cantonner la santé à des facteurs comportementaux et biologiques quand on observe la diversité des facteurs qui déterminent la santé.

On constate que les déterminants de la santé ne sont que l'expression de la position sociale dans laquelle l'individu se trouve et sur laquelle il n'a que peu ou pas de prise. Finalement, personne n'a choisi la position sociale qu'il occupe dans la société et celle-ci est souvent déjà déterminée avant la naissance.

« La promotion de la santé s'avère également un bon espace pour se questionner comme personne dans un plus grand système, dans un contexte. Cela évite de penser que tout ce qui nous arrive n'est lié qu'à nous, à nos choix et comportements de santé, et met en exergue que la santé est aussi une résultante du contexte dans lequel nous vivons et, de ce qu'on appelle, les déterminants de la santé. »

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ



Source : adapté de Les déterminants de la santé (Québec. MSSS, 2016)

EST-CE QUE NOS COMPORTEMENTS DE SANTÉ NE PROVIENNENT QUE DE CHOIX ÉCLAIRÉS?

Un exemple d'influence des déterminants de santé

La commune de Uccle est une commune que l'on peut considérer comme «verte», elle est pourvue de plusieurs parcs ainsi que de plusieurs centres sportifs. Le trafic n'y est pas dense. La qualité de l'air y est bonne et les nuisances sonores sont peu présentes. Imaginons une personne A qui y vit et qui a donc accès à ces différents espaces qui lui permette de se promener, de pratiquer des activités sportives, de rencontrer ses ami·e·s, etc. Cette personne est moins sujette à l'inhalation de particules néfastes et a, certainement, moins de stress occasionné par une pollution sonore permanente.

La commune de Saint-Josse-ten-Noode, quant à elle, est davantage «urbaine». Les espaces verts sont peu nombreux, il y a une densité de trafic bien plus importante avec son lot de nuisances sonores et de pollution. Prenons maintenant une personne B qui vivrait dans cette commune, il est probable qu'elle vive dans un appartement (probablement inadapté), qu'elle n'ait pas d'accès direct à des espaces verts pour se promener ou pratiquer des activités physiques avec le risque d'une certaine sédentarité. Elle est sujette à beaucoup plus de pollution qui impacte sa santé et surtout à beaucoup plus de nuisances sonores qui, dans certains cas, peuvent occasionner un niveau de stress important.

Dans l'un ou l'autre cas, les deux personnes sont confrontées à des facteurs déterminant leur santé. Dans le cas de la personne A, ils ont fonctionné comme des **facteurs protecteurs** (c'est-à-dire qu'ils ont une influence positive sur la santé). Dans le cas de la personne B, ces déterminants ont fonctionné comme **facteurs de risque** pour la santé (influence négative sur la santé).

L'existence de grandes disparités et inégalités dans l'aménagement du territoire bruxellois marque la nécessité d'envisager l'aménagement des espaces par le prisme de la santé.

«[...] nous assistons à une évolution partant d'une approche centrée sur les facteurs individuels et les comportements, et s'élargissant vers une prise en compte de l'influence des milieux sur la santé d'une manière interactive : d'une part les milieux ont une influence directe sur la santé, et d'autre part ces milieux influencent les choix et possibilités des personnes pour améliorer leur santé et leur bien-être¹⁰ ».

Déménager n'est qu'une solution temporaire, alors qu'offrir à tou-te-s l'accès à des logements de qualité, abordables, à des espaces verts et à une qualité de vie sans nuisances est une solution durable. **Pour cela, il faut des choix politiques, une culture et des valeurs sociétales qui favorisent de telles décisions.**

En conclusion, la plupart des problèmes de santé relèvent de l'interaction entre plusieurs facteurs: prédispositions génétiques, ressources financières, sociales, comportements individuels, environnement familial, contexte économique, culturel, politique, etc.

Nous sommes donc très loin d'être les seul-e-s responsables de notre santé.

Mais attention car pas totalement responsable n'est pas égal à absence de pouvoir d'agir chez les groupes ou individus. Ce qui est sous-entendu ici c'est que pour permettre aux populations et individus de pouvoir agir sur leur santé et ses déterminants, il faut leur assurer les conditions de possibilités de faire des choix éclairés relatifs à leur santé.



LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ: DE QUOI PARLE-T-ON?

Impact des inégalités sociales sur la santé:
des inégalités systématiques évitables et injustes

03

Bien que les politiques sociales des dernières décennies ont favorisé un accès relativement équitable aux soins de santé et que notre système santé soit de haut niveau (accès et qualité), Cela n'a pas pour autant favorisé un accès à LA santé¹¹. Une amélioration générale du niveau moyen de santé se constate dans la plupart des pays européens. Pourtant, parallèlement à cette amélioration, on observe une aggravation de ce que l'on nomme les inégalités sociales de santé.

QUELLE DIFFÉRENCE EXISTE-T-IL ENTRE INÉGALITÉS SOCIALES ET INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ?

Les inégalités sociales de santé (ISS) se réfèrent aux différences d'état général de santé entre des personnes ou des groupes sociaux.

On parle d'inégalité sociale de santé quand il y a une différence systématique, évitable et considérée comme injuste dans l'incidence de problèmes de santé entre des groupes sociaux.¹²

Les inégalités de santé se réfèrent, quant à elles, aux inégalités dites « naturelles » sans que le social n'ait d'impact dessus (exemple : je nais avec un problème au cœur et pas ma voisine). Par contre, on parle d'inégalités **sociales** de santé quand les personnes de différentes couches sociales ne possèdent pas la même égalité des chances pour atteindre leur niveau de santé optimal¹⁴.

Ces disparités sont dues à une distribution inégale et injuste des **déterminants** de la santé entre les groupes sociaux¹⁵.

(cf. chapitre précédent.)

C'est le cumul de ces différences entre individus qui explique les inégalités qui existent entre individus et entre groupes.

Les inégalités sociales de santé se développent et s'accroissent tout au long de la vie

Un nouveau-né dont la mère vit à Uccle a une espérance de vie de 85 ans, tandis que l'espérance de vie d'un nouveau-né dont la mère habite à Saint-Josse-ten-Noode est de 80 ans.¹³

S'AGIT-IL JUSTE D'INÉGALITÉS ENTRE LES PLUS PAUVRES ET LES PLUS RICHES ?

Les ISS ne se réduisent pas à une opposition entre catégorie des plus pauvres *versus* les autres. Elles se distribuent selon ce que l'on nomme le **gradient social**.

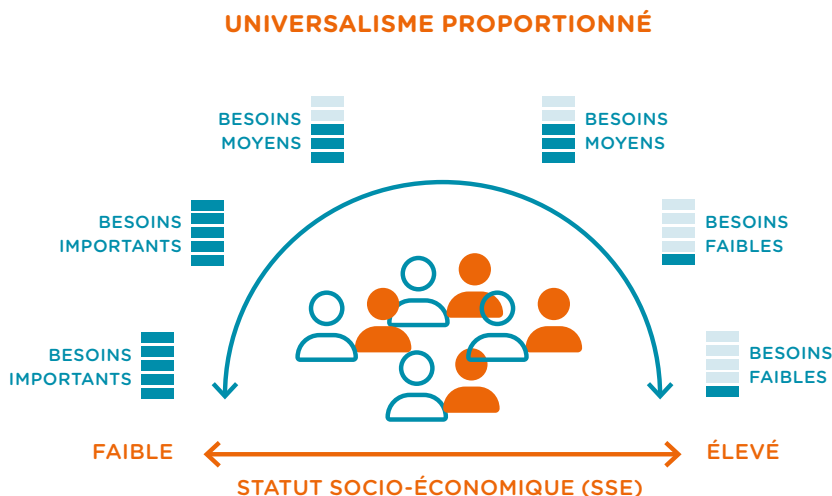
L'idée générale est que les ISS suivent une courbe (plus ou moins régulière) où chaque catégorie sociale présente un taux de mortalité/morbidité plus élevé que la classe sociale supérieure. Donc ceux au sommet de la pyramide sociale (avec un niveau socioéconomique élevé) jouissent d'une meilleure santé que ceux directement en dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux juste en dessous et ainsi de suite¹⁶.

C'est parce qu'il existe une régularité stupéfiante dans la présence des inégalités sociales de santé entre groupes sociaux que l'on peut réellement parler d'injustice face à la santé. Didier Fassin dit des inégalités sociales de santé qu'elles « *correspondent à l'inscription dans le corps des inégalités produites par la société. Elles sont l'aboutissement des processus par lesquels le social passe sous la peau* »¹⁷.

C'est notamment pour cela que la réduction du gradient des ISS suppose la mise en place d'un **universalisme proportionné**.

Cette notion d'universalisme proportionné met l'accent sur une intervention qui soit proportionnelle aux besoins des populations concernées et à leur état de santé.

En résumé, une telle approche « *permettrait de prendre en compte le gradient de santé dans l'ensemble de la population et pas seulement les groupes les plus pauvres ou les plus exclus.* »¹⁸



UN EXEMPLE D'INÉGALITÉ SOCIALE DE SANTÉ À BRUXELLES: LE DIABÈTE

À Bruxelles, les inégalités sociales de santé sont particulièrement marquées notamment du fait d'une ségrégation territoriale importante.

En effet, on retrouve en Région bruxelloise à la fois les quartiers les plus pauvres et les plus riches de l'ensemble du Royaume.

Afin de mieux comprendre comment déterminants de la santé et inégalités sociales de santé sont liés, nous avons fait le choix de nous consacrer à un problème de santé particulièrement présent dans notre pays.

Le diabète fait partie des maladies chroniques dites «non transmissibles» et constitue une cause majeure de morbidité et de mortalité prématurée dans le monde¹⁹. La plupart des individus sont atteints de diabète de type 2 et souvent il s'accompagne d'autres problèmes de santé.

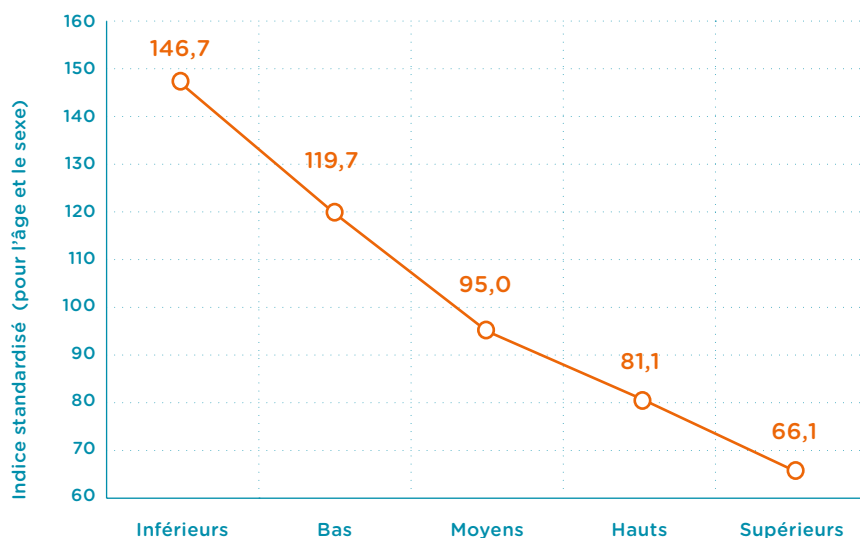
À côté d'une lecture biomédicale individuelle (qui se centre sur le corps, les symptômes et les comportements individuels), différents liens ont pu être établis entre le diabète de type 2 et le niveau socio-économique des individus.

À Bruxelles, les personnes ayant une position socioéconomique moins favorisée seraient systématiquement plus traitées pour un problème de diabète.

Ces inégalités sociales de santé s'expliquent par le fait que les personnes avec une faible position socioéconomique cumulent différents handicaps en matière de santé ainsi que d'accès aux soins²⁰.

Là où le revenu est le plus bas, il y a une plus grande proportion de personnes touchées par le diabète.

DIABÈTE SELON LE NIVEAU DE REVENU RÉGION BRUXELLOISE, 2016



Source : adapté de Observatoire de la santé et du social (2019), « tous égaux face à la santé à Bruxelles? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé » Commission communautaire commune.

**Pour mieux comprendre,
repreons l'exemple de nos deux
communes: Saint-Josse et Uccle.**

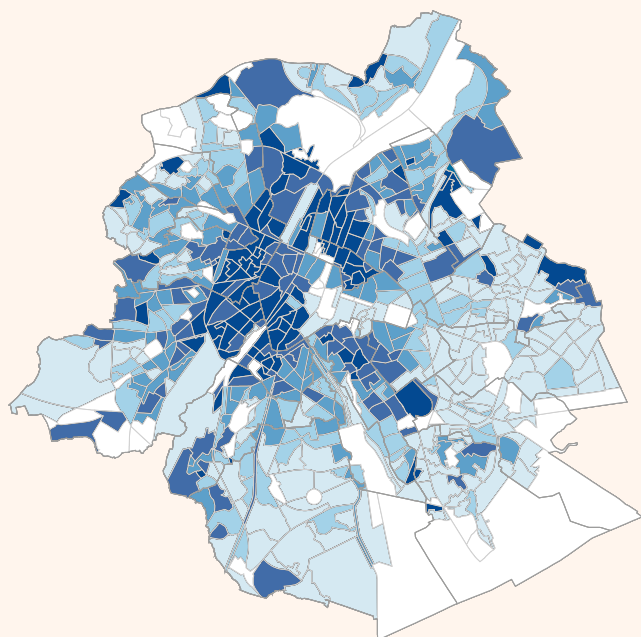
Le revenu moyen à Saint-Josse est le plus faible de la région tandis que le revenu moyen à Uccle est un des plus élevés de la région. De telles inégalités de revenus ont des conséquences sur l'accès à une nourriture saine et équilibrée. Dans un ménage à bas revenu, le budget alimentaire pourra baisser si la nécessité économique s'en fait ressentir, par exemple en diminuant l'achat de fruits et légumes (relativement plus chers que les féculents). Cette différence dans l'alimentation va entraîner une différence dans le taux d'obésité et de surpoids, facteurs de risque du diabète.

La sédentarité est également un facteur de risque du diabète. La plupart des organismes de santé considèrent que certains aménagements urbains (présence de trottoirs, de parcs accessibles, de sentiers, de piscines, etc.) facilitent la pratique d'une activité physique. Comme nous l'avons déjà vu, il existe une nette inégalité d'aménagement entre les communes bruxelloises.

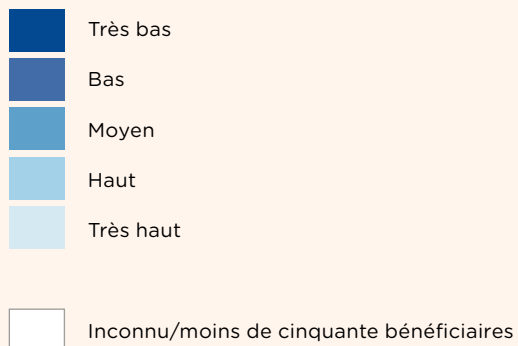
Nous pouvons donc voir qu'une distribution inégale des déterminants de la santé, ici les inégalités de revenus, d'aménagements et d'environnement, vont déterminer, par l'intermédiaire de comportements défavorables à la santé (alimentation déséquilibrée et sédentarité), une inégalité sociale de santé telle une prévalence plus élevée du diabète à Saint-Josse qu'à Uccle.

À Bruxelles, les personnes ayant une position socioéconomique moins favorisée seraient systématiquement plus traitées pour un problème de diabète.

RÉPARTITION DES GROUPES DE SECTEURS STATISTIQUES EN RÉGION BRUXELLOISE, 2016



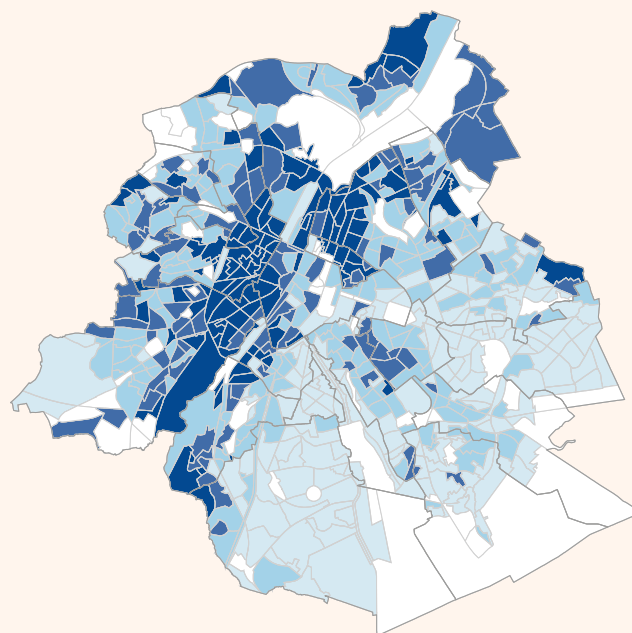
CLASSES DE REVENU



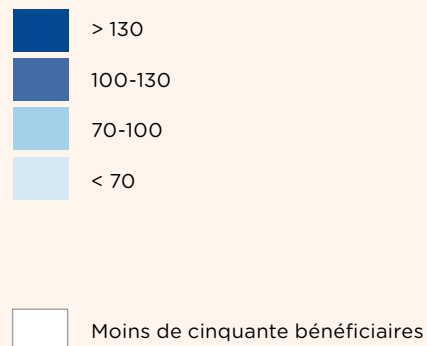
Source: SPF Economie ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

DIABÈTE, STANDARDISÉ PAR ÂGE ET SEXE, RÉGION BRUXELLOISE, 2016

Population de référence : tous les bruxellois



INDICE STANDARDISÉ Région bruxelloise: 100



Source: Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

CONCLUSION:
ET LA PROMOTION
DE LA SANTÉ
DANS TOUT ÇA?

04

L'accès au système de soins et la prise en charge des pathologies ne compterait que pour 20% dans les inégalités sociales de santé.²¹

Performant et accessible n'est donc pas égale à équitable. Même avec le système de soins de santé le plus perfectionné, cela n'induit pas pour autant que la population soit en bonne santé. **C'est pourquoi l'ambition des politiques de santé doit être l'équité face à la santé.**

En ce compris, une égalité des chances entre les individus et les groupes d'être en bonne santé. La réduction des ISS constitue, et doit constituer, un enjeu majeur et prioritaire pour les politiques futures.

Premièrement, car ces inégalités sont évitables, injustes et systématiques. Elles génèrent donc des chances différentes d'accès à une bonne santé. Deuxièmement, il semble que s'attaquer au fardeau des inégalités sociales de santé et au bien-être de la population soit une bonne stratégie afin d'améliorer la santé de la population dans son ensemble. Il faut donc aller en amont des soins de santé, c'est-à-dire aller à l'origine du problème en allant voir dans les conditions de vie, dans l'accès à l'éducation, à l'information, dans la qualité de l'environnement social, des lieux de vie, dans le travail, les revenus, etc.

En effet, la multiplicité des facteurs influençant la santé ainsi que leur complexité met en évidence la nécessité d'investir une réduction des ISS par la mise en œuvre d'actions et de politiques multifactorielles, participatives, multi-partenariales, multisectorielles et tenant compte des spécificités territoriales.

« C'est beaucoup plus simple de dire « je sors les gens de la rue » parce que ça se voit. Mais ce qui est intéressant c'est de faire en sorte qu'ils n'y arrivent pas. »

VOUS AVEZ DIT PROMOTION DE LA SANTÉ ?

La promotion de la santé est un processus qui permet aux populations de se donner les moyens d'assurer un meilleur contrôle sur leur santé dans le but de l'améliorer et de réduire les écarts de santé entre les groupes sociaux.

Elle repose sur une vision positive et globale de la santé et va agir sur les modes de vie et les facteurs environnementaux, sociaux, politiques, économiques et culturels qui déterminent la santé (les déterminants de la santé).

La promotion de la santé implique tous les secteurs publics qui ont un impact sur la santé (le social, l'économie, l'emploi, le logement, etc...) et promeut l'élaboration de politiques publiques qui favorisent la santé des populations.

L'approche santé dans toutes les politiques part du principe que les différents secteurs et politiques peuvent avoir une incidence sur la santé des populations²². D'après l'OMS, «la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.²³»

La promotion de la santé vise l'augmentation du pouvoir d'agir des individus et communautés sur leur santé ainsi que leur participation à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et programmes ayant un impact direct sur eux et elles. Elle agit également en créant des environnements favorables à la santé.

La promotion de la santé s'inscrit donc pleinement dans le système de santé aux côtés des systèmes de soins préventifs, curatifs et palliatifs. Elle interagit avec ces systèmes afin de réorienter les services de santé vers une meilleure prise en compte des besoins des individus et des populations dans la perspective d'une santé globale et positive.

La promotion de la santé est à la fois une manière de définir et comprendre la santé dans laquelle de nombreux·ses professionnel·les, décideur·euses, chercheur·euses se retrouvent, et ce quelque soit leur discipline. C'est un champ de pratique qui repose sur des principes d'action, des stratégies, des méthodes, etc. qui rassemblent de nombreux·ses acteur·trices de terrain sous la forme d'un secteur.





MÉTHODO- LOGIE



LES STRATÉGIES
DE LA PROMOTION
DE LA SANTÉ
POUR RÉDUIRE
LES INÉGALITÉS
SOCIALES
DE SANTÉ

01

Avec les années, il persiste une méconnaissance autour des principes, finalités et stratégies de la promotion de la santé. Pourtant, il y a, au sein du secteur, une richesse, qui n'est plus à démontrer notamment en raison de l'étendue des actions de promotion de la santé, de la diversité des stratégies, des publics et des thématiques. Pour autant derrière cette pluralité et diversité, il existe des principes communs, des méthodologies communes et surtout un objectif final commun : la réduction des inégalités sociales de santé.

LE CADRE BRUXELLOIS

Le secteur de la promotion de la santé existe et agit sur le territoire bruxellois depuis de nombreuses années. En 2014, suite à la sixième réforme de l'Etat, la promotion de la santé est transférée de la communauté française au gouvernement francophone bruxellois (Cocof). Ce qui en fait alors une compétence régionale.

Il faut attendre 2018, pour voir apparaître le tout premier Plan de Promotion de la santé pour la période 2018-2022 dont l'élaboration était prévue dans le décret promotion santé voté en 2016. Ce plan définit pour cinq ans les priorités transversales et thématiques identifiées à partir des besoins des citoyen-ne-s bruxellois-es.

« Je crois qu'il y a une richesse dans le secteur qui est parfois peu visible pour d'autres secteurs. »

LE CADRE D'ACTION DANS LEQUEL S'INSCRIT LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Bien que l'abondance de concepts puisse paraître difficile au premier abord, ils permettent de jeter les bases des stratégies de la promotion de la santé et d'assurer une compréhension qu'on espère des plus fluide pour le lecteur et la lectrice.

La Charte d'Ottawa (1986) a permis de poser un cadre et de définir ce que nous entendons par Promotion de la santé mais aussi son cadre d'action avec en arrière-fond, un objectif spécifique : «aider les gens à acquérir un pouvoir accru sur leur santé et sur les déterminants de celles-ci (soins de santé, logement, alimentation, relations sociales, environnements, etc.)»²⁴.

Dans ce cadre, cinq stratégies sont déterminées et impliquent d'agir à plusieurs niveaux, en même temps ou non :

01

Élaboration de politiques pour la santé (législation, réglementation, politiques publiques...)

02

Création d'environnements favorables (logement, travail, aménagement du territoire, loisirs...)

03

Renforcement de l'action communautaire (amener les communautés à définir elles-mêmes leurs priorités, à prendre des décisions et à agir pour la santé)

04

Acquisition d'aptitudes individuelles

05

Réorientation des services de santé (au-delà des seules prestations de soins).

Il s'agit ici du cadre de référence qui permet de penser les questions de santé dans leur globalité et leur complexité.

UN LARGE ÉVENTAIL DE PRATIQUES AU SEIN D'UN GRAND NOMBRE DE MILIEUX

Quand on voit la complexité du cadre de référence, on comprend que la promotion de la santé a sa place à tout âge, dans tous les milieux et aborde des thématiques variées (alimentation, usage de drogues, santé sexuelle et reproductive, mentale, littératie en santé...). Plus encore, ces actions se déclinent à **plusieurs niveaux** et ciblent: des publics, des professionnel-le-s, des décideur-se-s politiques.

Promouvoir la santé, c'est avant toute chose «se focaliser sur les gens concrets, leur situation et besoins, leur environnement physique, mental et social»²⁵ car «la santé» n'est pas définie seulement par les politiques et les professionnel-le-s mais aussi et surtout par les individus eux-mêmes et l'environnement dans lequel iels évoluent.



«La promotion de la santé, c'est un secteur qui a de l'expérience et des expertises non seulement en termes de contenu mais aussi de processus de travail et de projets.»

LE CENTRE BRUXELLOIS DE PROMOTION DE LA SANTÉ
EXTRAIT D'INTERVIEW

ET EN PRATIQUE
ÇA DONNE QUOI?

02

Promouvoir la santé, c'est :

- **Prendre en compte toute la complexité des questions de santé étant donné que la santé est influencée par une multitude de facteurs**
- **Partir des besoins des individus et des communautés et avoir une approche « au cas par cas »**
- **Sortir d'une approche bio-médicale en agissant à travers une multitude d'actions sur une multitude de milieux**
- **Associer les personnes à la définition des problèmes, des besoins, des solutions et à l'évaluation**

Les actions que peuvent mener les opérateur·trice·s sont multiples et dirigées vers de nombreux publics :

Travail de terrain, accompagnement des professionnel·le·s, formation, recherche, communication, prévention, production d'outils & de supports, méthodologie, support aux acteur·trice·s,...

Ces actions, bien que différentes et se déclinant sur plusieurs niveaux, partagent toutes des principes et valeurs communes :

la participation de toutes et tous, partir des besoins des publics (finaux ou professionnels), l'autonomisation, le transfert de compétences, la solidarité, etc.

Pour voir plus clair sur ce que font concrètement des institutions et travailleuse·s de promotion de la santé, quatre projets et associations sont présentés, et reflètent, chacun à leur manière, une expertise, un type d'action ou encore une stratégie plus large de promotion de la santé.

« Au sein même d'une équipe, il y a déjà tout un travail de promotion santé qui est de pouvoir faire exister la diversité d'opinions. C'est faire exister la voix des patient·e·s, imaginer et créer des espaces de rencontre pour que les patient·e·s puissent être le plus possible entendu·e·s, représenté·es et acteur·trice·s de la décision. »

L'ENTR'AIDE DES MAROLLES
EXTRAIT D'INTERVIEW

ACCOMPAGNEMENT DANS L'ÉVALUATION D'UN OUTIL DE LITTÉRATIE EN SANTÉ « DES PICTOGRAMMES POUR PARLER À SON PHARMACIEN »

ENTRETIEN AVEC LA COORDINATRICE DE L'ÉQUIPE PROMOTION SANTÉ ET UNE CHARGÉE DE PROJETS



CULTURE&SANTÉ
cultures-sante.be

Qu'est-ce que Cultures&santé ?

Cultures&Santé est une association de promotion de la santé, d'éducation permanente et de cohésion sociale située à Bruxelles. Elle vise l'amélioration de la qualité de vie des populations dans une perspective d'émancipation individuelle et collective en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.

L'association propose, entre autre, des accompagnements autour de projet par le prisme de la littératie en santé.

Pouvez-vous nous parler d'un projet particulier d'accompagnement que vous avez mené ?

En 2018, nous avons reçu une demande de l'Union des pharmaciens de Bruxelles pour les soutenir dans l'évaluation d'un outil d'aide à la communication qu'une de leur pharmacie avait conçu. Cet outil comprend des pictogrammes utiles pour la communication avec le patient autour des symptômes, des moments de prise, des voies d'administration ou encore des effets indésirables potentiels. Il permet d'entrer en relation avec un public maîtrisant difficilement voire pas du tout l'une des langues nationales.

Le processus d'évaluation avait comme objectif principal de documenter une décision quant à la diffusion plus large de l'outil dans sa configuration actuelle ou avec des adaptations.

L'évaluation portait donc sur la qualité, l'efficacité et la pertinence d'un tel outil.

Nous avons rencontré l'UPB quatre fois au cours de l'année 2018 pour des réunions de travail pour : co-construire un questionnaire d'évaluation pour les pharmaciens, préparer un testing auprès de d'une maison de quartier, préparer un focus group avec les pharmaciens ayant testé l'outil. Nous avons assisté à deux testings auprès de deux groupes d'apprenants en français de la maison de quartier et nous avons co-animé le focus group avec les pharmaciens. Enfin, nous avons co-rédigé le rapport d'évaluation. Celui-ci a été utilisé par l'UPB pour rechercher et obtenir des subsides afin de publier l'outil avec les adaptations nécessaires et à le diffuser aux pharmaciens bruxellois.

Quelle est la plus-value d'un tel accompagnement ?

L'UPB a gagné un prix lors d'un symposium. Sa représentante y avait présenté le projet, pour lequel nous l'avons accompagnée ainsi que le concept de littératie en santé. Cet exercice a démontré sa **connaissance** et sa **maitrise** du sujet qu'elle confirme elle-même lors d'une réunion d'évaluation « je connaissais le concept mais maintenant je suis capable d'en parler, de faire des présentations sur ce sujet ». Cette personne explique aussi avoir appris une technique pour mener des focus groups, tout un vocabulaire qu'elle réutilise maintenant dans ces rapports et documents de communication. Elle a également eu l'occasion de rencontrer un public qu'elle a peu eu l'occasion de fréquenter (les apprenants d'une maison de quartier).

Ce qu'on fait c'est vraiment un soutien méthodologique avec une casquette qui est la nôtre, celle de la littératie en santé. On ne fait pas uniquement des accompagnements par rapport à des supports écrits. On a pu en faire d'autres ces dernières années et ce qu'on vise à chaque fois c'est le transfert de compétences et de connaissances.

Enfin, le **fondement d'un accompagnement comme celui-ci c'est que cette attention à la littératie en santé devienne transversale dans les pratiques**. C'est de faire « avec » pour que la personne s'approprie des démarches, des techniques ou des pratiques et qu'elle puisse les reproduire.

La littératie en santé renvoie aux capacités à accéder, comprendre, évaluer et utiliser des informations pour la santé.

OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE DROGUES & ALCOOL

ENTRETIEN AVEC LA DIRECTRICE ET UNE CHARGÉE DE PROJETS SOCIOLOGIQUES/LÉGISLATIFS



EUROTOX
eurotox.org

Qu'est-ce qu'Eurotox ?

Eurotox est un observatoire socio-épidémiologique drogues/alcool. Nous travaillons en promotion de la santé mais avec une thématique spécifique que sont les assuétudes.

En quoi consiste votre travail ? Et en quoi s'inscrit-il dans la promotion de la santé ?

Notre travail consiste à produire de la connaissance pour les acteur·trice·s de terrain, les politiques, les administrations, et toute une série de tiers personnes, afin qu'elles puissent utiliser les informations pour mettre en place des projets plus adaptés aux besoins de leur public.

Un autre aspect de notre travail consiste à lancer des alertes précoces. Lorsqu'un produit est en circulation et qu'il s'avère être dangereux pour le consommateur du fait d'un haut dosage, de la présence de produits de coupe ou encore car le produit est, jusqu'ici, inconnu des usager·ère·s, alors nous lançons une alerte précoce.

Nous sommes également un centre de monitoring, ce qui signifie que nous suivons l'évolution de la consommation des produits.

Il est important pour nous que les données que nous produisons et diffusons soient des données qui soient contextualisées avec les éventuelles évolutions étant donné qu'en promotion de la santé les actions marchent dans un contexte et pas nécessairement dans un autre.

En effet, une situation particulière de consommation est influencée par toute une série de déterminants et de facteurs.

Pour exemple, lorsque nous lançons une alerte précoce, nous n'allons pas seulement mentionner le produit en question ainsi que ses caractéristiques. Nous allons y ajouter des conseils de réduction des risques à destination des institutions de terrains et des usager·ère·s afin qu'ils puissent être informé·e·s et aller dans un sens de réduction des risques de leur propre consommation.

Que produisez-vous comme contenu, supports... ?

En termes de production de savoir, nous avons les livrets thématiques qui ont été conçus afin de pointer les bonnes pratiques qui peuvent être mises en place par les acteur·trice·s de terrain et qui soient plus adaptées à ce qu'ils recherchent.

L'objectif étant que les acteur·trice·s puissent prendre connaissance de ces facteurs de protections, de risque, environnementaux, etc. et agir dessus. Nous faisons également des recherches ainsi que des recherches-actions.

Et finalement, il y a le tableau de bord (bruxellois et wallon). Il consiste à décrire chaque produit en tenant compte du contexte politique et législatif (fédéral, international et régional) qui l'entoure ainsi que l'état épidémiologique actuel.

Il y a également différents chapitres dont un sur les conséquences socio-sanitaires (infections, VIH, les accidents de la route, les intoxications, etc). Un autre sur l'usage de drogues et les inégalités sociales de santé, dans lequel nous essayons de décortiquer les facteurs qui sont associés à l'usage de drogue (facteurs protecteurs/de risque au niveau de l'individu, du milieu familial, ...). Enfin, nous faisons toujours l'un ou l'autre focus selon les thématiques de l'année.

Quel est votre public cible ?

Nous avons toute une partie de notre public cible qui se situe en dehors du secteur de la promotion de la santé. Nous visons, entre autres, toutes les institutions spécialisées en assuétudes qui se trouvent, pour la majorité, au sein du secteur ambulatoire.

Il y a énormément d'acteur·trice·s qui sont susceptibles d'utiliser nos productions.

En définitive, **il y a tout un réseau non-spécialisé en assuétudes et en promotion de la santé que nous essayons de toucher afin de pouvoir leur faire part de notre regard, en tant qu'observatoire, sur la problématique des assuétudes.**

Récemment, nous avons également développé notre relation avec les médias. L'objectif étant de diminuer la stigmatisation des usager·ère·s de drogue à travers une information beaucoup plus objective et moins sensationnaliste. Nous aidons les journalistes à développer leurs articles afin qu'ils puissent avoir une vision promotion de la santé et non pas une vision caricaturale de ce en quoi consiste l'usage de drogues.

Quel est votre rapport avec le politique ?

De manière générale, nous voyons une certaine évolution dans la façon de traiter la problématique de l'usage de drogues. Néanmoins, le réflexe des politiques reste, malgré tout, souvent le même à savoir l'interdiction sans la mise en place d'autres alternatives, en parallèle.

Un autre constat que nous pouvons faire est que, bien souvent, les politiques sont davantage centrées sur les soins ainsi que la première ligne de soins. Ca reste une priorité étant donné que la plupart des services sont débordés et surchargés. Notre discours à nous, il est de dire que ce serait intéressant que les gens n'arrivent pas jusque-là. **Effectivement, il est nécessaire de renforcer cette ligne de bas seuil (en ce compris la grande précarité) mais parallèlement à ça, il faut également investir massivement le secteur de la promotion de la santé pour que les gens n'arrivent pas à ce stade.**

Les services sont surchargés aujourd'hui mais **si on ne mise que sur le soin, et pas sur la promotion de la santé, ils le seront tout autant dans dix ans.**

Ça c'est un message qui reste difficile à faire passer.

Quelles sont vos perspectives pour le secteur de Promotion de la santé ?

Pour nous, la priorité serait de réussir à créer davantage d'articulations et de transversalité avec les différents secteurs assuétudés au niveau de Bruxelles. Il existe déjà des articulations au niveau du terrain via la tenue de réunions, de concertations,... Néanmoins, il faudrait davantage d'articulations pour mettre en avant toutes ces complémentarités d'approches et de secteurs.

Enfin, **il y a également le besoin d'une plus grande connaissance et reconnaissance du plan promotion de la santé en tant qu'outil au service des bruxellois pour une amélioration de leur qualité de vie.**

Les services sont surchargés aujourd'hui mais si on ne mise que sur le soin, et pas sur la promotion de la santé, ils le seront tout autant dans dix ans.

FOCUS SUR LE PROJET MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES, APPROCHE INCLUSIVE DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE

INTERVIEW AVEC LA COORDINATRICE DU RÉSEAU BRUXELLOIS MGF



LE GAMS
BELGIQUE
gams.be

Qu'est-ce que le Gams Belgique et en quoi s'inscrit-il dans la promotion de la santé ?

Le GAMS Belgique (Groupe pour l'Abolition des mutilations sexuelles féminines) a pour objectif de contribuer à l'abandon des mutilations sexuelles féminines en Belgique et dans le reste du monde par la mise en place d'actions diverses : (soutien juridique, accompagnement psycho-social, formations, sensibilisation, etc.)

Globalement, le GAMS Belgique travaille à partir de la définition de la santé comme état complet de bien-être physique, mental et social. Dans cette optique, **on privilégie les méthodes participatives avec les communautés afin que ces personnes soient acteurs et actrices de leur propre santé, de leur bien-être.**

L'objectif est de permettre à l'individu mais aussi à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé afin d'améliorer celle-ci, notamment en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne. Mais également **en alliant le choix personnel et responsabilité sociale et réduire les inégalités sociales de santé.**

Depuis 2008, le GAMS Belgique coordonne également le Réseau des Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines (MGF).

Qu'est-ce que le réseau des Stratégies concertées de lutte contre les MGF (SC-MGF) ?

Il s'agit d'un réseau de différent-e-s acteur-trice-s, professionnel-le-s de la santé, organismes, associations des diasporas, etc. concerné-e-s directement ou indirectement par les MGF.

Les objectifs de ces Stratégies Concertées sont d'améliorer la coordination et la qualité des interventions des parties qui luttent et mènent des actions sur les MGF et faire reconnaître celles-ci par les instances politiques et administratives.

Au sein de ces stratégies concertées, on retrouve le réseau Bruxellois MGF qui permet

de renforcer la coordination des acteur-trices en Région de Bruxelles Capitale afin d'avoir une analyse plus spécifique des besoins en Région bruxelloise et des solutions à y apporter.

Focus sur le projet: *Mutilations génitales féminines, approche inclusive de prévention et de promotion de la santé sexuelle*

Quel était l'objectif derrière ce projet ?

L'objectif était de répondre à un certain nombre de problèmes auxquels le public cible fait face. Il s'adresse tout autant au public cible du GAMS (femmes, filles, hommes, familles, femmes migrantes en séjour précaire, etc. concerné-e-s par les MGF) mais aussi aux publics relais (les relais communautaires, équipe salariée du GAMS et les bénévoles) qui sont sensibilisé-e-s à cette approche et qui sensibilisent à leur tour les communautés.

Une étude de terrain a été menée par le réseau bruxellois et portait sur les besoins et attentes en santé, droits sexuels et reproductifs des femmes concernées par les MGF vivant en région de Bruxelles-Capitale: Accès limité aux soins, méconnaissance des droits en matière de santé et manque d'informations, crainte des services, isolement,...

« La démarche du réseau Bruxellois MGF se base sur cette volonté de favoriser l'intersectorialité. En fonction des secteurs auxquels on appartient, comment on peut être complémentaires, continuer nos actions et bien les mener. »

Pour répondre à ces différentes problématiques des femmes concernées par les MGF, le réseau bruxellois a décidé de réaliser ce *diagnostic communautaire sur les besoins et demandes en matière de santé et droits sexuels et reproductifs des femmes concernées par les MGF en région de Bruxelles-capital.*

Quel était l'objectif derrière ce diagnostic ?

L'objectif était de savoir dans quelle mesure les services qui existent dans la région de Bruxelles Capitale répondent aux besoins des femmes avec l'élaboration de propositions concrètes pour favoriser leur bien-être et la santé sexuelle.

Plus largement l'objectif était de répondre à la finalité de ce réseau des stratégies concertées qui est celui de la promotion de la santé sexuelle des filles et des femmes touchées par les MGF en identifiant les besoins et les attentes, notamment des professionnel-le-s et des services chargés de les accompagner. Et donc les aspects pris en compte étaient les besoins et demandes en matière de santé avec les différents aspects de la santé sexuelle, de la santé reproductive (contraception, IVG, IST, IST, VIH,...),

L'objectif était de savoir dans quelle mesure les services qui existent dans la région de Bruxelles Capitale répondent aux besoins des femmes avec l'élaboration de propositions concrètes pour favoriser leur bien-être et la santé sexuelle.

de l'accès aux soins et services, à la sexualité et des violences basées sur le genre.

La récolte de données s'est faite auprès de 9 communautés principales, en Région Bruxelloise, concernées par les MGF.

Qu'est-ce qui est ressorti de ce diagnostic ?

Grâce à ce diagnostic, différents constats ont pu être posés sur les sujets de santé sexuelle et reproductive. Plus largement, l'étude a montré qu'il y a une importance forte à former les professionnel-le-s, ce qui implique que les professionnel-le-s puissent intégrer cette pratique dans une approche de promotion de la santé sexuelle et reproductive des patientes.

Tous ces constats ont donné lieu à des recommandations qui sont toutes expliquées dans le rapport du diagnostic communautaire publié sur le site des stratégies concertées MGF : strategiesconcertees-mgf.be/rapport-diagnostic-communautaire-bruxelles/

INTÉGRER LE GENRE TRANSVERSALEMENT DANS LES PRATIQUES

ENTRETIEN AVEC LA COORDINATRICE DE FEMMES & SANTÉ



FEMMES & SANTÉ
femmesetsante.be

Qu'est-ce que fait Femmes & Santé ?

Femmes & Santé est une asbl qui soutient une approche féministe de promotion de la santé. Nous interrogeons la médicalisation des cycles de vie des femmes ainsi que l'impact du genre sur leur santé. En d'autres mots, nous identifions qu'il y ait des rapports de pouvoir liés au genre qui traversent la société, notamment la pratique médicale. **Ces rapports de pouvoir ont un impact sur la manière dont nous percevons et prenons en charge notre santé, mais également la manière dont nous sommes considérées et accompagnées par le système de santé.** Par notre travail, nous veillons donc à la prise en compte du genre comme un déterminant social de la santé dans la recherche, les actions et les politiques de santé.

Nous organisons des événements : formation, ateliers pratiques, conférences, webinaires, etc. Nous réalisons des outils de sensibilisation. Nous accompagnons des équipes.

Comment votre travail s'inscrit-il dans la promotion de la santé ?

Historiquement et idéologiquement, Femmes & Santé s'est inscrite dans la démarche de promotion de la santé parce que c'était une manière de pouvoir aborder la santé des femmes de manière globale. Comme le dit l'OMS, la santé n'est pas simplement l'absence de maladie mais un état de bien-être. Nous avons la volonté de prendre en compte les dimensions à la fois physique, psychique et sociale de la santé des femmes.

Femmes & Santé s'est aussi inscrite dès le départ dans une approche collective, d'empowerment et d'auto-détermination. Nous favorisons le travail en groupe, que ce soit par des ateliers à destination des femmes, du travail en équipe, du travail en réseau,... Il n'y a pas de consultations médicales, psychologiques ou sociales proposées aux femmes. Nous ne nous inscrivons pas dans une approche clinique ou curative de la santé.

La promotion de la santé s'avère également un bon espace pour se questionner comme personne dans un plus grand système, dans un contexte. Cela évite de penser que tout ce qui nous arrive n'est lié qu'à nous, à nos choix et comportements de santé, et met en exergue que **la santé est aussi une résultante du contexte dans lequel nous vivons et, de ce qu'on appelle, les déterminants de la santé.** Comme nous travaillons à partir d'une approche féministe, la promotion de la santé permet de déployer cette réflexion politique à différents niveaux (individuels, collectifs, systémiques).

Je peux dire que **le fait qu'il y ait moins d'attention aux résultats et à la forme que doivent prendre les projets ou les actions, est vraiment une opportunité pour proposer des espaces de santé un peu différents, qu'on pourrait appeler « innovants ».**

Comment le genre est-il intégré dans votre pratique ?

Dès le départ, l'approche de genre était une pierre angulaire de Femmes & Santé. Créer des groupes non-mixtes à destination des femmes s'appuyait sur la volonté qu'elles puissent échanger autour de leurs expériences spécifiques de femme dans un espace dit « safe ». Ces espaces permettaient notamment d'exprimer et de prendre conscience des violences vécues, et trouver des chemins de libération, individuels ou collectifs.

En 2018, le plan bruxellois de promotion de la santé inscrivait la réduction des inégalités sociales basées sur le genre comme un objectif transversal. Pour nous, c'est une victoire du travail de plaidoyer mené. Les champs d'actions de Femmes & Santé au départ focalisés sur des ateliers collectifs à destination des femmes se sont donc pleinement orientés sur la dimension de réseau et le support aux professionnelles. Pour l'instant, Femmes & Santé ne travaille plus directement avec les femmes, les citoyennes (ou rarement).

Comment fonctionne le réseau bruxellois « Femmes, genre et promotion de la santé » ?

Pour soutenir la mise en place de ce nouveau réseau, nous devons d'abord identifier quels étaient les besoins du secteur de la promotion de la santé en matière de genre. Nous avons remarqué que beaucoup de personnes n'étaient pas très au clair avec la notion de genre et souhaitaient être davantage informées et formées. Pour ceux pour qui la notion est plus claire, il restait l'enjeu d'être soutenu·es à opérationnaliser celui-ci dans les pratiques. **Ce soutien peut être méthodologique, avec les méthodes de la promotion de la santé** telles que travailler de façon participative, faire de l'écriture collective, faire du plaidoyer, ... Mais **celui-ci peut également consister à creuser une thématique spécifique ou apporter la grille de lecture des rapports de pouvoir liés au genre et de leur impact dans la santé.**

Que cela soit au travers de formations, d'ateliers pratiques, des accompagnements de projets ou d'équipes, j'ai l'impression que **les gens apprécient d'avoir des temps où iels peuvent échanger avec d'autres, parler de leurs pratiques, se rendre compte qu'il y a des difficultés communes, qu'il y a plein d'autres gens qui se posent des questions** et que, même si on n'a pas encore trouvé toutes les réponses, on peut réfléchir ensemble et on peut s'appuyer sur nos constats et pratiques pour faire du plaidoyer.

Un exemple de projet particulier mené ?

Une des stratégies qu'on avait en tête en remettant notre projet était de sensibiliser et collaborer avec l'ensemble des services supports étant donné qu'ils travaillent directement avec les opérateurs de la promotion de la santé mais aussi avec le secteur ambulatoire.

Avec une autre asbl qui se nomme Repères et qui est un service support pour la formation, on s'est mise ensemble pour proposer une formation « *Questionner le genre pour promouvoir la santé* ». Nous avons proposé une formation qui reprend l'architecture de base des formations à Repères, à savoir quatre journées où on s'imprègne des concepts et ensuite six demi-journées d'ateliers d'échanges de pratiques. Nous sommes parties de ce qu'ils faisaient en y intégrant les éléments liés au genre pour ensuite en faire un dispositif expérimental. Le dispositif est encore en train de se construire et de se parfaire.



QUELS SONT
LES ENJEUX
FUTURS POUR
POUR LE SECTEUR
DE LA PROMOTION
DE LA SANTÉ?

03

LA PROMOTION DE LA SANTÉ, LE PARENT PAUVRE DES POLITIQUES DE SANTÉ

La promotion de la santé est officiellement reconnue par les autorités publiques comme une approche pertinente qui vise l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des populations.

Pourtant, dans les faits, elle reste marginale et dotée de moyens nettement insuffisants : le budget global qui lui est alloué en Région de Bruxelles-Capitale reste dérisoire au regard des budgets attribués aux soins curatifs. En 2021, 2% des dépenses en soins de santé seraient liées à la prévention et la promotion de la santé, soit environ 0,17% du PIB sur 10,3% de dépenses totales en santé du PIB²⁶.

Bien que l'on s'entende pour dire que la santé dépasse l'absence de maladie, **la culture sanitaire dominante continue de privilégier la lutte contre la maladie, le soin individuel et l'absence de prise en compte des déterminants de la santé.** La gestion de la crise sanitaire de la Covid-19 en a été un exemple marquant. Pour le secteur de la promotion de la santé, cela se traduit par une difficulté à obtenir des financements récurrents, une tendance à traiter tous les problèmes de santé par une lecture bio-médicale individuelle et par le peu de place laissée aux approches communautaires en santé.

Face aux différents enjeux sociétaux à venir (augmentation des inégalités sociales de santé, vieillissement de la population, nouvelles crises sanitaires, changement climatique, migrations,...) la prévention ainsi que la promotion de la santé sont indispensables ! Et pour cela, il faut des ressources pérennes, structurelles et suffisantes pour les acteur-trices du secteur.

Pour faire face à ces différents enjeux sociétaux qui sont tous interreliés, un enjeu du secteur et plus particulièrement de la Fédération Bruxelloise de promotion de la santé est d'arriver à davantage articuler notre travail de promotion de la santé avec les autres secteurs, notamment par le biais de concertations et de mise en place d'actions partenariales et intersectorielles (tant au niveau des quartiers que de la région). L'objectif étant d'assurer une plus grande complémentarité des approches en vue d'une amélioration de la qualité de vie de l'ensemble de la population.

Pour cela, il faut pouvoir donner les moyens au secteur de la promotion de la santé de s'inscrire dans toutes les politiques et à différents niveaux de compétences malgré un paysage institutionnel éclaté. C'est créer des ponts entre gouvernements, société civile, universités, entreprises et professionnel-le-s de la santé au niveau local, régional, national et supra-national ²⁷.

Assurer une cohérence entre les actions et stratégies des différents secteurs, entre les niveaux de pouvoir et de compétences est essentiel pour agir en faveur de la santé globale.

CONCLU- SION

Enfin, une compréhension des actions, stratégies et principes de la promotion de la santé nécessite une première entrée par ses concepts-clefs les plus fondamentaux. L'essentiel à retenir de tout ce qui aura été développé au sein de cette brochure reste que la santé ne se limite pas à l'absence de maladie, la santé est un état de bien-être global, multidimensionnel et multifactoriel.

Cette santé globale est influencée par ce qu'on nomme les **déterminants de la santé**. Ces déterminants sont les facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent les opportunités qu'a un individu ou un groupe d'être en bonne santé. C'est pourquoi, on parle également de facteurs protecteurs et de facteurs de risque.

Nous avons pu voir dans les pages précédentes que c'est l'inégale et injuste répartition de ces déterminants qui créent ce qu'on appelle des **inégalités sociales de santé** entre groupes et individus. Ces inégalités sont donc une différence systématique, évitable et injuste de l'incidence de problèmes de santé entre des groupes sociaux. Bref, nous n'avons pas, toutes et tous, les mêmes chances d'être en bonne santé.

C'est précisément là-dessus que la promotion de la santé se propose de travailler, en mettant en œuvre des actions, des projets dont la finalité, est la réduction de ces inégalités sociales de santé. S'inscrire dans l'approche de promotion de la santé, c'est chercher à donner aux individus et aux communautés les moyens d'agir favorablement sur les facteurs qui déterminent leur santé notamment par la participation

des populations en tenant compte de leurs besoins et de leurs situations singulières (environnement, physique, mental, social). Elle contribue également à la mise en œuvre d'environnements favorables à la santé.

Pour répondre à ces objectifs, les acteur-trice-s du secteur proposent des actions et des stratégies différentes qui sont toutes complémentaires : démarches communautaires en santé, accompagnement méthodologique de professionnel-le-s (de différents secteurs), formation des professionnel-le-s, recherche-action, communication, prévention, production d'outils et de supports, plaidoyer, etc.

Pour que toutes ces actions montrent leur plein effet sur la santé des groupes et des individus, il est primordial que l'équité face à la santé devienne la première ambition des politiques de santé et des autres politiques publiques. Cela passe notamment par la prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques, par un financement pérenne, structurel et suffisant du secteur de promotion de la santé et également, par une concertation plus grande et une cohérence entre les actions et stratégies des différents secteurs du social et de la santé.

La santé est l'affaire de toutes et tous.

BIBLIO- GRAPHIE

- 1 Constitution de l'organisation mondiale de la santé, 1946, who.int/fr/about/governance/constitution
- 2 Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS: Genève; 1986.
- 3 Ibidem.
- 4 Noury, M. (2010), «Entre autonomie et responsabilité. L'individu au coeur des nouvelles stratégies de gouvernement de la santé.»
- 5 Nous mettons volontairement le mot «choix» entre guillemets du fait que ces «choix» ne sont pas toujours aussi rationnels et conscients qu'on pourrait le penser. Nous développerons ce point dans la suite du chapitre.
- 6 Peretti-Watel (2012), «De quelques maux de la prévention contemporaine», Éducation Santé, educationsante.be/de-quelques-maux-de-la-prevention-contemporaine/ (consulté le 30 août 2021).
- 7 Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2020). Baromètre social 2020. Bruxelles: Commission communautaire commune.
- 8 Définition de l'OMS cité dans Alla, F. (2016). 3. « Les déterminants de la santé. » Dans: François Bourdillon d., Traité de santé publique (pp. 15-18). Cachan, France: Lavoisier.
- 9 Définition de l'OMS. euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants (consulté le 30 août 2021).
- 10 BRETON E, JABOT F., POMMIER J. & SHERLAW W. (dir.), «La promotion de la santé: Comprendre pour agir dans le monde francophone (2^e édition)», Rennes, Presse de l'EHESP, 2020, 577p.)
- 11 Berghmans L. (2011), «investir 1% du budget des soins dans la promotion de la santé.» Éducation santé
- 12 OMS, (2008). Commission on Social Determinants of Health.
- 13 Observatoire de la santé et du social (2019), «Tous égaux face à la santé à Bruxelles? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé.» Commission communautaire commune.
- 14 Ridde V., A. Guichard et D. Houeto (2007), «Social Inequalities in Health from Ottawa to Vancouver: Action for Fair Equality of Opportunity», Promotion & Éducation, Suppl. hors-série n 2, p. 12-16.
- 15 Les inégalités sociales de santé: quelques clés? In La réduction des inégalités sociales de santé. Un défi pour la promotion de la santé. Éducation Santé. educationsante.be/1-les-inegalites-sociales-de-sante-quelques-cles-in-la-reduction-des-inegalites-sociales-de-sante-un-defi-pour-la-promotion-de-la-sante/ (consulté le 25 août 2021)
- 16 Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V., Charafeddine, R., (2010), «Les inégalités sociales de santé en Belgique», Série Société et avenir, Academia Press. p.6.
- 17 Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T. & Leclerc, A. (2000). Introduction. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé. Dans: Didier Fassin éd., Les inégalités sociales de santé (pp. 13-24). Paris: La Découverte.
- 18 Lang, T. (2014), Inégalités sociales de santé. Les Tribunes de la santé, 43, p.31-38.
- 19 Perdrix, J. Bodenmann, P. Cheseaux, M. (2012), «Association statut socio-économique/diabète de type II: quelle contribution des facteurs de risque cardiovasculaires?» revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-360/association-statut-socio-economique-diabete-de-type-ii-quelle-contribution-des-facteurs-de-risque-cardiovasculaires (consulté le 1/09/2021)

- 20 Question Santé asbl et le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles (2005), « Agir en promotion de la santé: un peu de méthode... ». Bruxelles santé n°spécial - réédition 2005, Guide méthodologique
- 21 Moleux, M., Schaetzel, F., Scotton, C., (2011), les inégalités sociales de santé: déterminants sociaux et modèles d'action. Inspection générale des affaires sociales.
- 22 Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (Décembre 2021). Onze fondamentaux en promotion de la santé: des synthèses théoriques. Bruxelles: UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, 64 p.
- 23 Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS: Genève; 1986.
- 24 Question Santé asbl et le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles (2005), « Agir en promotion de la santé: un peu de méthode... ». Bruxelles santé n°spécial - réédition 2005, Guide méthodologique
- 25 Ibidem
- 26 Degryse E. (2021), Prévention et promotion de la santé: parents pauvres des politiques de santé. En marche le journal de la mutualité chrétienne. **enmarche.be/opinions/editos/prevention-et-promotion-de-la-sante-parents-pauvres-des-politiques-de-sante.htm** (consulté le 1er janvier 2022)
- 27 Chircop A, Bassett R, Taylor E. (2015), Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: a scoping review. Critical Public Health. 2015 ;25(2):178-191. Cité dans Lambert,H et al. (2021), Onze fondamentaux en promotion de la santé: des synthèses théoriques. Bruxelles: UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, 64p.

Nous sommes bien plus puissants lorsque nous nous tournons les uns vers les autres.

CYNTHIA MCKINNEY



**Fédération Bruxelloise
de Promotion de la Santé**

49, Avenue Albert - 1190 Bruxelles
02 534 58 19 - 0492 72 39 85
coordination@fbpsante.brussels



La Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé est soutenue par
la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale

La brochure suivante a été rédigée par Zoé Boland (FBPS) & Noa Michel (FBPS)

Remerciements

Pour leurs contributions et le temps accordé: **Maïté Cuvelier & Alexia Brumagne** (Cultures&santé), **Marianne Nguena** (GAMS Belgique), **Manoë Jacquet** (Femmes & santé asbl), **Lucia Casero & Clémentine Stevenot** (Eurotox), **Bégonia Montilla** (CBPS), **Cristina Ornia & Vanessa Stappers** (Entr'aide des Marolles)

Pour leurs retours précieux à l'occasion des rencontres du groupe de travail communication: **Delphine Matos Da Silva** (Question Santé), **Eloïse Delforge** (FARES asbl), **Théophile Pitsaer** (RESO-UCLouvain), **Céline Prescott** (Cultures&santé)

Pour sa relecture attentive et ses précieux conseils:
Ségolène Malengreaux (RESO-UCLouvain)

Pour le design et la mise en page: signélazer.com





fbpsante.brussels