



LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS UN CONTEXTE DE POLITIQUE SOCIAL - SANTÉ INTÉGRÉE :

POURQUOI ? COMMENT ?

**ACTES DU COLLOQUE
DU 02.10.2023**



MATINÉE

MOT D'INTRODUCTION

Bruno Vankelegom

Zoé Boland

Mot de la ministre en charge de la
promotion de la santé Barbara Trachte

[P.04](#)

[P.06](#)

[P.07](#)

TABLE RONDE 1

Comment les stratégies de promotion de la santé interviennent-elles sur les déterminants sociaux de la santé et réduisent les inégalités sociales de santé ?

[P.16](#)

TABLE RONDE 2

Quel déploiement pour la promotion de la santé dans une approche social santé intégrée en région bruxelloise ?

[P.52](#)



APRÈS-MIDI

ATELIER 1

Y a-t-il une pertinence à renforcer les pratiques de prévention des assuétudes dans une approche de promotion de la santé en 1ère ligne de soins et comment ?

Présentation des premiers résultats d'une recherche-action en maisons médicales à Bruxelles, coordonnée par Prospective Jeunesse.

[P.85](#)

Animé par l'ASBL Prospective Jeunesse

ATELIER 2

Faire réseau : une stratégie de promotion de la santé.

[P.97](#)

Animé par :

*Le Centre Bruxellois de Promotion de la Santé
Le GAMS Belgique
L'ASBL Cultures&Santé*

Bruno Vankelegom

Président de la Fédération Bruxelloise
de Promotion de la Santé

C'est un grand honneur pour moi d'être ici ce matin et je suis d'autant plus fier d'ouvrir cette journée de travail proposée par la fédération qui a pour titre « La promotion de la santé dans un contexte de politique social-santé intégrée : pourquoi ? Comment ? »

D'abord, fier d'être dans ce lieu à la fois si important, merci aux autorités qui l'ont permis. Et puis fier aussi parce que c'est la première fois que notre fédération - jeune fédération, née à la suite de la 6ème réforme de l'état, qui compte tout de même 43 membres - organise une telle journée et poursuit son objectif d'inscrire la promotion de la santé dans le dispositif social-santé à Bruxelles.

Alors parler de social-santé intégré pour le secteur c'est presque une évidence, le lien entre le social et la santé des populations, les plus fragilisées vous le savez, est au cœur de notre démarche et c'est même, si je puis dire, notre ADN. Comme vous le savez aussi, ce qui fait santé d'une population, ce sont à peu près 70% de facteurs sociaux, économiques, environnementaux, et ici je parle bien de santé et non de maladie, je me

situe dans un contexte de travail sur la promotion de la santé pas dans le contexte curatif et de prévention de maladie.

Alors si je vous demande à vous toustes ce que vous devez faire pour rester ou être en bonne santé, qu'est-ce que vous allez me répondre ? Il faut manger bien, avoir un bon logement, faire de l'exercice physique... Il faut effectivement avoir un logement sain, digne, mais être aussi en mesure de comprendre le monde qui nous entoure. Mais bien qu'avec ces exemples, vous déterminiez ce qu'il faut faire pour être en bonne santé, ce sont des thématiques qui ne sont pas d'ordre génétique, ou appartenant au champ des soins, mais bien des facteurs essentiellement sociaux, environnementaux, politiques... C'est ce que l'on appelle les déterminants de santé. C'est sur ces déterminants de santé que notre secteur souhaite agir et sur leurs interactions. En général les facteurs de fragilité ne se présentent pas tous tout seuls mais ont une tendance à se cumuler et à complexifier les situations des personnes.

« Une méthode qui mise intégralement sur la participation des gens, de l'énoncé des besoins, la recherche commune de solutions »

Dans notre secteur nous pensons qu'une méthode fonctionne mieux que d'autres pour agir sur la santé des populations. Une méthode qui mise intégralement sur la participation des gens, de l'énoncé des besoins, la recherche commune de solutions. Dans cette recherche, l'appel des ressources internes des participant-e-s, mais également l'appui des partenaires externes font partie intégrante de ce processus. La promotion de la santé, fait donc déjà, à son niveau et du mieux qu'elle peut, du social-santé intégré.

Les enjeux de cette journée sont d'abord de donner envie de faire de la promotion de la santé, se familiariser à ses méthodes, oser ses propositions et oser investir davantage sur nos propositions, car elles fonctionnent depuis longtemps un peu partout dans le monde, et aussi à Bruxelles. Deuxième enjeu, approfondir nos alliances avec d'autres secteurs de l'action sociale et de santé, et le récent PSSI a d'ailleurs créé des partenariats, du commun, de l'intersectorialité, du réseau dans les quartiers et sur la région. Et enfin, vous convaincre que la promotion de la santé est un allié important du PSSI et aurait besoin

d'un meilleur financement, pérenne, structurel et suffisant.

Mais « la vie est lente et l'espoir est violent » disait Apollinaire, nous n'y arriverons pas d'un seul coup et nous pensons en tout cas que des journées comme celles-ci peuvent contribuer à concourir pour cela, c'est mon espoir du jour, c'est l'espoir partagé par la fédération aussi. Bonne journée et bon travail.

Zoé Boland

Coordinatrice à la Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé

Tout d'abord, au nom de la fédération, je souhaite remercier le parlement francophone bruxellois pour son accueil, pour l'organisation, et tous les aspects logistiques de cette journée, ainsi que pour la prise en charge du catering de la journée. Ensuite, nous souhaitons remercier les membres et le conseil d'administration de la fédération qui ont pris part à l'organisation de cette journée et plus particulièrement les membres du groupe de travail interne dédié au colloque, qui travaillent depuis plusieurs mois au contenu et à la forme de ce colloque, travail qui se fait en plus de leurs missions quotidiennes dans leurs institutions.

Merci à l'ensemble des intervenant·e·s et des modérateur·rice·s qui ont accepté notre invitation, ont fait le déplacement et pris le temps de préparer ces tables rondes. Je remercie également la ministre présidente et ministre en charge de la promotion de la santé pour sa présence et d'avoir accepté d'introduire cette journée d'échanges. Et finalement merci à vous toutes d'être présent·e·s aujourd'hui, le nombre et la diversité de notre assemblée démontre l'importance

et l'intérêt d'organiser ces journées, afin de comprendre et d'aller plus en profondeur dans les thématiques qui nous concernent, approches promotion santé, stratégies promotion santé, et pourquoi pas *in fine*, tisser des liens et des partenariats ensemble à l'avenir. Nous espérons que le contenu de la journée sera enrichissant et à la hauteur de vos attentes. Je vous souhaite à toutes et à tous un excellent colloque.

Barbara Trachte

Ministre en charge de la promotion de la santé et ministre présidente de la COCOF

Bonjour à toutes et à tous, merci pour votre invitation, dans un lieu qui m'est particulièrement familier, un lieu important puisqu'effectivement c'est ici que les budgets, les cadres qui circonscrivent vos activités, les cadres tant organisationnels que politiques sont discutés et approuvés. En introduction je souhaiterais remercier le parlement et le nouveau président M.Soiresse, mais également les député·e·s, pour leur accueil. Je pense que c'est symbolique et particulièrement pertinent qu'on puisse se réunir ici. Effectivement au cours de cette législature et de plus en plus, on n'a jamais autant parlé de promotion de la santé. Parfois sans la nommer comme telle. Les démarches communautaires en santé, l'*outreach*, la réduction des risques, les déterminants sociaux de la santé, la littératie, les droits sexuels et reproductifs, sont des concepts qu'on utilise et qu'on entend souvent dans cet hémicycle, et plus personne ou presque plus personne, ne les remet en question.

La promotion de la santé a fait un long chemin depuis la charte d'Ottawa en 1986, son impact positif

et émancipateur est bien reconnu par tout le monde, grâce aux luttes sur divers fronts, et tout récemment, je voudrais rendre hommage aux pionnier·ère·s, dont les mouvements SIDA-VIH et féministes font partie. 40 ans d'existence et toujours cette même volonté : pallier les inégalités sociales de santé, émanciper les personnes, donner les clés pour l'autonomie, la liberté, éclairer les choix, travailler à la racine, ensemble, solidairement, parce qu'être en bonne santé c'est évidemment bien plus que ne pas être malade. La santé et le bien-être passent aussi par le corps, l'esprit, l'environnement, vous l'aviez compris bien avant tout le monde, sur les concepts et les méthodes. Les démarches sont éprouvées, c'est aussi important de le rappeler dans un hémicycle politique. Ces démarches partent des réalités concrètes, telles qu'elles sont et pas fantasmées, des réalités de terrain, qui s'adaptent aux personnes et groupes de personnes, sans jugement sur leur volonté ou leur capacité.

Ces méthodes, l'ensemble du secteur socio-sanitaire, mais pas seulement, doit pouvoir les saisir. C'est pour ça que

nous avons décidé de les intégrer au sein du [Plan Social Santé Intégré](#), nous l'avons aussi refinancé au cours de la législature, avec une augmentation de 40% des budgets. On a également permis au secteur d'être inclus dans le non-marchand. Le PSSI c'est une première en région bruxelloise, pour la première fois on se dote d'un référentiel commun, qui fixe un cap unique pour tous·tes les acteur·rice·s de terrain, les administrations, les cabinets, la COCOF, la COCOM. Ce n'est évidemment pas une fin en soi, ces institutions ne sont pas là pour vivre pour elles-mêmes, elles sont là pour soutenir les gens, elles doivent servir ceux qui sont au plus proche des personnes. C'est un point de départ et un processus évolutif qui s'adaptera aux besoins de chacun·e. Nous avons aussi choisi de prioriser les démarches en promotion de la santé, 10 priorités politiques ont été fixées, et nous prenons part à la solution, face à tous ces problèmes que connaît notre région et au-delà.

Avec le PSSI, la promotion de la santé se retrouve au cœur de cette nouvelle organisation territoriale du social-santé et les effets sont déjà là avec

les Relais d'Action Quartier (RAQ) et les chargé·e·s de prévention, les conseiller·ère·s en santé, travaillent déjà avec cette méthodologie de Promotion Santé, c'est grâce à vous. Vous les avez formés et vous les hébergez. Alors certes, le chemin est encore long pour que chaque bruxellois·e puisse être en bonne santé et avoir une vie digne et décente, mais on avance dans la bonne direction. Vous êtes plus que jamais nécessaires puisque vous agissez en amont de l'apparition des maladies, en appui à la première ligne de soins et en appui au secteur social-santé. Mais vous agissez aussi, au côté de tous les autres secteurs, ceux qui s'éloignent plus des compétences de la COCOF et de la COCOM, logement, mobilité, alimentation, l'enseignement, [Good Move](#) et [Good Food](#) sont des exemples de politiques régionales mais qui prennent leur part dans le travail sur les déterminants sociaux de la santé.

C'est parfois là le paradoxe, la promotion de la santé : un secteur en tant que tel mais qui est partout ou qui devrait être partout. Il faut désormais faire en sorte que toutes les politiques en tiennent davantage

« Chaque décideur·euse politique, devrait aussi être en charge de la promotion de la santé, on pourrait rêver à l'avenir après le PSSI, à un·e référent·e promotion de la santé dans chaque administration, chaque cabinet pour l'élaboration des politiques »

compte, du communal au fédéral, il y a aussi des échevin·e·s parmi nous, chaque ministre, chaque décideur·euse politique, devrait aussi être en charge de la promotion de la santé, on pourrait rêver à l'avenir après le PSSI, à un·e référent·e promotion de la santé dans chaque administration, chaque cabinet pour l'élaboration des politiques. Je rajouterai enfin que la PS est plus que jamais vitale pour Bruxelles et les défis auxquels on fait face : la hausse de la consommation de drogues, l'abus d'alcool, la mise en danger des consommateur·rice·s, le sans-abrisme, les personnes en demande de protection internationale, mais aussi les violences sexistes et sexuelles, balance ton bar aura bientôt 2 ans, je pense aussi à la santé mentale et aux jeunes qui sont de plus en plus désemparé·e·s. On le voit autour de nous, dans la rue, nos entourages, la promotion de la santé a tellement à nous enseigner, pour faire face à ces défis.

J'aimerais donc vous remercier toutes et tous pour le travail si vital que vous réalisez chaque jour. Nous sommes conscient·e·s que les conditions ne sont pas faciles et les

défis sont grandissants. Parfois le découragement nous guette, nous aussi sommes inquiet·ète·s pour la santé des Bruxellois·es, mais aussi confiant·e·s, car les démarches en promotion de la santé percolent à travers tous les secteurs du social, les différentes politiques, c'est l'amorce d'une démarche vertueuse qui prépare plutôt que répare. Je vous souhaite une belle journée de travail.

TABLE RONDE 1

Comment les stratégies de promotion de la santé interviennent-elles sur les déterminants sociaux de la santé et réduisent les inégalités sociales de santé ?

Denis Mannaerts

Directeur de l'asbl Cultures&Santé

Modérateur

Philippe Lefèvre

Président de l'Institut Renaudot

Intervenant

Olivier Gillis

Directeur de l'Observatoire de la Santé et du Social

Intervenant

Émilie Gérard

Chargée du Projet FABSS
à la Plateforme Prévention SIDA

Intervenante

Denis Mannaerts

Directeur de l'ASBL Cultures&Santé

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont présentes de manière cinglante sur le territoire bruxellois et sont le fruit d'une distribution inégale et inéquitable de ressources au sein de la population et de conditions de vie inégales. ISS ça veut dire que ces inégalités sont des constructions sociales, elles sont donc évitables et particulièrement injustes. La promotion de la santé peut y répondre car elle propose un ensemble de stratégies et principes d'intervention éprouvés et reconnus à l'échelle internationale qui visent la réduction de ces ISS.

Il n'est pas question de soins médicaux, ni de bons comportements à prescrire mais plutôt d'élaborer des réponses collectives aux problèmes en amont des maladies et des difficultés psycho-sociales. Tout cela en activant divers leviers, qu'ils soient éducatifs, participatifs, environnementaux ou politiques, en engageant tous les secteurs de l'action publique.

Philippe Lefèvre

Président de l'Institut Renaudot

Je suis heureux que madame la ministre et monsieur le président soient là, pour pouvoir avancer dans ce processus de promotion de la santé, à tous les niveaux, individuel, collectif, politique. C'est plus que nécessaire.

Pourquoi l'institut Renaudot ? Certain·e·s se demandent peut-être ce que c'est. Théophraste Renaudot c'était le médecin de Louis XIII, c'est lui qui a inventé la gazette, d'où le prix littéraire que vous connaissez, mais il a aussi créé les premiers centres de santé pour indigent·e·s. L'Institut Renaudot a été créé par des médecins de centres de santé qui souhaitaient avoir plus de formations pour essayer d'améliorer les pratiques et cela a progressivement débouché sur une santé plus large puis après pour s'étendre à l'ensemble es acteur·rice·s de la promotion de la santé.

La démarche communautaire est une stratégie de promotion de la santé, et on ne peut en parler que si on est d'accord sur une question de valeurs que l'on partage : la solidarité. On le voit par rapport aux questions d'inégalités sociales de santé, d'égalité d'accès à une santé de qualité, tout le monde n'a pas accès aux mêmes soins, les vaccinations etc. Une conception globale de la santé implique une dimension collective et positive à laquelle on ajoute une recherche d'émancipation individuelle et collective.

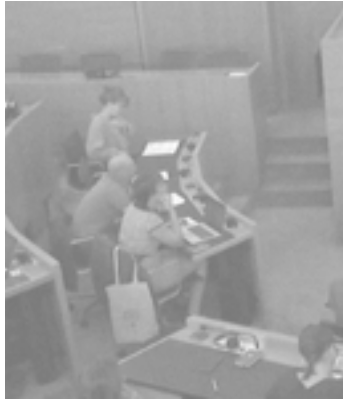
« Une conception globale de la santé implique une dimension collective et positive à laquelle on ajoute une recherche d'émancipation individuelle et collective »

Formation et accompagnement

Les centres de santé doivent inclure la notion de participation bien que souvent le personnel n'ait pas été formé ni à la santé sur le plan global ni au niveau relationnel, ni à partager avec des HUC (Habitant·e·s Usager·ère·s Citoyen·ne·s).

Définition des acteur·rice·s de santé

Souvent on parle de population cible, dans cette définition, la population n'est pas un·e acteur·rice. Pour nous les HUC sont des acteur·rice·s au même titre que les professionnel·le·s, les élu·e·s les institutions, les associations. L'importance d'associer tous·tes les acteur·rice·s est vraiment au cœur de la stratégie de l'action communautaire, à toutes les phases de l'action, depuis la reconnaissance des besoins jusqu'à l'évaluation de ces actions.



Le contexte

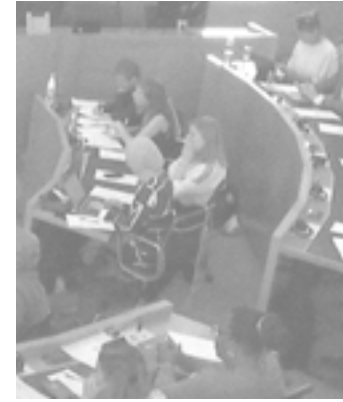
Le système de santé est en crise, parce qu'il y a des inégalités sociales de santé qui ne cessent de s'accroître, bien que cela fasse partie des priorités de santé au niveau régional et national. Mais qu'est-ce que cela signifie ?

La crise des urgences : les hôpitaux ne sont plus à même de répondre aux besoins, ce n'est pas uniquement un problème de démographie médicale, il y a un problème en aval et en amont. Travailler en aval coûte de plus en plus cher et ça n'est pas de plus en plus efficient.

De façon plus structurelle, il y a une hyper-technicisation de la médecine, si bien qu'aujourd'hui ce ne sont plus des patient·e·s mais des objets de maladie que l'on traite sur le plan informatique, avec des robots, des machines, et de plus en plus d'exams, alors l'humain et le relationnel passent au second plan, notamment par rapport à l'évolution des problèmes de santé, où les maladies chroniques et dégénératives vont en augmentant, et ne nécessitent plus une approche technique mais un réel accompagnement.

La médecine libérale

Le médecin peut multiplier les actes mais il répond mal à la question de la précarisation et du vieillissement de la population. Il n'existe pas en France une coordination globale, il y a plein de coordinations qui se superposent (enfance, âgé·e·s, santé mentale...), beaucoup de dispositifs de coordinations mais



nous n'avons pas de coordination qui permette de coordonner l'ensemble. Dans beaucoup de pays européens, il existe aujourd'hui, une coordination locale de la santé qui permet de coordonner l'ensemble des dispositifs. Donc on a des parcours de santé qui sont à la fois complexes, parcellaires, morcelés, et ce système de santé ne parvient pas à répondre de façon satisfaisante.

Au centre nous avons les HUC (Habitant·e·s Usager·ère·s Citoyen·ne·s) qui subissent ces inégalités et sont en grande difficulté par rapport à ce système en crise.

La démocratie participative

Il y a aussi un problème de démocratie représentative, il y a une perte de confiance grandissante envers les élu·e·s. Cela appelle au moins à une forme de complémentarité avec de la démocratie participative, ça ne veut pas dire remplacer la démocratie représentative mais cette dernière ne suffit plus et la démarche communautaire fait partie de cette démocratie participative.

« Les soins ne représentent que 25% de la possibilité d'améliorer la santé, donc dire que la santé est l'affaire des professionnel·le·s de la santé, non seulement c'est faux, mais cela entraîne des solutions de plus en plus coûteuses et de moins en moins efficaces »

Stratégies de promotion de la santé

L'action communautaire désigne toute initiative de personnes, d'organismes communautaires, de communautés territoriales, d'intérêts, d'identités visant à trouver une solution collective et solidaire à un problème social ou un besoin commun, contribuant à exercer un plus grand contrôle sur les déterminants sociaux de la santé et réduire les inégalités sociales de santé. Les soins ne représentent que 25% de la possibilité d'améliorer la santé, donc dire que la santé est l'affaire des professionnel·le·s de la santé, non seulement c'est faux mais cela entraîne des solutions de plus en plus coûteuses et de moins en moins efficaces.

[La charte d'Ottawa de 1986](#) mettait en lumière le développement des aptitudes individuelles mais aussi de production de nouveaux modes de vie, une réorientation des services de santé, une mise en place d'une politique publique saine et une mobilisation communautaire. C'est sur cette mobilisation que l'on voit que la démarche communautaire fait partie des stratégies de promotion de la santé.

Démarches Communautaires en Santé (DCS)

Les personnes les plus en difficulté cumulent des souffrances sociales, physiques et psychiques et ne croient plus dans les dispositifs et les structures. C'est un constat de base, c'est complexe et on ne peut pas simplement mettre des dispositifs et des personnes en bout de chaîne pour résoudre ces problèmes. La plupart du temps ces personnes ne vont plus dans ces structures, il faut « aller-vers », mais comment ?

Les DCS proposent une autre façon de faire

- Aller vers ces personnes isolées ou exclues
- Créer un lien de confiance avec les personnes exclues et élaborer un parcours de santé avec elles
- Écouter les personnes et les associer aux actions possibles
- Reconnaître les facilités et les ressources de ces personnes et leur entourage, leur réseau primaire
- Développer et faciliter les solidarités locales (intersectorialité, transversalité...)
- Travailler en réseau avec les différent·e·s professionnel·le·s
- Les actions participatives sont plus adaptées aux HUC et plus efficaces

Les DCS reposent sur

- Des pratiques portées par des valeurs de solidarité, de justice et de lutte contre les inégalités et les exclusions
- Une stratégie de mise en œuvre participative de la promotion de la santé, s'appuyant sur une éthique et une méthodologie
- Une expression de la démocratie participative et un outil de développement social
- Une démarche utilisée dans le champ de la santé et aussi dans ceux de l'action sociale, l'éducation, l'urbanisme, l'environnement, la sécurité...
- Des pratiques mettant l'humain au cœur de toutes les actions et en priorité sur tout autre objectif. Les personnes sont ainsi associées à toutes les phases des actions dans une co-construction

Repères SEPSAC

(Secrétariat Européen de Pratiques de la Santé Communautaire)

1. Avoir une approche globale et positive de la santé
2. Agir sur les déterminants de la santé
3. Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé
4. Concerner une communauté
5. Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction et d'empowerment individuel et collectif
6. Favoriser un contexte de partage, de pouvoir et de savoir
7. Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté
8. Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente

Ce que l'on vise au travers de ces dynamiques, ce qui permet aussi d'évaluer l'impact de ces démarches, c'est un changement de pratiques de tous les acteur·rice·s, un changement des relations, en passant de la domination à la négociation, un changement de pouvoir, à partager entre les acteur·rice·s, l'accroissement des compétences, l'accroissement de la solidarité ainsi qu'un développement de l'empowerment individuel et collectif.

Empowerment (définition de l'Institut Renaudot) :

L'empowerment est le processus de mobilisation des ressources personnelles et collectives permettant aux individus et aux groupes de devenir davantage auteur·rice·s et acteur·rice·s de leurs vies et dans la société dans une perspective d'émancipation et de changement individuel et sociétal.

Pour favoriser l'implication de toutes les parties-prenantes et favoriser un fonctionnement horizontal, on a besoin :

- D'un langage commun
- D'une reconnaissance des acteur·rice·s
- Une non hiérarchie des savoirs
- Une réciprocité ouverte
- Une efficacité collective
- Une réactivité
- Une mise en compétence
- Des liens de coopération
- Un enracinement dans le temps

Dans tous les cas, il faut du temps, une démarche communautaire ne peut pas se réaliser en 3 mois. L'évolution sociétale nécessaire pour répondre aux défis actuels appelle :

- Un contenu fort pour une démocratie participative devenue incontournable.

Possible seulement si :

- Les valeurs sont partagées
- Ça ne justifie pas un désengagement des politiques publiques. Parfois on a l'impression que les démarches communautaires sont mises en place par manque de moyens de pouvoir subvenir aux besoins, dans les pays du tiers-monde par exemple, mais il ne faut que ce soit au détriment de l'engagement des politiques publiques.
- Une méthodologie et des outils spécifiques.

Olivier Gillis

Directeur de l'Observatoire de la Santé et du Social

D'abord je vais vous livrer un peu le diagnostic des questions santé et sociales à Bruxelles sur les 10 dernières années et quels sont les enjeux majeurs. Ensuite, expliquer comment les données de l'observatoire permettent de soutenir l'action publique. Et enfin, en guise de conclusion quelques recommandations.

Les questions des inégalités sociales de santé dépassent le cadre du système de santé, elles s'ancrent dans un système socio-économique plus large et pour comprendre ce phénomène c'est important d'avoir des données liées au contexte socio-économique à Bruxelles.

Bruxelles est une ville jeune et internationale avec une augmentation constante de la population. Démographiquement, il y a beaucoup de jeunes couples et des personnes en âge de procréer arrivant de l'étranger qui viennent s'y installer. Cela a un impact sur la gestion des questions de santé. Contrairement à la Flandre et la Wallonie, Bruxelles est moins sujette à certaines évolutions des maladies chroniques et des cancers, mais la question est plutôt : **comment aborder la question de la santé avec les populations quand sur un même territoire on parle 150 langues ?**

Le territoire / Contexte général

« 30% des bruxellois-es vivent en dessous du seuil de pauvreté »

Bruxelles est à la fois une ville riche et aussi confrontée à de grandes inégalités. 25% des bruxellois-e-s sont en risque de pauvreté, on estime que le seuil se situe autour de 60% du revenu médian qui oscille entre 1200 - 1300€/mois pour une personne isolée, ainsi, ce sont 30% des bruxellois-es qui vivent en dessous de ce seuil de pauvreté. Comment se marque l'évolution des inégalités sociales à Bruxelles ? C'est une question simple, et comme souvent, répondre aux questions simples, c'est complexe.

Une des difficultés rencontrées pour mesurer l'évolution des inégalités de revenus, c'est que l'on utilise exclusivement les revenus issus du travail et de la sécurité sociale, mais ça n'inclut pas l'aide sociale ou d'autres types de revenus comme des revenus locatifs.

Ce qui est observé à Bruxelles, sur les revenus, est assez stable, en revanche il y a une augmentation de la précarité, c'est à dire qu'il y a un appauvrissement des plus pauvres.

Un des indicateurs, c'est le taux de personnes bénéficiant d'un revenu d'intégration sociale (6% des bruxellois-e-s bénéficient du revenu d'intégration sociale contre 4% il y a 10 ans). Si on regarde l'image globale des inégalités sociales, c'est assez stable mais il y a un appauvrissement des plus pauvres, et ces inégalités impactent la santé. Par exemple si l'on prend Woluwe-St-Pierre qui est une des communes les plus riches et Molenbeek-St-Jean, plus pauvre, l'écart d'espérance de vie entre les deux est de 5 ans.

Les différences sociaux-économiques

À Saint-Josse, en moyenne, les ménages gagnent 1356€ par mois et à Woluwe-Saint-Lambert 2234€, on passe donc du simple au double, avec des taux de chômage aussi très différents.

La qualité du logement est également un facteur important, à Bruxelles 60% des ménages sont locataires, le niveau des loyers est relativement élevé. 16% des personnes précaires sont confrontées à des problèmes d'humidité dans leur logement contre 4% chez les plus favorisées.

Donc en santé, souvent on se retrouve en aval avec toute une série de problématiques à résoudre qui pourraient être résolues en amont. Le gros enjeu en termes de lutte contre les inégalités sociales c'est de garantir un revenu suffisant aux ménages. Les leviers pour y parvenir sont la sécurité sociale, les politiques de l'emploi, l'accès à des logements abordables et suffisants. À Bruxelles, il y a une insuffisance de logements accessibles. Le nombre de logements sociaux reste relativement stable, environ 40 000 logements sociaux disponibles et les listes d'attente pour ces logements ne font qu'augmenter.

Voilà pour le contexte général, on voit bien que le contexte socio-économique est déterminant, le système de santé, quant à lui, a un rôle à jouer, même s'il ne s'agit que d'une partie des solutions.

Le système de santé – comment évolue globalement l'état de santé des bruxellois-e-s ?

Comme en Flandre et en Wallonie, les deux premières causes de décès, sont les maladies cardiovasculaires, à hauteur d'un tiers des décès et les cancers qui comptent pour un quart des décès. Il y a une forte augmentation des maladies chroniques en Belgique liée au vieillissement de la population. C'est moins le cas à Bruxelles, puisque nous avons une population relativement jeune, moins sujette à ces maladies chroniques, mais la question de l'évaluation de ces maladies chroniques devient un enjeu en matière de promotion de la santé (comme le diabète) et si on ne veut pas voir une explosion de ces maladies dans quelques années, il est important d'agir aujourd'hui.

« 16% des personnes précaires sont confrontées à des problèmes d'humidité dans leur logement contre 4% chez les plus favorisées »

On l'a vu les maladies cardiovasculaires et les cancers sont les deux premières causes de mortalité à Bruxelles, quels sont les déterminants autres que les inégalités sociales ? Il y a les comportements de santé, tabagisme, alimentation, activité physique...

Les comportements de santé s'améliorent. Le pourcentage de fumeur-euse-s a tendance à diminuer, en revanche les habitudes nutritionnelles et l'activité physique restent relativement stables et donc insuffisantes. Entre 60 et 70 % de la population bruxelloise consomme respectivement des fruits et des légumes tous les jours. Donc il y a encore un travail à faire en termes d'alimentation. Ces éléments vont avoir un impact sur l'hypertension artérielle, qui sont des facteurs de risques pour les maladies cardiovasculaires et le diabète.

Nous remarquons aussi que le gradient social ne s'exprime pas toujours de la même façon. Au niveau du tabagisme, il y a une corrélation claire entre le niveau de revenus, le niveau d'éducation. Par contre la consommation de fruits et légumes, c'est davantage lié à une

question d'éducation que de revenus. L'activité physique, nous sommes tous concernés, nous n'en faisons pas suffisamment. La consommation d'alcool, en revanche, suit une courbe différente (gradient social inversé), les populations précarisées consomment moins d'alcool que les plus favorisées.

Là aussi c'est intéressant, derrière inégalités sociales et gradients, il y a différentes choses. Si on prend l'image globale, il y a une tendance à une moins bonne santé, au fur et à mesure qu'on descend le long de l'échelle sociale, mais sur certains déterminants, on va tantôt travailler sur des questions de revenus, tantôt sur des questions d'éducation.

Comment ces données sont-elles utilisées et viennent en soutien à l'action publique ?

1) L'universalisme proportionné

Il faut développer une approche qui soit valable pour l'ensemble des bruxellois·e·s, en mettant davantage l'accent sur des publics moins favorisés. Ces données permettent d'identifier les quartiers plus concernés par certaines problématiques de santé à Bruxelles, par exemple le taux de diabète qui explose depuis quelques années. On peut identifier les zones territoriales qui sont plus touchées par les problèmes de diabète.

2) Mettre la question du non-recours aux droits sociaux en évidence

Globalement les populations plus précarisées ont moins accès aux dispositifs de soins. La santé subjective (ce que les personnes déclarent), en termes de santé mentale, les personnes précaires sont plus à risque d'angoisse, de dépression, de mal-être.

Par ailleurs, les données de consommation d'anti-dépresseurs montrent que le croissant pauvre y a moins recours, pareil pour la psychothérapie. On a donc une relation inversement proportionnelle entre la

consommation de médicaments, le recours à la thérapie et les risques de dépression et de troubles anxieux.

3) Créer une offre adaptée aux besoins

Visibiliser ces acteur·rice·s grâce à l'outil [Bruxelles-Social](#) qui permet d'identifier les zones qui sont plus à risques de pénurie de médecins généralistes. La question des langues pratiquées par les médecins est un enjeu important également.

Trois recommandations

- Faire un travail de simplification administrative pour faciliter l'accompagnement des populations, tant du côté des professionnel·le·s que du côté des bénéficiaires, qui sont traversé·e·s par des situations complexes et variées.
- Pouvoir, en aval, rester ouvert·e·s aux besoins de chacun·e, dans le non jugement et la non-discrimination, (sensibiliser certain·e·s professionnel·le·s de santé - question de la formation).
- Sensibiliser à la question du non recours, aller à la rencontre de ces publics, qu'on ne trouvera pas forcément dans les milieux de soins.

Émilie Gérard

Chargée du Projet FABSS
à la Plateforme Prévention SIDA

Bonjour à toutes et à tous, je vais brièvement vous présenter le projet FABSS (Femmes Actrices de leur Bien-être et de leur Santé Sexuelle). C'est un projet participatif de promotion de la santé, avec et pour les femmes issues de la migration, composé d'un comité d'accompagnement (constitué d'acteur·rice·s de la santé et du social, membres d'associations communautaires et des personnes qui représentent les publics).

Son rôle est d'aider à la méthodologie du projet mais aussi à la mobilisation des publics. En parallèle, s'est créé un groupe de travail composé initialement de femmes. Elles ont été formées pour travailler ensemble afin de mettre le projet en place.

Les femmes ont des âges différents, des trajectoires de vie différentes, des parcours de migration différents, le groupe, bien que constitué sur base volontaire est assez diversifié.

Année 1 / Diagnostic communautaire

Le constat de départ était : « où sont les femmes ? » Il y a une difficulté à les faire participer, difficultés de les rejoindre autour des questions liées au VIH. Au lieu de trouver comment les faire venir dans les lieux de prévention, nous nous sommes demandé : de quoi ont-elles réellement envie et besoin ? Où ? Comment ? De quoi ? Avec qui souhaitent-elles parler concernant leur santé sexuelle ? Cela touche la question de la participation. Le but était qu'elles participent activement à la mise en place de ce diagnostic. À l'issue de cette première année, un recueil de recommandations a été publié, rédigé avec les femmes.

Année 2 / Ateliers

Le projet a priorisé, avec les femmes du groupe de travail, les actions à mettre en place, à savoir des ateliers de discussions autour de la santé sexuelle entre hommes et femmes. (représentativité, rôles des genres...).

Le processus du projet

Le projet proposait initialement de créer des espaces de parole et d'échanges entre femmes, en non-mixité, afin de créer un cadre sécurisant, sans jugement et accueillant pour que les femmes puissent parler librement.

Les femmes ont suggéré d'impliquer les hommes aux ateliers, puisqu'ils sont partie-prenantes et sont eux aussi impliqués dans leur sexualité. « Il faut que les hommes nous entendent ».

Cela prouve qu'aller vers les publics et recevoir ses propositions fait évoluer les projets. Avec le comité d'accompagnement le but est aussi de faire l'état des lieux de tout ce qui existe comme formations à l'attention des professionnel-le-s de santé pour prendre en compte des spécificités des femmes issues de la migration.

La vision holistique de la santé sexuelle et le diagnostic des besoins

On pourrait partir du principe qu'avec la prévention combinée, on a suffisamment d'outils pour réduire la transmission du VIH et des IST, distribuer des préservatifs et se dire que le travail est fait. Si on se limite à « aller vers » et en disant la solution c'est le préservatif, il suffit de le mettre et on limite les risques de transmission, on passe complètement à côté des véritables enjeux, sociaux, culturels, économiques, sanitaires... Il faut travailler sur l'ensemble des déterminants.

« Si on se limite à « aller vers », on passe complètement à côté des véritables enjeux, sociaux, culturels, économiques, sanitaires... Il faut travailler sur l'ensemble des déterminants »

La participation (relais-citoyen-ne-s)

Les femmes ont été formées pour elles-mêmes à mobiliser d'autres personnes dans leur entourage pour organiser les focus groupes et la tenue de ces groupes. Les équipes de la Plateforme Prévention SIDA sont là en soutien mais laisse la main au groupe.

Ces groupes permettent également parfois de briser la barrière de la langue. Impliquer des personnes concernées, partageant une langue commune permet de rejoindre des communautés avec lesquelles on ne sait habituellement pas dialoguer et fait en sorte que chacun-e puisse s'exprimer librement.

Cette participation doit être encouragée et elle passe par la confiance. La confiance prend du temps. Le temps est un facteur clé pour que la démarche communautaire aboutisse. Pour rendre la participation effective il faut lever les différents freins et obstacles des réalités de vie des parties-prenantes. La question de la garde des enfants (mise en place d'une garderie), les frais de déplacement sont remboursés, sur ce point, garder à l'esprit que certaines personnes sans papiers et qui ne travaillent pas prennent des risques simplement en prenant les transports en commun (sans titre de transport) avec la peur d'un contrôle qui mettrait à jour leur irrégularité.

Le temps informel est aussi nécessaire et permet de prendre en compte les conditions de vie de chacun-e.

La Plateforme Prévention SIDA organise des repas, une partie peut être emportée par les personnes impliquées. Parfois le temps informel peut sembler hors des objectifs du projet mais il est nécessaire pour nouer des liens, établir une réciprocité...

L'empowerment (savoir, confiance et estime de soi)

La première chose que les femmes du projet ont nommé comme pouvoir et levier d'action c'est le savoir. Au cours de leurs vies, elles se sont senties privées de toute connaissance autour de leur sexualité et sur leur propre corps. Être informées permet de comprendre, de mettre des mots, de penser, et de faire des choix éclairés sur leur propre santé. Avoir suffisamment de confiance pour oser poser les questions, sans tabou.

« Être informées permet de comprendre, de mettre des mots, de penser, et de faire des choix éclairés sur leur propre santé. Avoir suffisamment de confiance pour oser poser les questions, sans tabou »

QUESTIONS

**Denis
Mannaerts
à Philippe
Lefèvre**

On parle beaucoup d'évaluation en promotion de la santé et plus largement en politique de santé publique. Quelles sont vos perspectives sur ces évaluations qui sont orientées – par les pouvoirs publics – vers les résultats, des analyses en termes de comportement, ou des éléments assez court-termistes, **comment compose-t-on avec ces injonctions d'évaluations quantitatives et parfois assez réductrices ?**

**Philippe
Lefèvre**

C'est une vraie préoccupation dans la santé publique mais pas seulement, on a l'habitude d'avoir des indicateurs d'évaluation :

- D'activités, à savoir « qu'est-ce que vous avez fait ? Combien de réunions ? Qu'avez-vous mobilisé ? »
- De résultats « qu'avez-vous obtenu par rapport aux objectifs ? Où en êtes-vous ? »
- De processus et seulement par rapport aux moyens engagés pour obtenir ces résultats.

« Il manque des indicateurs d'impacts : ces impacts mesurent les changements dans les pratiques, les habitudes et les comportements. En quoi y a-t-il eu un changement pour les usager·ère·s, pour les professionnel·le·s, pour les élu·e·s, pour les institutions ? Qu'est-ce que l'action a changé ? »

Ce sont les indicateurs proposés par la santé publique. Il manquerait un certain nombre d'indicateurs. Dans le processus, en démarche communautaire, ce sont les étapes qui sont importantes, et pas simplement une comparaison entre l'instant 0 et l'instant 1.

Plus important encore, il manque des indicateurs d'impacts, qui n'ont rien à voir avec des indicateurs quantitatifs, c'est peut-être plus compliqué pour les institutions, mais ces impacts mesurent les changements dans les pratiques, les habitudes et les comportements. En quoi y a-t-il eu un changement pour les usager·ère·s, pour les professionnel·le·s, pour les élu·e·s, pour les institutions ? Qu'est-ce que l'action a changé ?

L'empowerment est un des éléments qui peut aider à mesurer ces impacts :

- Participation
- Mise en compétence
- Capacité à se responsabiliser

Cela veut dire que cette évaluation ne peut pas se faire sans les personnes concernées, on ne peut pas évaluer pour quelqu'un. D'habitude, on demande à des personnes de l'extérieur d'évaluer. Aujourd'hui, on ne peut plus prendre une population cible, sans la participation de ces personnes. On devrait arrêter de parler de cibles, mais de personnes concernées, si elles sont concernées, elles doivent être engagées dans toutes les phases de la démarche, y compris dans l'évaluation.

Delphine Chabert

Députée du groupe Parti Socialiste

Je suis convaincue de l'intérêt de la démarche communautaire en promotion de la santé et de tout ce qui repose sur une démarche collective.

La question que je me pose, dans un champ lié aux inégalités sociales de santé, est celle de l'accessibilité. Le projet FABSS est très intéressant, mais **comment va-t-on vers les publics, comment on ramène les publics les plus éloignés des dispositifs de santé vers les activités en promotion de la santé ?**

Est-ce que vous avez des pratiques plus innovantes, à défaut de meilleur terme, parler d'outreaching, d'aller chercher les gens, et comment vous faites dans cette logique de promotion de la santé, pour aller chercher les gens ?

Et c'est vraiment crucial, quand on sait qu'on a plus d'un·e bruxellois·e sur 4 qui n'a pas de médecin généraliste, et quand il·elle a vraiment un problème, iel se rend aux urgences. Donc comment on fait pour aller vers ces personnes pour agir davantage dans une logique de prévention, d'approches communautaires en promotion de la santé ?

Frédérique Déjou

Coordination institutionnelle et responsable projet Service Support ASBL Les Pissenlits

Je pense qu'il n'y a pas une recette, il n'y a pas une solution. C'est ce qui est à la fois complexe et prometteur, tout est à inventer et réinventer chaque fois, il faut de la créativité. En ce qui me concerne, je crois qu'il faut sortir de l'idée « d'aller chercher ». Il y a plein de gens qui ont des besoins et qui se mobilisent entre eux, de façon non-institutionnelle. Et je pense qu'il faut rencontrer les gens, les entendre sur ce dont iels auraient envie ou besoin, et leur proposer de les accompagner dans la mise en place de ce dont iels auraient envie ou besoin. Ce qui est légèrement différent de l'idée « d'aller chercher ».

Rencontrer les gens, partout, partout où les gens sont et les écouter. Faire ce que l'on appelle un « diagnostic communautaire » dans notre jargon, mais qui consiste notamment à être dans une logique qualitative et à rencontrer les personnes pour les entendre sur la façon dont elles vivent leurs problèmes, et réfléchir avec elles à la façon dont on pourrait envisager des solutions pour elles, mais des solutions qui pourraient servir à tous·tes.

Donc c'est du temps, c'est beaucoup de temps. Il faut sortir de l'envie du·de la professionnel·le d'aller chercher des gens et de les faire participer à leur propre santé, il faut se mettre à disposition et ce n'est pas simple, on le sait tous·tes, mais le système des personnes relais, est un levier qu'on connaît bien en démarche communautaire, et qui fonctionne très bien. Pour rejoindre la question de l'évaluation, il faut sortir de la logique quantitative, et travailler avec quelques personnes, qui elles-mêmes peuvent aller « faire relais » dans leurs communautés respectives, c'est une des méthodes envisageables.

« Je pense que la participation va beaucoup plus loin, si l'on veut que les personnes viennent, elles doivent se sentir concernées, il faut développer une participation dans laquelle elles ont vraiment envie de travailler avec nous et de partager leurs besoins. »

Lucia Casero

Directrice d'Eurotox

C'est plus une réflexion qu'une question, par rapport à la participation. Je suis toujours très étonnée de voir que le mot participation est un mot à la mode, tout le monde fait de la participation, on la met à toutes les sauces. Il faudrait voir ce que l'on entend vraiment par participation, quelle définition on se donne et comment fait-on participer les gens ?

Alors je suis très contente qu'on ait pu parler en profondeur du projet FABSS, on travaille avec les femmes, et ce sont les femmes qui sont au cœur, parce que souvent on distribue un questionnaire, on pose des questions aux gens, et donc on peut dire qu'ils ont participé en donnant leur avis.

Je pense que la participation va beaucoup plus loin, si l'on veut que les personnes viennent, elles doivent se sentir concernées, il faut développer une participation dans laquelle elles ont vraiment envie de travailler avec nous et de partager leurs besoins. Il faut du temps, ce n'est pas avec un questionnaire, et encore moins avec un questionnaire en ligne qu'on peut affirmer que les gens ont participé.

Denis Mannaerts à Olivier Gillis

Il y a cette particularité de la région bruxelloise qui est assez saillante et qui révèle des inégalités sociales de santé mais ***qu'en est-il de ce que l'on appelle la « 20ème commune de Bruxelles », à savoir la question des personnes sans papier, des personnes qui échappent un peu aux statistiques, qu'en est-il de leur santé et des inégalités qui les touchent ?***

Olivier Gillis

Bruxelles, c'est une terre de passage, on estime qu'il y a plus de 100 000 sans papiers sur le territoire bruxellois. Les enjeux dépassent Bruxelles, il faut aussi regarder au niveau belge et européen. Pouvoir offrir aux personnes sans-papiers un accueil et accès aux soins dignes, évidemment ça n'est pas le cas. À la question de pouvoir coordonner un accueil qui soit digne, Bruxelles est souvent abandonnée dans cette politique-là.

Sur l'accessibilité aux soins, globalement en Belgique, c'est plus de 60% de l'aide médicale d'urgence, qui est une aide octroyée par les CPAS pour les personnes qui sont en dehors du système de la sécurité sociale et concerne principalement les personnes sans-abris, sans-papiers. Il y a un réel enjeu de solidarité nationale par rapport à la prise en charge de ces publics. Au niveau intra-bruxellois, il y a une complexité pour ces personnes d'avoir accès à l'aide médicale d'urgence, puisque les règles diffèrent d'un CPAS à l'autre. Quand on ne connaît pas le système belge, qu'on ne connaît pas la langue, sans accompagnement, on n'a jamais accès à cette aide. Il y a donc besoin de cohérence et de coordination à tous les niveaux.

Denis Mannaerts

En promotion de la santé, on agit en amont des questions d'urgence, offrir un accueil universel et non conditionnel à tous les publics. On est également actif·ve·s au niveau des plaidoyers, alors la question des sans-papiers et de leur santé passe aussi par une transformation de leur situation administrative, pour qu'ils puissent être inclus·e·s dans tous les dispositifs.

Julie Kesteloot

Fédération des
Services Sociaux

Les femmes sont-elles rémunérées pour participer au projet FABSS ?

à Émilie Gérard**Émilie Gérard**

Oui les femmes sont rémunérées, c'est un parti pris, elles prennent du temps, elles s'investissent dans le projet, donc elles sont rémunérées. La formation était défrayée pour qu'elles puissent avoir accès à la formation et pour que l'aspect financier ne soit pas un obstacle. Les participant·e·s aux focus groups, sont aussi défrayé·e·s, au moins au niveau des transports. On estime qu'elles travaillent avec nous. C'est une vraie question, d'autres acteur·rice·s PS se la posent, rémunérer ou ne pas rémunérer. Est-ce que ça ne fausse pas les rapports avec les personnes concernées ? Est-ce que ça ne crée pas un intérêt financier ? Pour nous c'est lever un frein à la participation, et nous constatons que les personnes sont investies bien au-delà de question de l'argent.

**Denis
Mannaerts à
Émilie Gérard**

Par rapport aux changements attendus et non attendus, qu'est-ce qui, au sein du groupe, a le plus évolué, qu'est-ce qui t'a marquée le plus ?

Émilie Gérard

On a fait le choix de ne pas avoir d'objectifs trop lourds, au départ le but était vraiment d'entendre leurs besoins et leur donner la parole. La mobilisation a été grande et énormément de femmes ont participé la première année, 60 femmes sont venues. La santé sexuelle n'est pas toujours le sujet le plus simple à aborder, en groupe comme en duo, faire tomber les barrières, lever les tabous...

Avoir réussi à démontrer que les femmes ont la volonté de s'emparer de sujets directement liés à la santé sexuelle, à leur sexualité, leur santé, leur corps... c'était une avancée majeure.

Julie Kesteloot

Je trouve qu'il y a une vraie tension entre les défis qu'on retrouve en région bruxelloise, les inégalités auxquelles on fait face, qui concernent les publics, les populations, plus ou moins ciblées, cette tension, de ne pas être dans un ciblage et cette notion d'universalisme proportionné qui cible et touche, « aller vers » mais sans « aller chercher » et comment au final on arrive à mener des politiques publiques qui ont un impact sur une région par rapport à ces enjeux-là tout en respectant l'éthique de la démarche communautaire.

Je crois que ce sont des questions qui ont fort émergé notamment pendant le Covid, par rapport à la vaccination.

Philippe Lefèvre

C'était un des thèmes de nos rencontres en 2004 à Mulhouse qui était sur l'articulation entre la verticalité et l'horizontalité. Ce sont de vraies questions, les démarches communautaires sont des démarches horizontales alors que les priorités politiques, les actions publiques viennent du haut et donc sont souvent verticales et descendantes.

Comment faciliter des actions locales portées par d'autres, comment lorsqu'on veut être dans des démarches participatives, au plus près du local, (et ça ne peut pas être des décisions prises d'en haut), pourtant leur rôle est de prendre des décisions, mais comment ces décisions sont en appui de diagnostics locaux, de mobilisations locales ? Il y a des associations et des structures qui font des choses et plutôt que de les prendre comme des opérateurs pour qu'ils mettent en oeuvre les décisions, comment s'appuyer sur leur capacité à agir ? Nicole Maréchal ministre de la santé qu'on avait rencontrée, avait posé la question, comment peut-on faciliter ces démarches communautaires au niveau local ?

C'est une autre façon d'utiliser le pouvoir, ce n'est pas un pouvoir pour dire voilà ce qu'on a fait, c'est qu'est-ce qu'on a permis à d'autres de faire, c'est un changement de culture total. Je ne sais pas ce que vous en pensez en tant que décideur (à Calvin Soiresse) ?

Kalvin Soiresse

Président
du parlement franco-
phone bruxellois

Je pense que nous sommes dans le parlement qui réfléchit le plus possible à ce processus participatif, il y a toute une série de choses qui ont été mises en place par ma prédécesseure Magali Plovie, notamment les commissions délibératives. L'un de mes engagements c'est justement de m'appuyer sur les expériences locales, les diagnostics locaux qui ont été établis par les structures qui sont au plus proche des gens et ne pas rester uniquement dans ce que nous avons réfléchi en haut.

J'ai participé à une commission délibérative, celle de la formation en alternance, j'ai été étonné par la représentativité des populations, quelques soient leurs origines sociales et culturelles, on a parlé des sans-papiers, de sans-abris, en termes d'implication, au niveau de la participation citoyenne, si on peut envoyer des signaux d'ici la fin de législature, et que les suivantes puissent bâtir là-dessus, ce sera déjà ça de gagné. Donc c'est une chose à laquelle nous sommes très attentif·ve·s, mon cabinet et moi.

TABLE RONDE 2

Quel déploiement pour la promotion de la santé dans une approche social-santé intégrée en région bruxelloise ?

Rachida Bensliman

Doctorante et collaboratrice scientifique au Centre de Recherche Interdisciplinaire en Approches sociales de la santé à l'ULB

Modératrice

Vincent Lorant

Professeur à l'Institut Recherche Santé et Société à l'UCLouvain

Intervenant

Caroline Rasson

Cheffe du service prévention tabac aux Fonds des Affections Respiratoires et vice-présidente de la FBPS

Intervenante

Damien Favresse

Coordinateur du Centre Bruxellois de Promotion de la Santé et administrateur à la FBPS

Intervenant

Rachida Bensliman

Doctorante et collaboratrice scientifique au Centre de Recherche interdisciplinaire en Approches Sociales de la Santé à l'ULB

Bonjour, après avoir discuté lors de cette première table ronde des éléments relatifs aux déterminants sociaux de la santé des acteur·rice·s de la promotion de la santé, nous espérons que les concepts clés sont un peu plus clairs dans l'esprit de ceux qui sont peu familiarisé·e·s avec la promotion de la santé et qui renforcent certains aspects de ceux qui sont déjà ancré·e·s de longue date en promotion de la santé, dans la perspective de mettre en place des actions et des projets de promotion de la santé.

Cette seconde table ronde a pour objectif de réfléchir au déploiement des dispositifs de promotion de la santé sur le territoire bruxellois.

Vincent Lorant

Professeur à l'Institut Recherche Santé et Société à l'UCLouvain

Bonjour à toutes et à tous, je vais partager les trois devoirs qui m'ont été donnés pour préparer cette intervention, en répondant à ces trois questions, en dix minutes un vrai challenge.

- Les limites de l'approche territoriale
- Quelles autres approches pour les compléter ?
- Comment passer d'une vision sur le symptôme à une vision sur les causes ?

Alors avant d'en venir au fond, juste rappeler que la manière dont je présente en général, c'est pour faire réfléchir les gens plutôt que de les assommer, donc si ma présentation de temps en temps vous fait un peu trembler, si vous n'êtes pas d'accord c'est que j'ai atteint mon objectif.

Limites de l'approche territoriale

Rappelons d'abord pourquoi les pouvoirs publics promeuvent une approche territoriale :

- La principale nous vient de la littérature inter-organisationnelle sur l'intégration des soins, entre autres les travaux de Walter Leutz qui dit que toute intégration de services est locale, dans le domaine de la santé mentale, dans le domaine de la PS, vous n'aurez jamais de continuité de soins ou d'intégration si elle n'est pas locale. C'est donc principalement une théorie inter-organisationnelle.

- Les ressources et les besoins sont naturellement définis localement et Olivier Gillis l'a bien rappelé sur la démographie de la région bruxelloise, les prix relatifs peuvent varier d'une région à l'autre.

- Un monde plus efficient est celui où on rapproche la décision de l'utilisateur. De ce côté-là par exemple la France pourrait apprendre de la Belgique, puisque nous avons favorisé un système de décentralisation qui permet de rapprocher la décision de l'utilisateur.

Ceci dit, on doit reconnaître que les approches territoriales ont pas mal de faiblesses, qu'on oublie souvent de discuter.

- D'abord ce que l'on appelle les effets de contexte en socio-épidémiologie. La géographie exprime déjà des inégalités. Regardez les territoires au sein de la région bruxelloise, d'une commune à l'autre et d'un quartier à l'autre, vous avez des situations extrêmement différentes, de sorte que ce territoire peut maintenir et promouvoir les inégalités.

On peut illustrer cela avec une carte des États-Unis. Aux EU on a la possibilité de regarder la mobilité sociale du revenu, non seulement d'un état ou d'un comté à l'autre mais aussi d'un quartier à l'autre. Ce que cette observation révèle c'est que la probabilité que quelqu'un qui est né dans une famille pauvre, passe du premier quartier au dernier quartier, de pauvre à plus riche, grosso modo c'est de 7%. La probabilité d'un enfant qui naît dans une famille pauvre à terminer lorsqu'il est à l'âge adulte à passer dans un groupe plus riche et de 7%. Ce qui est intéressant c'est que cette

« Il y a des effets de contextes qui sont très forts. Le territoire est certainement une ressource, mais le territoire peut être aussi une prison. Ces propriétés facilitent l'émergence et le maintien des inégalités. »

probabilité varie énormément d'un territoire à l'autre. Et aussi d'une ville à l'autre. Peut-être qu'on pourra mesurer ces probabilités-là au niveau de la RB à l'avenir. Pour un enfant né dans le sud-ouest des EU, sa probabilité de rester pauvre est beaucoup plus élevée que s'il naît dans l'Utah. Autrement dit, il y a des effets de contextes qui sont très forts.

Ces effets ont été mesurés dans l'étude [Moving to Opportunity](#). Cette étude expérimentale, dans laquelle on a donné des chèques logements à des populations fragilisées pour qu'elles puissent aller habiter dans d'autres quartiers. Autrement dit, le territoire est certainement une ressource, mais le territoire peut être aussi une prison.

Les meilleures politiques de santé publiques sont souvent des politiques de législation. Dans un des domaines qui est le mien, la prévention du tabagisme chez les adolescent·e·s, la meilleure politique, ce sont les taxes sur le tabac. Toute la régulation, la réglementation, c'est un des premiers moteurs de la protection de la santé.

Les réseaux sociaux, n'y voyez pas les

réseaux sociaux comme Facebook, mais pensez aux relations sociales qui sont établies entre nous. Ces réseaux ont plusieurs caractéristiques, une d'entre elles, est qu'ils se construisent sur base géographique, locale. Plus vous investissez sur le territoire, plus vous pouvez magnifier ou augmenter les inégalités.

Quelles sont les nouvelles approches dans le domaine de la PS ?

Approche par les réseaux

Nous avons peut-être tendance, dans la santé publique, à penser une population sur un modèle très atomiste, où les individus sont les un·e·s à côté des autres. Mais qu'est-ce qu'une population ? Une population ce n'est pas ça. Une population c'est un ensemble d'individus qui ont des liens privilégiés les un·e·s avec les autres. Ces liens font apparaître des clustering (concentrations).

Cela permet de toucher du doigt un des concepts importants, dont on parle beaucoup, qui est celui de l'autonomie en santé publique. L'autonomie n'existe pas. L'autonomie n'existe pas parce que les comportements de santé sont des comportements sociaux. Ils se passent d'individus à l'autre à travers les réseaux.

Cette approche est applicable aussi dans le domaine thérapeutique et dans le domaine des relations de soins. Qu'est-ce qu'un·e patient·e ? Un·e patient·e c'est l'ensemble des personnes qui lui permettent d'obtenir de l'aide face à ses besoins sociaux et sanitaires. Les patient·e·s, les adolescent·e·s, quand on s'intéresse à leur santé, il faut les prendre dans une

dimension beaucoup plus sociale.

Ça veut dire que les comportements de soins appris et maintenus via les contacts sociaux, dans l'étude [SILNE-R](#) qui est une étude européenne menée dans 6 pays, 40 à 50% de la variance des comportements de substance des adolescent·e·s, fumer, boire de l'alcool et consommation de cannabis, sont expliqués par la dyade des relations d'amitié. Vous ne pouvez pas influencer le comportement d'un·e adolescent·e en ignorant ce qu'il y a autour de lui.

Les réseaux sociaux ont trois propriétés :

1. Propriété de transitivité, c'est-à-dire les ami·e·s de mes ami·e·s sont mes ami·e·s.
2. Ils ont une proximité géographique.
3. L'homophilie, à savoir la tendance que l'on a à interagir avec les gens qui nous ressemblent (genre, ethnicité...).

Ces propriétés facilitent l'émergence et le maintien des inégalités. Promouvoir la santé ça veut dire, agir sur les réseaux en grande partie.

Approche par le rétablissement

Dans le cadre des déterminants sociaux de la santé, la question principale : **doit-on intervenir sur les soins de santé, ou sur les déterminants sociaux ? Et quelle est la relation entre les deux ? Est-ce que les déterminants jouent sur la santé ou bien est-ce l'inverse, la santé qui joue sur les déterminants sociaux ?**

Pour répondre à la question, il faut adopter une perspective du cycle de vie qui permettrait de considérer que cette question n'a plus lieu d'être.

Prenons l'exemple du lien de sélection, c'est à dire quand la santé mentale joue sur les performances scolaires. Le lien entre santé et statut socio-économique ou déterminants sociaux, est renversé. On doit à la fois s'intéresser à ce lien santé sur les déterminants sociaux, en particulier durant l'adolescence et s'intéresser au lien dans l'autre sens, davantage chez les adultes, c'est-à-dire comment les facteurs sociaux (les déterminants) jouent sur la santé mentale ? On ne doit pas choisir entre ces deux questions, elles sont toutes les deux pertinentes mais elles concernent des cycles de vie différents, des populations différentes, et au milieu la mobilité sociale.

Lorsqu'on regarde, selon des [travaux que l'on vient de publier à l'Institut Recherche Santé Société](#), l'évolution de l'intégration sociale, des patient·e·s psychiatriques ou des personnes en souffrance psychiatrique, en Belgique l'écart entre ceux qui sont en plus mauvaise santé mentale et ceux qui sont en meilleure santé mentale, cet écart au fil du temps, augmente. L'intégration sociale est de plus en plus faible, en termes de revenus, en termes de participation au marché du travail, en termes de relations conjugales.

Je terminerai avec trois questions que je vous livre pour la suite de votre carrière que je vous souhaite très longue, ces questions me viennent de mon expérience dans le domaine de la promotion de la santé depuis le décret Onkelinx, puisque lorsque j'ai commencé ma carrière, Laurette Onkelinx avait implémenté le décret de 1997 donc c'est un secteur que je connais un petit peu, par différents travaux dans le domaine de la santé mentale et de la santé des adolescent·e·s.

1. La promotion de la santé vise des objectifs de santé, mais on doit reconnaître que nos cadres d'intervention, la participation, l'autonomie, s'inspirent des sciences humaines, alors comment s'assurer que ces deux cadres soient cohérents et rigoureux ? La littératie, les réseaux, l'autonomie, la participation ce ne sont pas des concepts de santé, ce sont des concepts de sciences humaines. Et on peut avoir tendance à mal les manipuler, un en particulier qui m'intéresse beaucoup, c'est l'autonomie, qu'est-ce que l'autonomie ? Nos décisions ne sont pas autonomes, elle sont le fruit d'interactions sociales et

dans le domaine de la sexualité c'est particulièrement important.

2. La promotion de la santé est assise souvent sur ses valeurs, avec 3 valeurs il y a 3 conflits, avec 5 valeurs, il y en a 10. Comment va-t-on faire face à ces conflits ? D'autant plus que différent·e·s acteur·rice·s soutiennent différentes valeurs, en particulier les professionnel·le·s VS les patient·e·s.

3. La question de la fragmentation. Notre système de soins de santé est très fragmenté. Nous savons que cette fragmentation augmente les inégalités. Et dans la promotion de la santé, on la retrouve aussi. Cette fragmentation on la fait souvent porter sur les décideur·euse·s politiques, sur les différents niveaux de pouvoir, mais une des formes importantes de fragmentation, c'est la fragmentation inter-organisationnelle.

**Rachida
Bensliman**

Merci à Vincent Lorant pour sa présentation dynamique, riche et intéressante qui permet de faire la transition avec celle de Caroline Rasson qui nous présente les enjeux de la fragmentation du paysage institutionnel et des compétences et le déploiement de la promotion de la santé en articulant les différentes politiques.

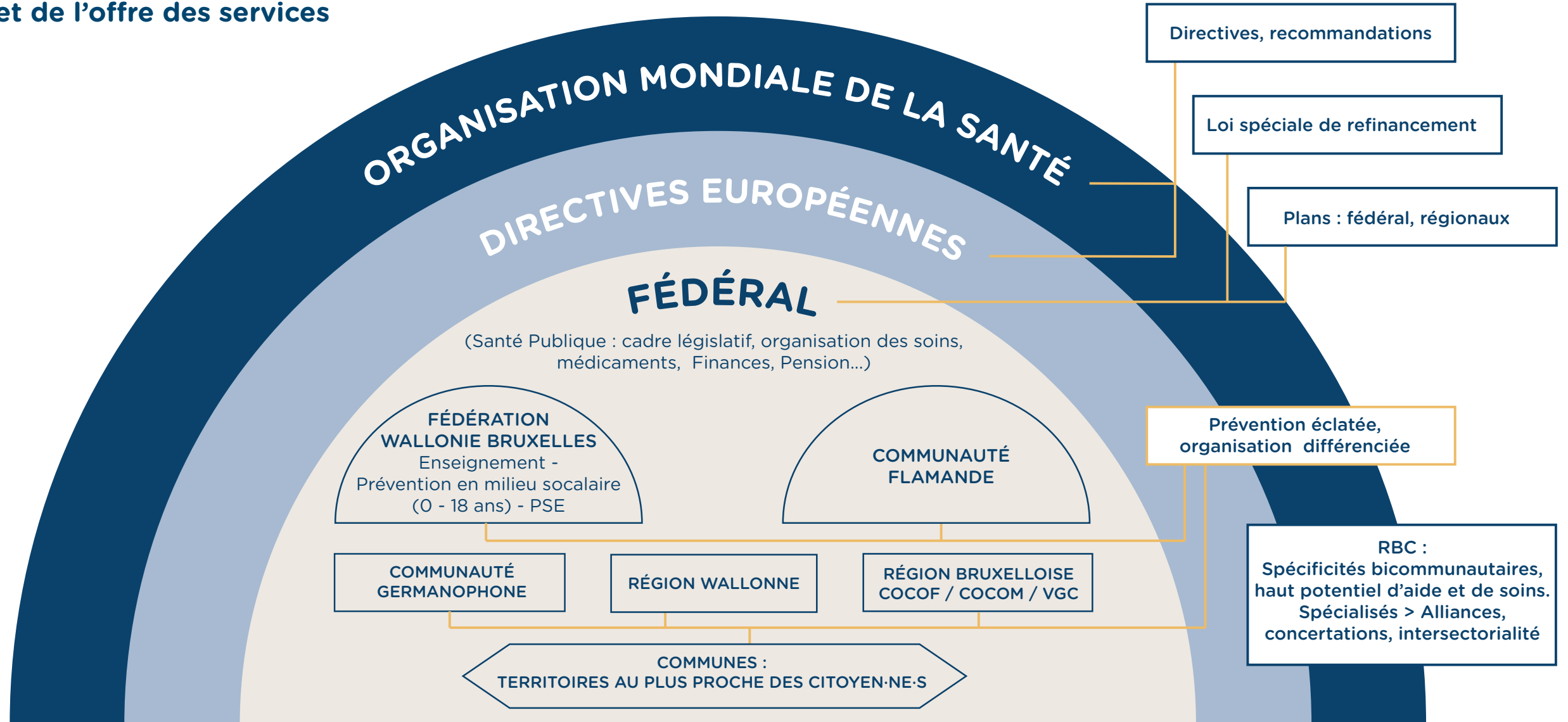
Caroline Rasson

Cheffe du service prévention tabac aux Fonds des Affections Respiratoires et vice-présidente de la FBPS

Bonjour à tous et à toutes, merci pour cette occasion d'exposer notre représentation de cette fragmentation des politiques au sein de notre communauté. En effet, mon intention c'est de pouvoir apporter - au-delà du morcellement des compétences en santé - un regard sur une gouvernance partagée, et montrer que l'articulation entre le politique et une coopération de terrain peut faire bon ménage. Mais il faut beaucoup jouer d'adresse et de stratégie à cet effet. Comme un dessin vaut mieux qu'un long discours, je vous présente ce schéma (P. 64-65).

Je me suis demandée comment j'allais représenter le paysage dans lequel j'ai l'impression de devoir naviguer. Naviguer en tant que cheffe de service de prévention et de promotion de la santé pour l'abord du tabagisme, mais également l'accompagnement, la prise en charge, la gestion de cette consommation, tout en sachant qu'on est dans une approche positive, l'idée n'est pas de faire arrêter tout le monde mais en tout cas de pouvoir générer une réflexion, puisque réfléchir c'est déjà agir.

Fragmentation des compétences et de l'offre des services



Point d'attention : charges financières liées à la portabilité des droits des citoyen-ne-s > nécessite une coordination entre les entités fédérées et le Fédéral

Schéma «Fragmentation des compétences et de l'offre de service» pour le colloque «La Promotion de la Santé dans un contexte de politique social-santé intégrée : pourquoi ? Comment ?» - Caroline Rasson du FARES, modifié par Nef Negrel de la FBPS - 2023 -2024

Niveaux de pouvoir

L'OMS

Nous nous appuyons sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, c'est ce qui chapeaute un peu notre manière de voir, nos stratégies, notre façon de penser et d'appliquer. Mais également les directives européennes, comme Vincent Lorant l'a mentionné, les directives européennes peuvent être porteuses de législation, et il y a des recommandations qui sont intéressantes aussi à prendre en compte sur la manière de mettre en œuvre des politiques de prévention.

Le Fédéral

Ensuite, le fédéral qui est responsable de tout ce qui a trait à la santé publique, il offre un cadre législatif, il s'appuie sur les directives de l'Europe, qui elles-mêmes s'appuient sur celles de l'OMS. C'est donc au niveau fédéral que se situe l'organisation des soins. Les choses se compliquent, puisqu'il y a des hôpitaux qui dépendent des communautés et d'autres qui dépendent des régions. Mais les remboursements INAMI dépendent du fédéral. Donc il faut toujours jongler avec tous ces niveaux de compétences. En ce qui concerne les médicaments, c'est également le fédéral. Au niveau des finances, je vais prendre le cas du tabagisme, c'est le fédéral qui bénéficie des recettes des taxes sur les produits du tabac mais c'est la santé publique qui doit payer des soins et de tout ce qui impacte la santé relative au tabac.

Les communautés

On a finalement une communauté francophone avec la Fédération Wallonie-Bruxelles qui détient la compétence de l'enseignement, la prévention en milieu scolaire, les 0-18 ans. La promotion de la santé à l'école est évidemment très importante, la matière est restée à la FWB alors que nos compétences et nos organisations de promotion de la santé ont été transférées aux régions avec la sixième réforme de l'état.

La communauté flamande

En communauté flamande, c'est assez facile puisqu'ils réunissent tout, la gestion est plus simple.

La Wallonie

Quand on parle de la région wallonne, il y a aussi la communauté germanophone qui a aussi ses propres ministères. Donc nous avons la santé au niveau fédéral, il y a la santé au niveau de la FWB (PSE), la santé en communauté flamande, la santé en communauté germanophone, la santé en région wallonne et la santé en région bruxelloise.

La région bruxelloise

En région bruxelloise, là aussi il y a une découpe. La COCOF pour tout ce qui est prévention et promotion de la santé, puis la COCOM, qui gère tout ce qui est accompagnement et prise en charge.

Il y a aussi la VGC car il y a un taux de néerlandophones en région bruxelloise, elle est en lien direct avec la communauté flamande. Donc on a une prévention qui est assez éclatée, avec une organisation très différente d'une communauté linguistique à une autre. Si on prend la prévention en communauté germanophone c'est l'ASL qui sensibilise beaucoup au niveau scolaire, d'autres institutions sont mises en place côté francophone et côté néerlandophone.

Donc des articulations sont plus que nécessaires dans ces politiques.

Les communes

Pensons aussi qu'au niveau du territoire, il y a les communes, qui sont au plus proche des citoyen-ne-s, et elles ont également des services de prévention, des échevinats de la santé, de la famille, de la petite enfance et ces échevinats sont aussi à mobiliser, à sensibiliser, à côtoyer pour pouvoir faire évoluer les choses.

Donc en RBC il y a des spécificités bi-communautaires, avec un haut potentiel d'aides et de soins, surtout spécialisés, car on voit qu'on a moins recours à la médecine générale, on va plus vite vers les médecines spécialisées.

C'est donc crucial de créer des liens, des alliances, pouvoir se concerter et développer une vision intersectorielle. Sachant qu'il y a des plans qui sont menés au niveau fédéral, on pense notamment au ministre Demotte, le plan Maggie de Block par rapport à la question du tabagisme.

Au niveau régional, plan promotion de la santé (PPS), le Plan Social-Santé Intégré (PSSI) qui permet d'allier social et santé, ce qui est une articulation cruciale, les acteur-ric-e-s du social sont également des partie-prenantes importantes à considérer dans notre approche de la prévention.

La portabilité des droits

Une autre particularité concerne les charges financières liées à la portabilité des droits des citoyen·ne·s. En effet, chacun·e est libre de s'adresser aux professionnel·le·s de santé de leur choix, issu·e·s de l'une ou l'autre région/Communauté. Ceci implique des liens étroits à maintenir entre les entités fédérées et le fédéral et de renégocier, voire faire évoluer les moyens dégagés dans le cadre de la loi spéciale de refinancement en regard des réalités et enjeux propres à chacune des entités fédérées.

« La prévention est souvent le parent pauvre. Il est précieux de prévoir des lieux de concertation, de co-construire des plaidoyers et les porter vers les instances de politique et de tutelle »

« On ne peut se limiter au 0.5, le bas-seuil ; agir en amont est vital, on n'attend pas 65 ans, on n'attend pas d'être SDF, on n'attend pas d'être confronté·e à des difficultés importantes pour aborder la question de la consommation »

Articulation

Quand on parle d'articulation et de coopération de terrain, il est important de créer des alliances, notamment pour remettre à l'honneur la prévention et rediscuter de l'enveloppe budgétaire qu'on lui accorde. En effet, la prévention est souvent le parent pauvre. Il est précieux de prévoir des lieux de concertation, de co-construire des plaidoyers et les porter vers les instances de politique et de tutelle. Ceci nous invite en tant que partenaires à être suffisamment attentif·ve·s aux différents niveaux de compétences, à leur articulation, aux enjeux de chacune des entités fédérées ainsi qu'aux différentes perspectives et façons de faire et d'appliquer les plans élaborés (PPS, PSSI..).

On ne travaille pas de la même manière entre communautés, néerlandophone et francophone. Il existe des différences culturelles et structurelles dont il faut tenir compte même si nous avons des stratégies communes et que l'on défend des valeurs communes. On produit donc des plaidoyers concertés, comme par exemple, celui portant sur les assuétudes dans le cadre [d'Agir en Prévention](#). En effet, on ne peut se limiter au 0.5, le bas-seuil ; agir en amont est vital, on n'attend pas 65 ans, on n'attend pas d'être SDF, on n'attend pas d'être confronté·e à des difficultés importantes pour aborder la question de la consommation.

Donc on veille à développer les actions communes, à être dans une complémentarité d'intervention, on se rassemble pour partager des compétences, des pratiques, pour tirer les enseignements de ce qui nous est ramené du terrain par les professionnel·le·s, des difficultés qu'ils rencontrent et des nouveaux besoins qu'ils perçoivent. Bref, on essaye de travailler un maximum en réseau.

L'idée du réseau ici est bien de se renforcer pour veiller à combler les manques observés. Des collaborations bi-régionales sont nécessaires en regard du principe de portabilité des soins et du besoin d'harmonisation des offres des services et de cohérence des messages véhiculés.

Il faut s'attacher à l'ensemble des spécificités (multiculturalité, ISS...), et toucher une variété de lieux de vie pour faire évoluer le cadre et amener des changements structurels.

Un renforcement institutionnel sur le terrain et des partenariats sont nécessaires pour viser un élargissement de la couverture territoriale. En prévention, on est très peu, or au plus on se rassemble, au plus on forme des professionnel·le·s de 1ère ligne, au plus proche de la population et au plus on étend notre champ d'action. Il y a un effet multiplicateur qui associe l'amélioration du cadre de vie, l'innovation, le lien de confiance avec la population et la proximité.



Il s'agit d'aller à la rencontre des bénéficiaires. A cet effet, il est précieux de travailler en appui avec des pair·e·s ou avec des communautés de sorte que l'on renforce leur pouvoir d'agir. A titre d'exemple, l'outil [Des Racines et des Elles](#), a été co-constituit, après trois ans de travail avec un groupe de parole de femmes et en collaboration avec Vie Féminine. Cet outil est axé sur le bien-être et les consommations, en partant de leur parole, de leur vécu et de leurs besoins.

L'idée est ici de produire des outils et de l'information au plus près des réalités de terrain, de sorte qu'ils favorisent un libre arbitre et des choix éclairés.

Rachida Bensliman

Merci beaucoup Mme Rasson pour cette présentation de la constellation des politiques et des compétences institutionnelles avec beaucoup de clarté. Nous allons maintenant accueillir Damien Favresse qui va nous exposer les enjeux de déploiement de la promotion de la santé en tenant compte de la diversité et des spécificités du territoire bruxellois.

Damien Favresse

Coordinateur du Centre Bruxellois de Promotion de la Santé
et administrateur à la FBPS

Bonjour, je vais essayer de présenter les enjeux plus opérationnels dans l'approche social-santé intégrée qui devrait se déployer ici Bruxelles. Nous sommes dans un contexte où la promotion de la santé est vue comme quelque chose de central à l'approche social-santé intégrée. Alors pour questionner justement son déploiement, je vais procéder en deux temps. Je vais d'abord rappeler quelques spécificités, enjeux globaux et principes clés de la promotion de la santé, pour dans un second temps mieux comprendre les enjeux pour le secteur qui vont se profiler dans l'approche social-santé intégrée.

« La démarche de promotion de la santé est une démarche de développement humain, qui vise la qualité et le bien-être, en renforçant la capacité à agir des populations sur leur santé »

Les fondamentaux

Il est important de rappeler une chose qui est fondamentale, la démarche de promotion de la santé est une démarche de développement humain, qui vise la qualité et le bien-être, en renforçant la capacité à agir des populations sur leur santé. Alors il y a les actions sur les déterminants de santé, le travail sur les compétences psychosociales comme par exemple travailler sur le renforcement d'estime de soi qui est un facteur de protection par rapport à des conduites à risque, ou agir sur l'environnement si on veut faire de l'activité physique, il faut des infrastructures sportives qui soient à disposition de la population.

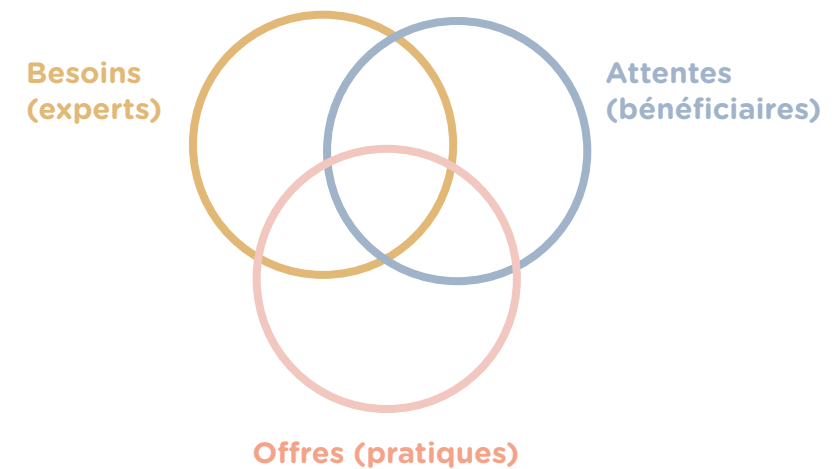
C'est une démarche de développement humain parce qu'il y a une idée d'émancipation sociale, je crois qu'elle est fondamentale. Il faut toujours avoir l'esprit que quand on fait de la promotion de la santé il y a cette logique d'émancipation et de participation, on n'agit pas uniquement pour les populations mais avec les populations. Cette notion d'avec est centrale en promotion de la santé.

Un autre point fondamental dans la promotion de la santé, c'est qu'il

s'agit d'une démarche intersectorielle, les rudiments de la promotion de la santé sont nés il y a une cinquantaine d'années par une remise en question du peu d'efficacité de campagne d'éducation ou de prévention par la peur qui avaient peu d'impact. Donc finalement c'est une alliance entre des sciences humaines et des médecins, ces disciplines se sont regroupées pour créer la promotion de la santé. Elle est donc, intrinsèquement, une démarche intersectorielle et de rencontres.

La promotion de la santé a une identité hybride, on est à la fois entre le social et la santé mais on n'a pas de reconnaissance du secteur social ni du secteur santé, c'est un des enjeux dans le déploiement de la promotion de la santé.

La démarche intersectorielle a aussi des freins qui peuvent exister, si on développe des démarches intersectorielles sur le terrain, cela demande une certaine cohérence, donc si on ne travaille pas en interdisciplinarité, du côté de la recherche si on n'y travaille pas en inter-ministérielle du côté politique, alors il y a une forme d'incohérence



et ça peut freiner les démarches intersectorielles.

Une approche globale, c'est travailler avec plusieurs modalités d'action, on essaye de maintenir une diversité d'actions avec différents publics. Si vous faites des animations EVRAS dans les écoles, c'est nécessaire mais ça n'est pas suffisant, il faut mettre d'autres choses en place. Il faut impliquer les enseignant·e·s, les élèves, si on veut avoir un impact, il faut travailler à plusieurs modalités d'action. Qui dit approche globale dit aussi travailler tout au long de la vie, la promotion de la santé elle débute à la naissance jusqu'à la fin de la vie et on peut travailler très tôt sur les comportements de protection notamment le développement des compétences psycho-sociales dès un très jeune âge.

Par rapport à la question de diagnostic, on part des besoins des expert·e·s, des professionnel·le·s, les attentes des bénéficiaires, mais aussi le diagnostic de l'offre. Qu'a-t-on mis en place ? On travaille donc à la convergence des trois. Ça permet de rassembler les parties prenantes.

En France un dépistage du cancer du sein, ils avaient mis en place des bus mobiles pour aller dans les quartiers défavorisés et ils se sont aperçus que les populations défavorisées n'étaient pas touchées. Renforcer l'accès physique au dépistage n'a pas été suffisant, ils ont évalué après plusieurs années le projet, et il est ressorti que ce sont les populations plus favorisées qui bénéficiaient du projet de dépistage. Lors de cette évaluation ils ont notamment mis au jour que les populations plus précarisées n'avaient pas toujours de lien de confiance avec le monde médical, une population fort centrée sur le présent, or, pour s'inscrire dans une logique préventive, il faut pouvoir se projeter dans le futur. Ce sont des éléments qu'il faut prendre en compte car sinon on risque de mettre en place des actions qui ont peu d'effet parce qu'on n'a tout simplement pas pris en compte les spécificités des bénéficiaires visé·e·s.

Une approche positive

Aujourd'hui on parle beaucoup de problèmes, or la promotion de la santé est une approche positive de la santé. Travailler de manière positive, c'est parfois inverser les choses. S'il y a des problèmes de violence dans une école, on peut renforcer les sanctions, pour punir les actes de violence. Mais on peut aussi regarder comment améliorer les relations entre les acteur·rice·s scolaires, entre les parents et les élèves, entre les enseignant·e·s et les élèves.... Souvent les approches positives ont un meilleur impact que des approches qui se concentrent sur les problèmes. C'est important d'avoir cette approche positive, on peut travailler avec des toxicomanes où on travaille juste la relation avec le produit ou comment améliorer la qualité de vie, leurs conditions de vie, travailler avec elleux sur des projets d'inclusion sociale. Adopter une approche positive, c'est une façon de travailler qui est souvent plus mobilisatrice, plus inclusive et moins moralisatrice et stigmatisante.

Les enjeux d'une approche social-santé intégrée

Si je fais le lien avec les enjeux d'une approche social-santé intégrée, je pense à une recherche dans laquelle j'avais constaté que le contexte bruxellois était un contexte fort concurrentiel. Il y a beaucoup de concurrence entre les secteurs, entre les institutions. Pour avoir travaillé dans d'autres régions, je ne retrouvais pas ça. Et dans ces enjeux social-santé, autour d'intérêts communs, il y a clairement une nécessité à Bruxelles de déssectorialiser les choses et de désinstitutionnaliser les choses, et il faut pouvoir reconnaître les complémentarités des autres secteurs. Alors il y a la place du secteur de la promotion de la santé on sait bien qu'on est un petit Poucet par rapport aux autres secteurs, avec peu de moyens et on voit des dispositifs qui sont en train de se mettre en place, où on a l'impression que le secteur promotion santé est peu pris en compte.

À chaque fois qu'on déploie de nouvelles dynamiques, il y a aussi une volonté de standardiser les pratiques, et cette standardisation fait qu'on applique quelque chose à l'ensemble d'une population. Le problème - pour les populations qui sont en marge -

« Souvent les approches positives ont un meilleur impact que des approches qui se concentrent sur les problèmes »

c'est que ces pratiques ne vont pas souvent s'adapter à ces populations. Il faut donc les réadapter. Il faut donc les réadapter aux caractéristiques de ces populations.

Pour faire un parallèle, les mesures d'hygiène par rapport à l'alimentation sont souvent déterminées par l'industrie agro-alimentaire, les petit·e·s producteur·rice·s locaux·ales ne se retrouvent pas du tout là-dedans. Donc dans une ville comme Bruxelles, avec une multiculturalité assez importante, il faut essayer de s'adapter aux conditions et sortir de ces dynamiques standardisées si nous voulons aussi toucher les populations les plus fragilisées.

Il est important de garder à l'esprit qu'une approche territoriale, si on travaille juste sur l'amélioration de l'organisation du système d'accès aux soins et à l'aide, on travaille sur les effets des inégalités mais sans mesure d'émancipation qui accompagne, il y a un risque d'arriver à un système d'assistance. Par rapport au système de soins, les populations qui sont socio-économiquement favorisées, elles font leur marché et c'est la mobilité

qui organise leur marché, elles vont se déplacer entre les deux régions en fonction des professionnel·le·s les plus compétent·e·s par le biais de leur réseau de relations sociales, leur capital social. **Donc si on organise tout au niveau territorial, il faut s'assurer qu'il y ait des mesures d'émancipation qui permettent de travailler avec ces populations.**

QUESTIONS

Amélie Plateau

ASBL Les Pissenlits

**à Vincent
Lorant**

C'est la première fois que j'entends parler du concept de fragmentation inter-organisationnelle et j'aimerais bien en savoir un peu plus s'il vous plaît.

**Vincent
Lorant**

Ici aujourd'hui vous êtes un certain nombre d'organisations, avec différents publics-cible, différentes méthodologies, vous êtes différent-e-s et pour atteindre des objectifs collectifs, vos organisations doivent avoir des liens entre elles. Ces liens peuvent passer par le partage de ressources, créer des activités ensemble, mais ce qu'on sait dans la littérature, c'est qu'en général, ces liens entre les organisations sont complexes, sont difficiles à mettre en œuvre et parfois ralentissent l'atteinte de ces objectifs, tels que la santé de la population ou l'équité. J'ai participé à l'évaluation de la politique de santé mentale en Belgique (<https://tinyurl.com/rnux7r8p>) je pourrais vous montrer la carte du système de santé mentale bruxellois, je pense que vous iriez habiter dans une autre région.

Ce sont des cartes qui compliquent les parcours des patient·e·s. Vous pourriez créer une carte des liens entre la promotion de la santé à Bruxelles, pour mettre au jour les liens que vous avez entre vous et dans quelle mesure ces liens favorisent l'objectif final qui est promouvoir la santé des bruxellois·e·s. Ce sont essentiellement des théories organisationnelles qui vous aideront à améliorer votre tissu inter-organisationnel.

Ahmed Mouhssin

Député
du groupe Écolo

à Caroline Rasson

Selon moi, la grosse problématique, c'est que tous les investissements qui sont faits à la COCOF par rapport à la promotion de la santé, les résultats sont pour les citoyen·ne·s, mais financièrement sont surtout pour le fédéral. Y a t-il moyen de quantifier les impacts positifs financiers pour le fédéral et peut-être les réinvestir au niveau des communautés ?



Caroline Rasson

Effectivement, on remarque que les investissements consacrés à la prévention sont très minimalistes. C'est le ministère des finances qui bénéficie de toutes les taxes liées à la vente de tabac et notamment le ministère de la santé publique qui doit payer l'impact de cette consommation. Des enquêtes ont justement mesuré les investissements réalisés et les recettes liées à ces consommations. Clairement on a intérêt à plus investir, parce que les soins de santé coûtent excessivement chers sans compter le contrôle des produits, des réglementations à appliquer or une partie des taxes pourraient bien évidemment servir à déployer plus de prévention.

[Le rapport Socost¹ de 2012](#), qui porte sur « Le coût social des drogues légales et illégales en Belgique » traite de l'approche des drogues. Pendant 4 ans, on a réuni des douanier·ère·s, des policier·ière·s, des personnes chargées de la prévention ou de la prise en charge du contrôle et des soins. À terme, on s'est rendu compte qu'il y a vraiment intérêt à investir davantage dans la prévention, mais pour le moment les grands gagnants ce sont les finances, l'industrie et pas la santé publique ni la prévention.

Si l'on regarde le tableau (ci-après) issu de l'enquête SOCOST de 2012, **on constate que 0,28% des montants sont investis en prévention en Région Wallonne, 0,07% en région de Bruxelles-capitale contre 3,76% par le gouvernement flamand.**

¹Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaeghe, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W., & Annemans, L. (2016). The social cost of legal and illegal drugs in Belgium. Antwerpen: Maklu.

« Une étude, conduite en 2017, a calculé que le retour sur investissement, des actions en promotion de la santé et en prévention des problèmes de santé, est de 14 euros pour chaque euro investi »

Tableau 2: Les coûts publics directs dans les secteurs et les niveaux politiques (million €), 2012⁵

	Prévention	Réduction des risques	Traitement	Law enforcement	Coordination	Recherche	Total
Gouvernement Fédéral	4,24	0,17	1711,19	538,16	0,97	1,24	2255,97 (97,7%)
Gouvernement Flamand	3,76	0,49	11,70		2,32	0,03	18,3 (0,79%)
Région wallonne	0,28	0,70	3,51		0,30	0,05	4,84 (0,21%)
Communauté française Wallonie-Bruxelles	1,52	1,00	3,73	19,29	0,01		25,55 (1,11%)
Communauté germanophone	0,18		0,21		0,002		0,39 (0,02%)
Région de Bruxelles-Capitale	0,07	0,14	0,81		0,08	0,02	1,12 (0,05%)
Provinces	0,77		0,32		0,37	0,005	1,47 (0,06%)
Autre/non déterminé	0,42		0,01		0,10	0,03	0,56 (0,02%)
Total	11,24 (0,49%)	2,50 (0,11%)	1731,48 (75,01%)	557,45 (24,15%)	4,15 (0,18%)	1,37 (0,06%)	2308,2 (100%)

Toujours, selon les estimations de l'étude Socost, la Belgique supporte 4,6 milliards d'euros par an suite aux coûts directs et indirects liés à la consommation abusive de drogues illégales, d'alcool, de tabac et de médicaments psychoactifs, soit 1,19% du PIB. Pour compléter, une autre étude², conduite en 2017, a calculé que le retour sur investissement, des actions en promotion de la santé et en prévention des problèmes de santé, est de 14 euros pour chaque euro investi. Il s'agit ici d'un argument de choix pour réinvestir dans les Communautés et Régions, qui assurent désormais cette compétence qui elle-même s'articule très clairement avec le Fédéral, sachant qu'à la clef pour les citoyen-ne-s ce sont des années de vie gagnées en terme de qualité de vie et de productivité.

²Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R., & Capewell, S. (2017). Return on investment of public health interventions: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 71(8), 827-834.

Indirects des villes et communes n'ont pas été inclus dans l'étude SOCOST, car ils ne pouvaient pas être estimés à l'aide de la méthode « descendante ».

**Rachida
Bensliman
à
Damien
Favresse**

Compte-tenu des particularités sociales et de la diversité culturelle à Bruxelles, comment peut-on déployer des projets qui tiennent compte de ces spécificités et surtout des priorités et des besoins des populations ?

**Damien
Favresse**

D'abord l'important c'est établir une relation de confiance avec ces populations. Souvent avec les populations qui sont marginalisées ou les minorités, le lien de confiance est inexistant avec les politiques, les professionnel·le·s. Elles sont dans une histoire de vie qui fait que cette confiance s'est détériorée progressivement. L'important est de ne pas aller trop vite, il faut du temps. Avec le développement d'écoles citoyennes, il y a une démarche participative qui s'installe, ce sont les élèves qui participent à l'élaboration du règlement. On voit que la première année, ils reproduisent un règlement assez similaire à ce qui existait, en troisième année ça commence à changer, la forme évolue et peut prendre celle du rap par exemple.

L'appropriation se fait progressivement, on sent qu'on modifie la relation, et cette relation n'est pas habituelle, elle se construit lentement. Il faut pouvoir dépasser les résistances aussi des professionnel·le·s, changer le mode de relation avec les bénéficiaires, il faut donc accepter d'avoir un regard des bénéficiaires sur sa pratique et qu'ils puissent remettre en question cette pratique, dans certains cas il y a une forme de résistance. Donc pour prendre en compte les particularités culturelles, il faut pouvoir établir une relation et comprendre la manière de fonctionner de ces communautés.

Rachida Bensliman

En effet ce lien de confiance traverse beaucoup de projets et l'efficacité des actions en dépend, ce que disait Frédérique (ASBL Les Pissenlits) par rapport à la rencontre avec les personnes.

Je travaille aussi une thématique de recherche particulière, où le lien de confiance est central, qui est l'accompagnement des personnes qui souffrent du syndrome de Diogène, qui est une vraie problématique complexe qui amène nécessairement de l'intersectorialité, une collaboration inter-professionnel-le-s...

Mais la première étape qui me semble absolument fondamentale c'est d'abord d'entrer en contact avec la personne et d'établir ce lien de confiance, pour qu'elle puisse accepter, avoir des fenêtres qui lui permette de tisser des liens avec des services qui peut les aider.

Denis Mannaerts à Vincent Lorant

J'aimerais revenir sur l'étude Moving To Opportunity présentée par Vincent Lorant, ce projet appelait à changer les conditions de vie, en amenant la personne à changer d'environnement. *Est-ce qu'on agit vraiment sur les causes en activant ce levier ? Ne vaudrait-il pas mieux changer le quartier que changer de quartier ?*

Vincent Lorant

En fait les effets de quartiers sont compositionnels, c'est-à-dire qu'un effet de quartier est lié à la composition du quartier. Les effets de contexte sont liés à la composition, donc quand vous changez la composition dans le quartier, vous changez aussi la dynamique du quartier, les deux sont liés. C'est aussi une valeur dont plusieurs d'entre vous ont parlé, c'est la liberté. Donner aux personnes la possibilité de faire des choix, les personnes ne sont pas captives de leur quartier, elles doivent pouvoir choisir où elles ont envie de vivre. Vous imaginez qu'on nous contraigne de vivre dans un quartier ?

Ça montre aussi que les politiques publiques peuvent participer à ça. Les approches territoriales peuvent favoriser les conditions de vie dans certains quartiers. Damien a parlé du concept de capital-social, travailler sur le capital-social est aussi une perspective intéressante, mais elle est peu évidente, parce que souvent elle passe par la propriété du logement et les chiffres sont peu favorables en région bruxelloise.

ATELIERS

ATELIER 1

Y a-t-il une pertinence à renforcer les pratiques de prévention des assuétudes dans une approche de promotion de la santé en 1ère ligne de soins et comment ?

Présentation des premiers résultats d'une recherche-action en maisons médicales à Bruxelles, coordonnée par Prospective Jeunesse.

Animé par l'ASBL Prospective Jeunesse

Étape 1 / Présentation du projet

Une question exploratoire

Y a-t-il une pertinence à renforcer les pratiques de prévention des assuétudes selon une approche de promotion de la santé en maisons médicales? Et si oui, comment?

Une question exploratoire

Au départ : la recherche-action se déroulait au sein des équipes de 3 Maisons Médicales. Changement en cours vers la mise en place d'un GT pour une phase exploratoire. La méthodologie reste celle de la recherche-action : collaboration chercheurs et praticiens // coconstruction de connaissances // réflexion critique sur les pratiques

Une posture de cochercheur·euse·s

En s'appuyant sur la rencontre et la mise en dialogue de différentes formes d'expertises, de différents porteurs de savoirs de terrain, il s'agissait de s'accorder sur une grammaire commune.

Un cadre : le PSSI

Outre l'exploration de la question de recherche, le projet vise à identifier les liens à développer entre un secteur de la première ligne de soins (ici les maisons médicales), et l'action d'un service de prévention des assuétudes de deuxième ligne (ici Prospective Jeunesse).

En décloisonnant ces différentes lignes, le projet répond à une série d'objectifs opérationnels dans le cadre de la mise en oeuvre du PSSI, dont :

- Assurer la présence des acteur·ice·s de promotion de la santé dans la 1ère ligne (axe 1 -point opérationnel 6)
- Soutenir des services de support et accompagnement de 2ème ligne chargés d'offrir des formations, un accompagnement au niveau des méthodologies de promotion de la santé en vue d'améliorer les pratiques professionnelles en 1ère ligne (axe 4 - point opérationnel 253)
- Diversifier et élargir l'offre de formation continue, d'échanges de pratiques et de soutien méthodologique afin de renforcer les compétences en matière de stratégie de promotion de la santé à destination de professionnel·le·s de la santé (axe 4 - point opérationnel 270)
- Développer la possibilité de mener des recherches participatives impliquant les professionnel·le·s concerné·e·s à tous les stades de leur réalisation (axe 4 - point opérationnel 271).

Partenaires

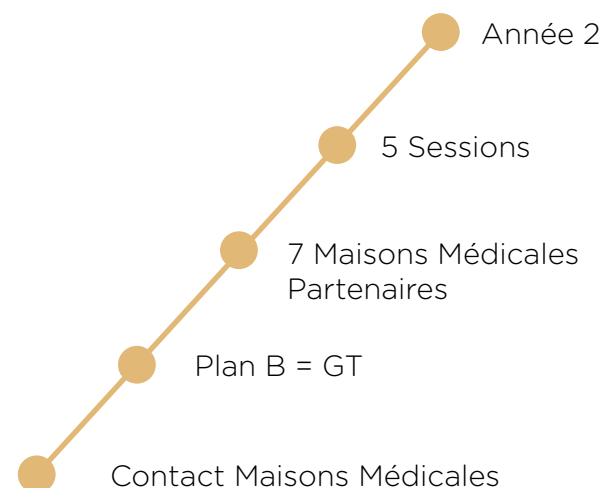
Partenaire : La Fédération des Maisons Médicales

Accompagnement Méthodologique :

Le Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales

Accompagnement stratégique :

Comité d'accompagnement



5 Sessions

Session 1

- Prévention des assuétudes : état des lieux et pistes.
- Un modèle à adapter : la pyramide de la prévention.

Session 2

- Adaptation de la pyramide de la prévention des assuétudes en Maisons Médicales + Promotion de la santé.

Session 3

- Promotion de la santé (suite) : proposition d'un outil d'autoévaluation.
- Débat sur la question de recherche. Analyse de situations.

Session 4

- Feedback sur la grille d'auto-évaluation.
- Premiers constats et formulation d'hypothèses.
- + Grammaire commune : assuétudes ?

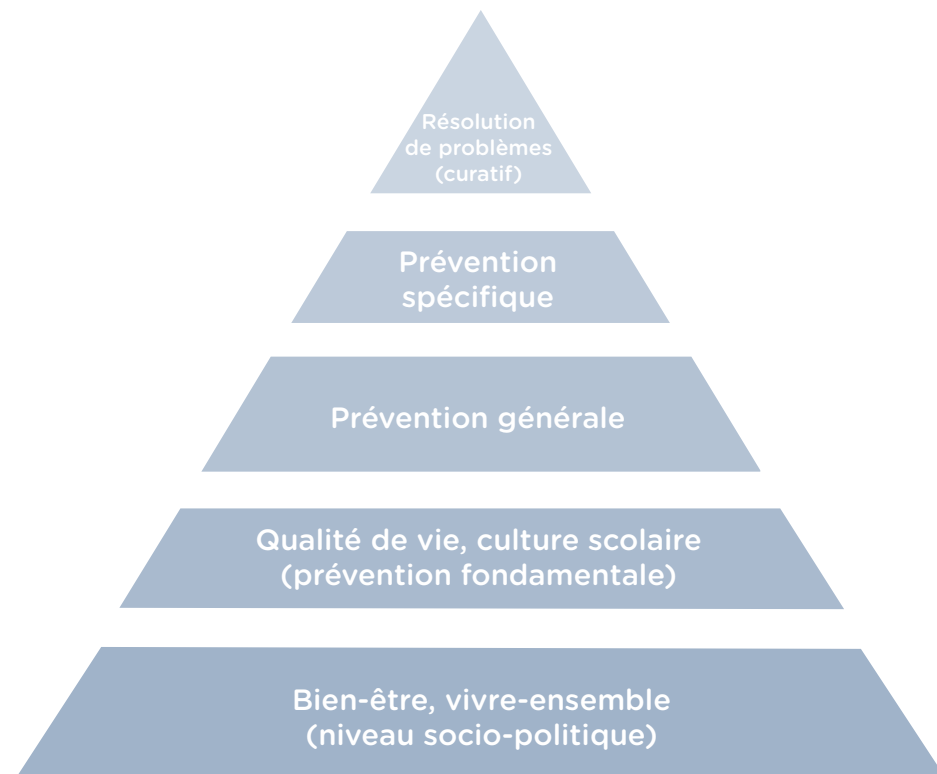
Session 5

- Réflexion autour d'un plan de prévention des assuétudes intégrant la promotion de la santé.
- Validation du cadre de recherche de l'année 2.

Focus sur 2 outils

La pyramide de la prévention

Sur base du modèle de [Johan DEKLERCK \(Preventiepiramide©\)](#), une pyramide des actions de prévention des assuétudes menées en maisons médicales a été adaptée au secteur.



De Preventiepiramide© par Johan Deklerck 2005 - Schéma modifié par Nef Negrel FBPS 2023 - 2024

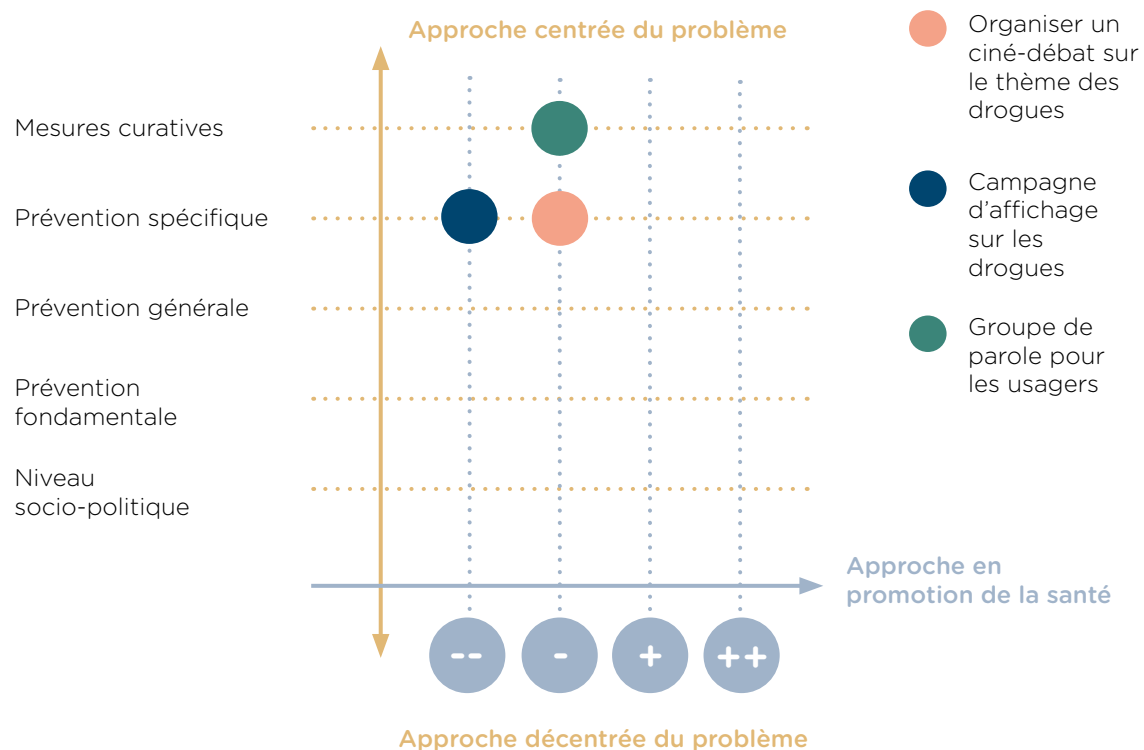
Le guide d'auto-évaluation en promotion de la santé

Un guide d'auto-évaluation des actions de promotion de la santé menées en maisons médicales a été co-constitué sur base des échanges menés en GT (notamment sur les critères de la promotion de la santé) et d'une série d'articles de la revue de la FMM.

Les constats & hypothèses

1. Les actions préventives en MM sont centrées sur la problématique des assuétudes et les professionnel·le·s ne perçoivent pas directement le lien entre les actions décentrées menées en MM et la prévention des assuétudes. Ces actions ne s'intègrent pas dans une politique globale et intégrale de prévention des assuétudes.

2. Le concept de promotion de la santé, complexe et multidimensionnel, est peu concret et reste flou quant aux possibilités offertes par cette approche en MM.



Bilan 2023 et perspectives

Exploration

Réflexion sur la place de la promotion de la santé dans les pratiques de prévention des assuétudes en Maison Médicale.

Constat

Les pratiques de prévention des assuétudes en maisons médicales ne s'intègrent pas dans un plan global et cohérent de promotion de la santé.

Hypothèse

Renforcer les principes de la promotion de la santé dans un plan global de prévention des assuétudes permettrait d'améliorer les pratiques en maisons médicales et d'éviter d'intervenir uniquement lorsque des usages problématiques sont déjà installés.

Question

Comment renforcer l'intégration des principes de la promotion de la santé au sein d'un plan global de prévention des assuétudes en maisons médicales ?

Changement attendu pour l'année 2

Amélioration de la cohérence des pratiques de prévention des assuétudes pour un meilleur accompagnement des patient·e·s en maison médicales.

Étape 2 / Atelier en sous-groupes : La montgolfière

Vous êtes patient·e·s d'une maison médicale dans votre quartier. Celle-ci entame une recherche-action autour de ses pratiques de prévention des assuétudes et cherche à constituer un groupe de soignant·e·s et de patient·e·s pour mener cette réflexion dans une démarche participative de toutes les acteur·rice·s, selon les valeurs de la promotion de la santé.

Vous êtes interpellé·e·s par la personne chargée de santé communautaire qui vous invite à participer au projet :

Quels sont les freins et les leviers de votre participation à un tel projet ?

Freins

Leviers

J'ai peur du jugement (stigmatisation)	Déconstruire les représentations
J'ai pas le temps, ou je ne veux pas prendre le temps	Partir des besoins et s'adapter aux rythmes de vie des usagers·ères (service garderie pour les enfants, horaires adaptés, remboursement des titres de transports...)
Je ne comprends pas de quoi il s'agit (vocabulaire assuétude pas clair)	Travail de vulgarisation (littératie)
J'ai peur de la loi (criminalisation)	Plaidoyer pour la décriminalisation des drogues
Question de la confidentialité	Capacité d'accompagnement (rapports formels / informels - juste proximité)
Problème de confiance	Mobilisation d'une personne relais (éducation par les pair·e·s)



ATELIER 2

Faire réseau :
une stratégie de promotion de la santé.

Animé par :

*Le Centre Bruxellois de Promotion de la Santé
 Le GAMS Belgique
 L'ASBL Cultures&Santé*

Facilitation visuelle :

Amélie Plateau - ASBL Les Pissenlits

Les participant-e-s sont divisé-e-s en trois groupes de travail lors de l'atelier.

Faire RÉSEAU

ATELIER B
02/10/23

une **Stratégie** en Promotion de la Santé

IL CBPS

IL Cultures & Santé

6AHS JL

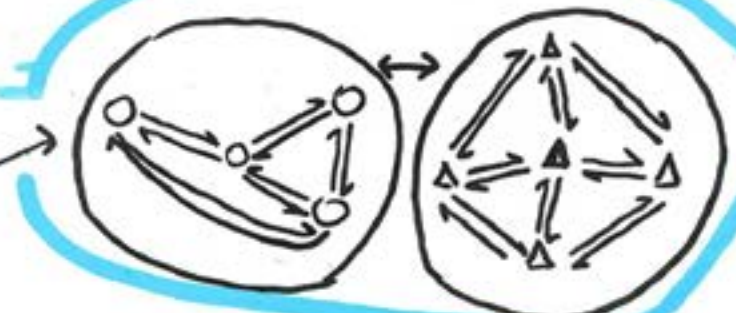
Temps 1

Exercice en 3 sous-groupes

Definition

et

représentation graphique



Étape 1 / Représentation visuelle du « Faire réseau »

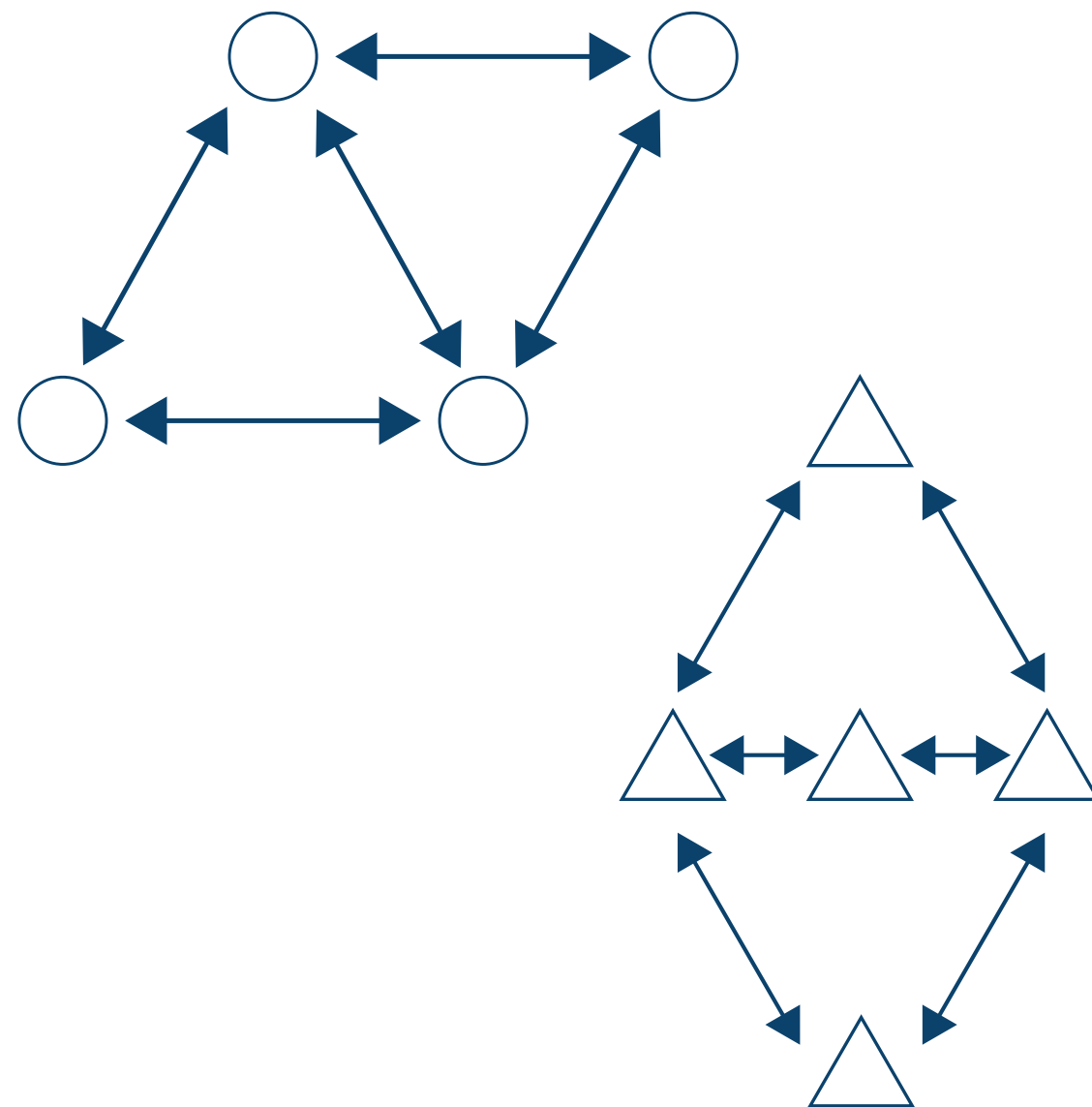
« Comment définiriez-vous collectivement le mot « réseau » ?
Comment traduiriez-vous en images cette définition ? »

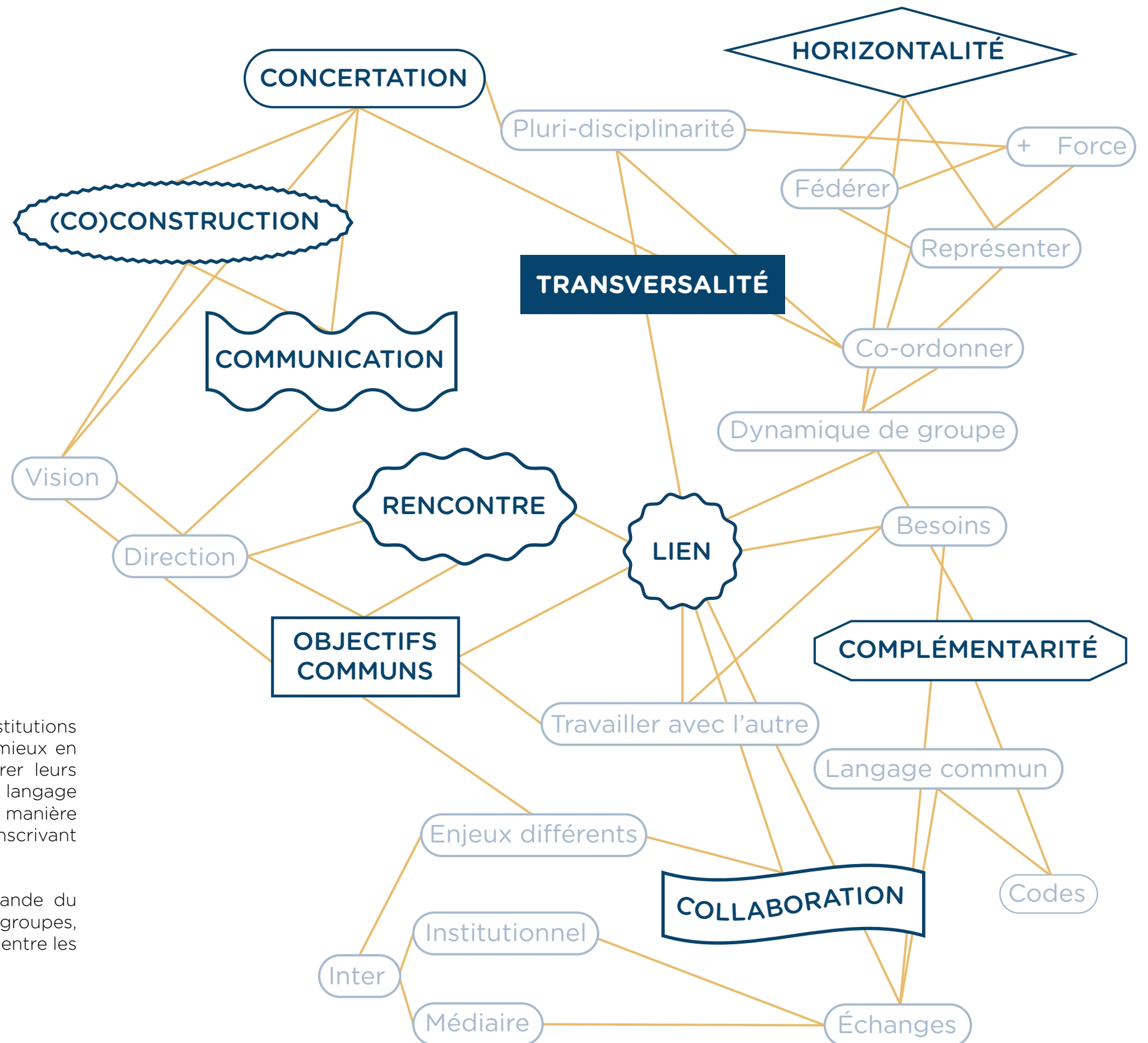
Groupe 1

Faire réseau c'est :

- L'interconnaissance des acteurs qui nous entourent
- Des ressources pour nos institutions et publics
- Des relations stables, souvent bilatérales
- Faire lien au sein d'un environnement

Les relations avec le politique sont à géométrie variable selon les organisations.

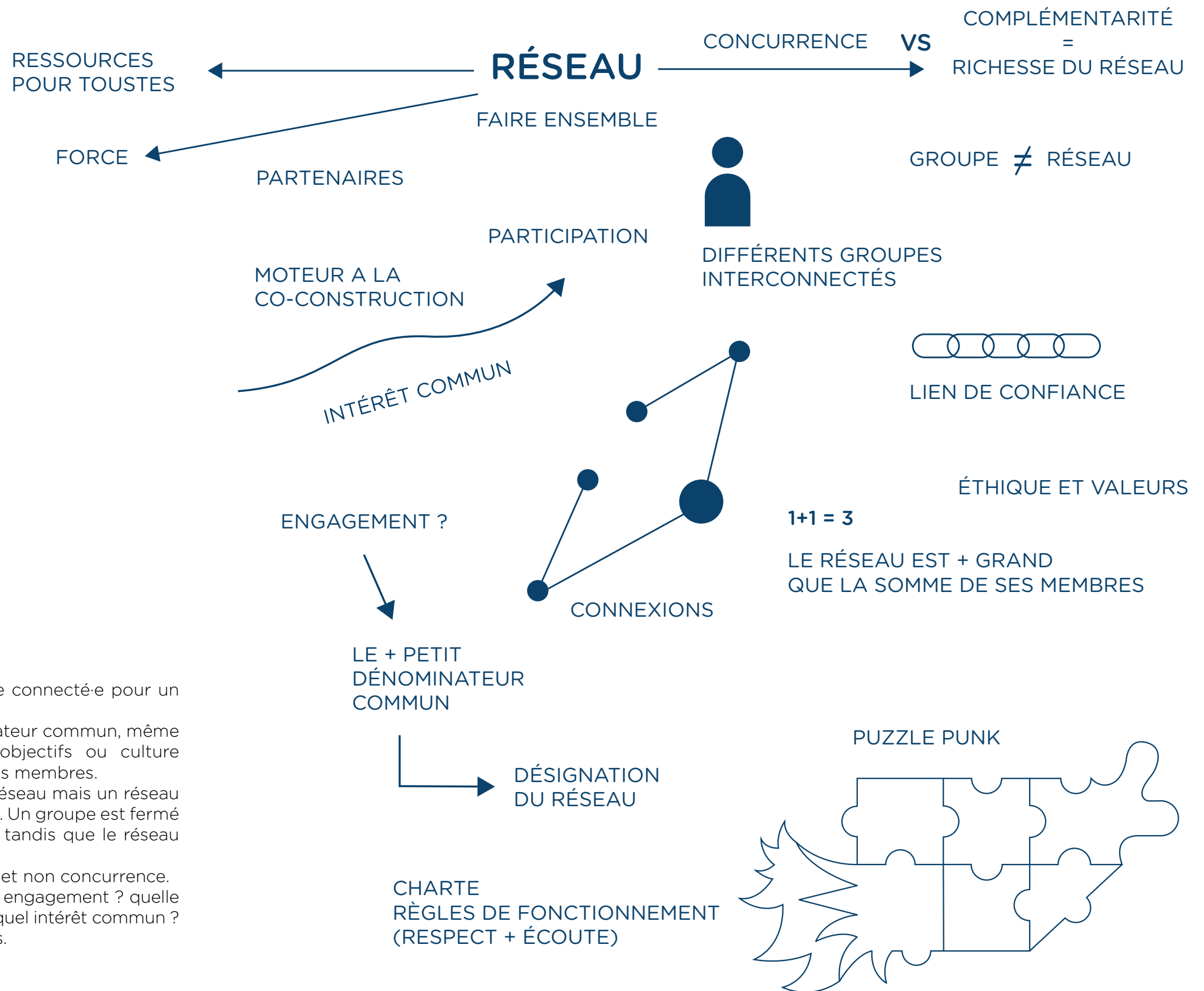




Groupe 2

Le réseau est l'intersection des différentes institutions qui cherchent des réponses pour pouvoir mieux en donner. Ces institutions cherchent à fédérer leurs valeurs, elles partagent une vision, un langage commun. Elles cherchent à collaborer de manière horizontale, à échanger, à créer du lien s'inscrivant autour d'objectifs communs.

Enfin le travail en réseau est vivant, demande du temps et une attention aux dynamiques de groupes, au sein d'institutions cherchant un équilibre entre les enjeux communs et personnels.



Groupe 3

Faire réseau:

- Ne pas être seul-e mais être connecté-e pour un apport de chacun-e.
- Il faut partager un dénominateur commun, même si les intérêts divergent, objectifs ou culture restent propres à chacun des membres.
- Un groupe est toujours un réseau mais un réseau n'est pas toujours un groupe. Un groupe est fermé (avec un objectif commun) tandis que le réseau est ouvert.
- C'est faire complémentarité et non concurrence.
- Importance de préciser quel engagement ? quelle participation de chacun-e ? quel intérêt commun ?
- Être ressource par les autres.

Étape 2 / Partage d'expérience réseau

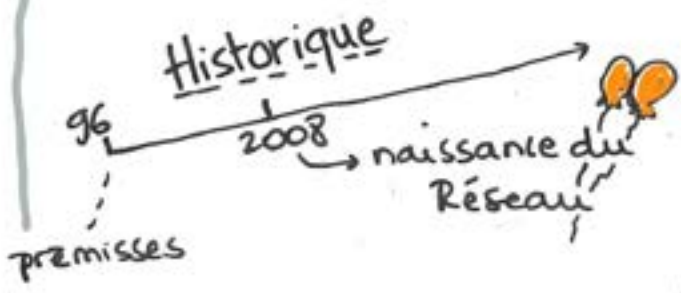
*Le GAMS Belgique
ASBL Cultures&Santé*

Comment s'est déroulée cette coconstruction de définition?

- En bonne intelligence collective
- Facilement
- On m'a forcé la main pour prendre note (rires)
- Chacun-e a amené un point
- Cela avait du sens que tout le monde puisse prendre la parole
- On ne se connaissait pas donc nous avons eu besoin de nous présenter avant d'entamer le travail.

Temps 2
→ GAMS

↑
ÊTRE Réseau



Contexte
Public : 8 concernées
Nuitations Génitales
Féminines

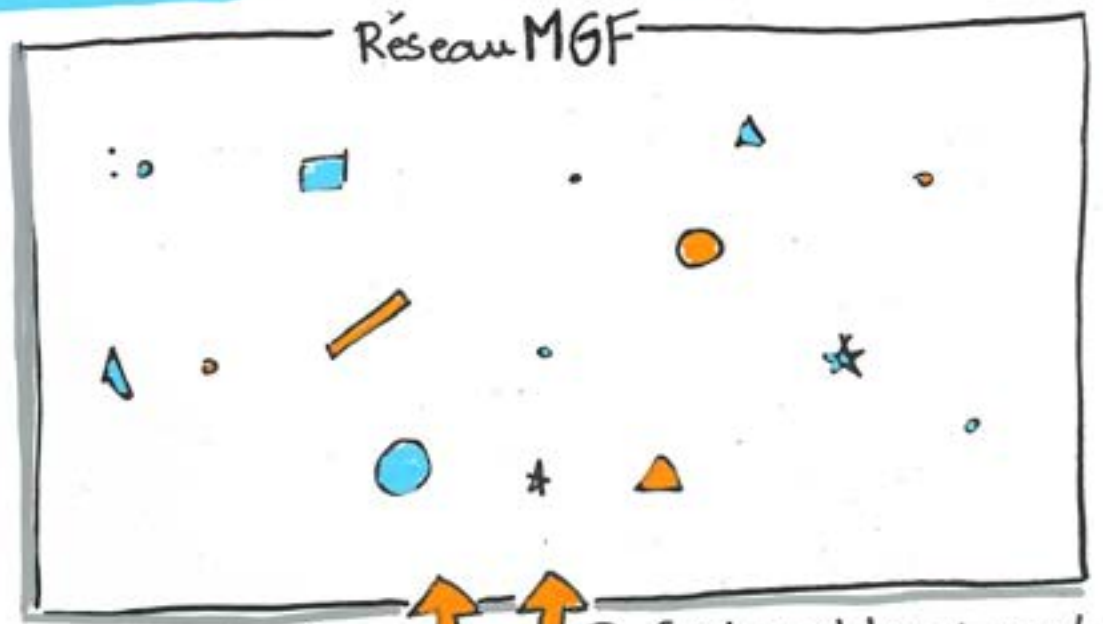
Contact commun



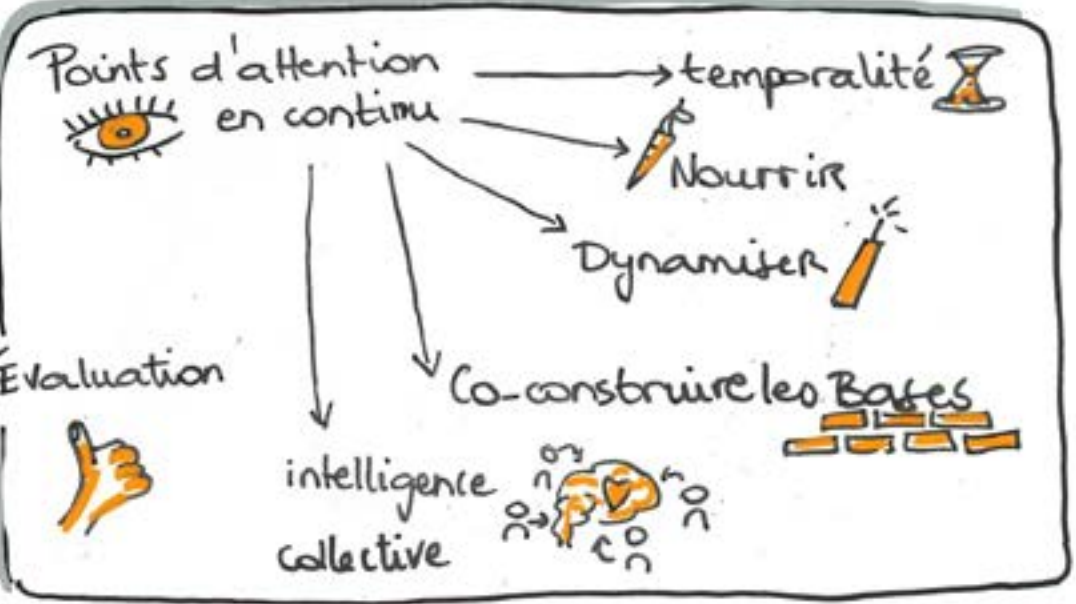
🎯 Objectifs



Ac About: Mutualiser les Ressources



Besoins des personnes concernées ↑ ↑ Professionnel.les n'ayant pas de réponse



Intervention de Cultures&Santé autour des tables santé-exil

L'idée des tables santé-exil est apparue en 2014 suite à une phase de diagnostic auprès des professionnels de terrain actifs sur les questions de santé et d'exil de terrain à Bruxelles. Le constat était que beaucoup d'actions et d'initiatives étaient menées à Bruxelles sur les questions larges de santé et d'exil mais qu'il était souvent difficile de les identifier ou de les visibiliser. Les professionnels avaient également émis le besoin de disposer de plus de temps d'échanges et de rencontres pour échanger et prendre du recul sur leurs pratiques.

Nous avons ensuite bénéficié de l'accompagnement du Centre Bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS) afin d'être soutenu.e.s dans nos nombreuses réflexions. La décision a été prise de ne pas créer un réseau en tant que tel mais des moments qui permettent de "faire réseau". Nous avons opté pour le format d'un temps de rencontres une fois par an autour de différentes thématiques en lien avec la santé et l'exil.

Les tables-ronde ont eu lieu quatre fois entre 2018 et 2021. Une évaluation a pu ensuite être menée.

1. Comment partir d'un langage commun ?

Dès le choix du titre de l'événement ou de la thématique. Certains termes sont déjà porteurs de représentations (ex. Santé). Un temps a été pris à chaque table pour définir collectivement ce dont il allait être question pendant la journée. En 2018, "Accès aux services pour les femmes ayant vécu l'exil" => nécessité de définir de quel "accès" on parle, de quels "services" et qui nomme-t-on "femmes ayant vécu l'exil".

2. Quelle temporalité de rencontre est idéale ?

Ici les rencontres avaient lieu une fois par an et c'est souvent un temps long s'il y a un objectif de faire du lien entre les thématiques des différentes tables....

3. Comment mettre en œuvre un cadre facilitant la mise en réseau ?

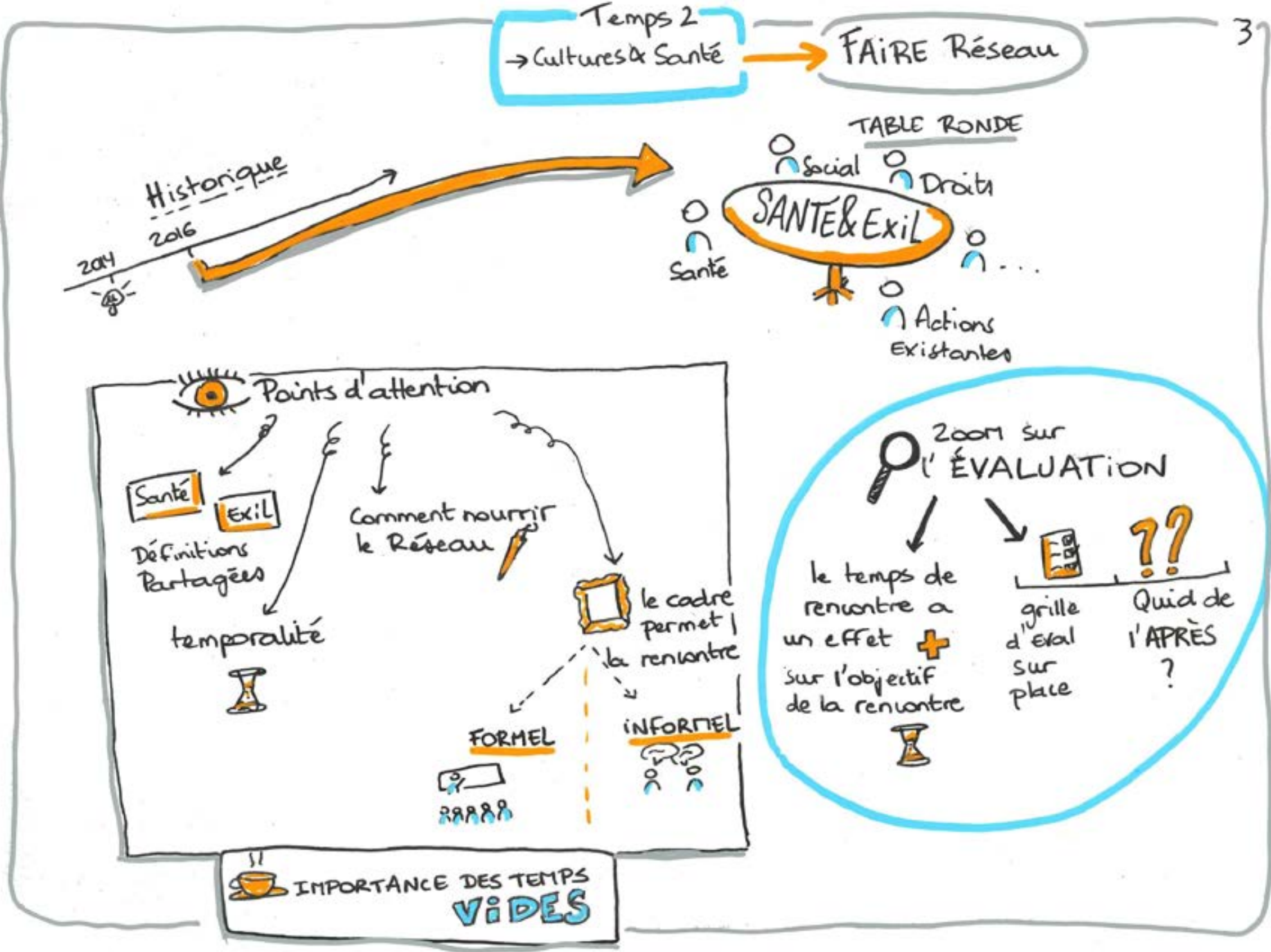
Mise en œuvre d'un cadre sécurisant, qui permette à chacun de se rencontrer et de s'exprimer.

4. Comment placer le curseur entre les différents objectifs de la rencontre ?

(faire réseau et nourrir le réseau), nécessité de ne pas trop surcharger le programme de l'événement, de laisser la place aux moments informels. Prévoir des temps d'animation consacrés spécifiquement à la rencontre et la mise en réseau dans le programme.

5. Comment évaluer un objectif de mise en réseau ?

Possibilité d'observer les interactions et la dynamique le jour J, de partir des questionnaires d'évaluation remplis dans la foulée mais quid des effets à plus long terme (rencontres bilatérales ? Naissance de partenariats ?). Nous avons réalisé des groupes focalisés à la fin de la période de 4 ans mais difficile de mettre en valeur des éléments...)

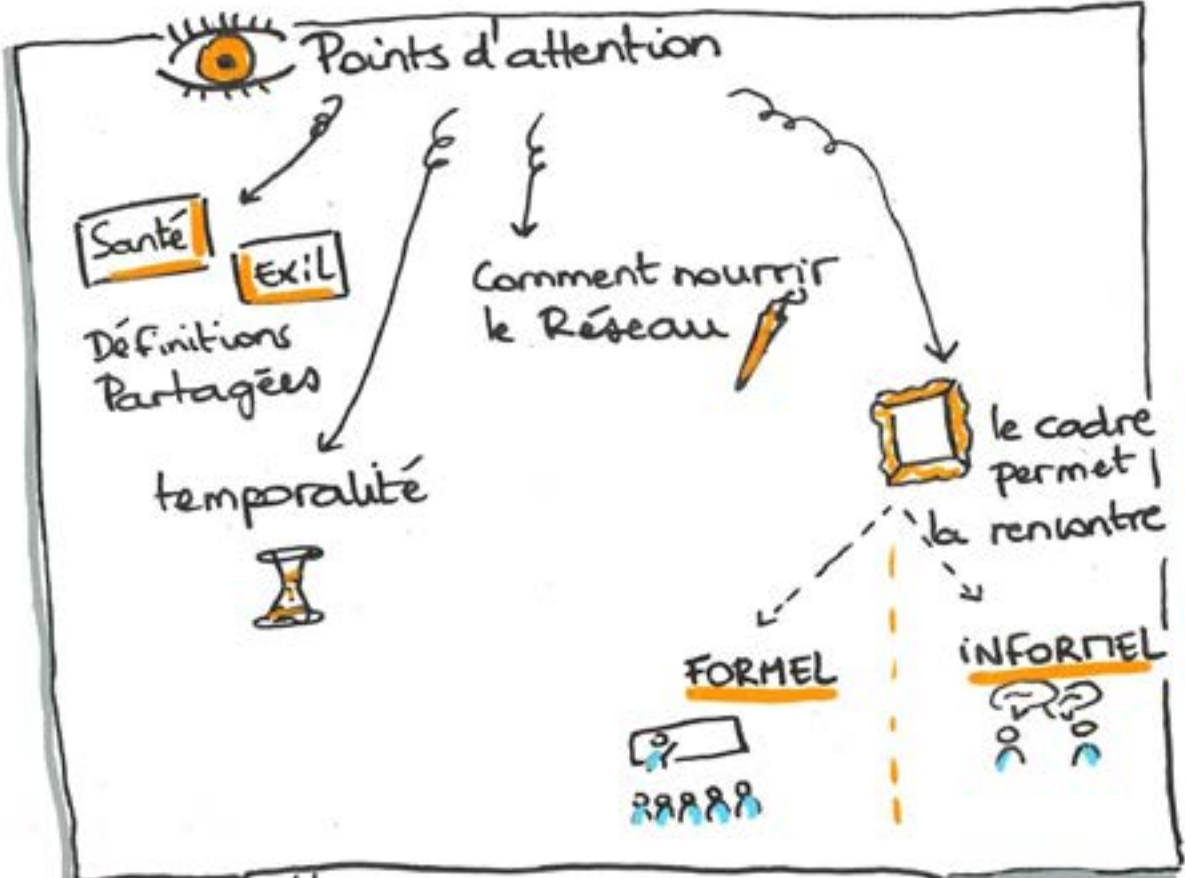


Temps 2
→ Cultures & Santé

FAIRE Réseau

Historique
2014 2016

TABLE RONDE



IMPORTANCE DES TEMPS VIDES

À la suite de ces deux interventions,
avez-vous des questions, des réactions, des expériences à partager?

Quelques questions/discussions :

- Quels modes d'évaluation ont été mis en place en dehors de l'évaluation juste après l'événement ?
- Comment réaliser une évaluation avec les femmes concernées ? Ex. les ateliers thématiques ont été choisis notamment en fonction des retours des femmes concernées.
- Comment bien évaluer le curseur entre faire réseau et nourrir le réseau ? Importance des temps vides (ex. longues pauses...)
- Comment faire plaidoyer à partir du réseau ? Nécessité de distinguer ce qui est commun et ce qui est différent (ex. plaidoyer de la concertation démarches communautaires => une partie commune et une partie avec des revendications spécifiques).
- Il est important de mettre en avant que le travail de plaidoyer prend du temps et nécessite donc des ressources supplémentaires (subsides, ressources humaines...)



Plaidoyer collectif du Réseau
→ les 4 prochaines années



Une clé:
Laisser
le plaidoyer
de l'institution
à la maison

Objectifs:
- Donner des outils
qui facilitent la
prise de décision
politique

- Mieux connaître
les réalités

Les étapes

Se RENCONTRER

Se CONNAITRE

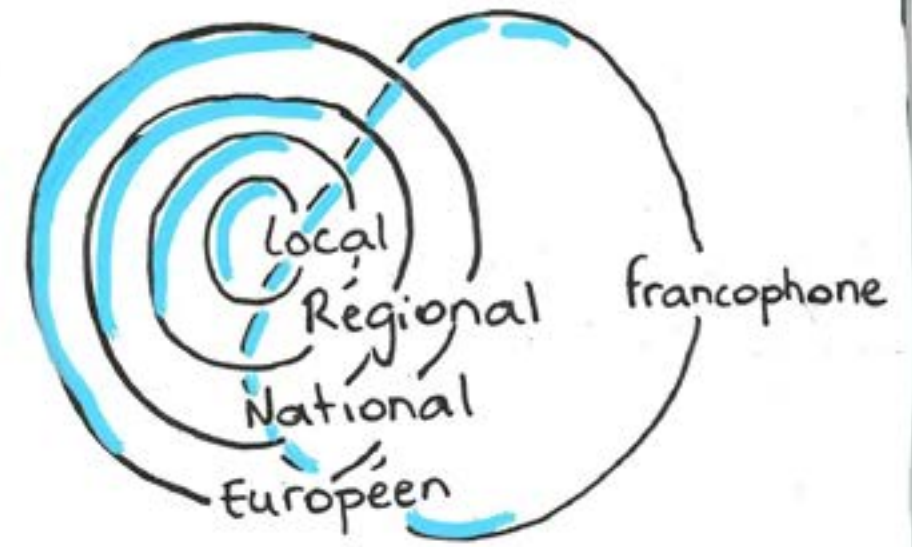
Se PRATIQUER

CO-CONSTRUIRE

PLAIDOYER COLLECTIF



sur le périmètre du plaidoyer



Étape 3 / Temps d'évaluation : avec quoi repartez-vous ?

- L'importance des temps vides, sans contenu.
- La personne concernée doit être au centre.
- Prendre le temps d'un langage commun.
- Nécessité d'une coordination et d'une vision globale et locale.
- La notion d'«aller-vers».
- C'était une attente pour cette journée "découvrir le réseau" et malheureusement nous n'avons pas pu prendre le temps de savoir qui était présent.
- Connexions informelles dans les temps de pause.
- Il existe des méthodes pour décrire son réseau "Social network analysis".
- Ces méthodes prennent du temps, nécessité alors de construire des partenariats en recherche-action.

Temps 3
Avec QUOI
repartez-vous?



les temps vides ()



Coordination locale / globale



Aller-vers



personnes
concernées
=
concept-clé



"Social Network analysis"



Décrire la cartographie
du secteur



naissance d'un
Partenariat



Manque de
temps de Rencontres



REMERCIEMENTS

La Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé tient à remercier chaleureusement pour leur soutien, leur travail et leur participation active dans ce colloque :

Le groupe de travail

Maïté Cuvelier (Cultures&Santé)
Frédérique Déjou (ASBL Les Pissenlits)
Sécolène Malengraux (RESO UCL)
Marianne Nguena Kana (GAMS BE)
Amélie Plateau (ASBL Les Pissenlits)

Les intervenant·e·s

Philippe Lefèvre (Institut Renaudot)
Olivier Gillis
(Observatoire du Social et de la Santé)
Emilie Gérard
(Plateforme Prévention Sida)
Vincent Lorant
(Institut Recherche Santé et Société UCL)
Caroline Rasson (FARES)
Damien Favresse (CBPS)

Les modérateur·rice·s

Dennis Mannaerts (Cultures&Santé)
Rachida Bensliman (Centre de
Recherche interdisciplinaire en
Approches Sociales de la Santé ULB)

Les animatrices des ateliers

Patricia Bernaert
(Prospective Jeunesse)
Maïté Cuvelier (Cultures&Santé)
Céline Langendries
(Prospective Jeunesse)
Marianne Nguena Kana
(GAMS Belgique)
Amélie Plateau - Facilitation visuelle
(ASBL Les Pissenlits)
Patricia Thiébaud (CBPS)

La ministre en charge de la promotion de la santé

Barbara Trachte

Conseillère au cabinet Maron - Trachte

Julie Papazoglou

Le président du PFB

Kalvin Soiresse NJall

Le Collectif Captatio

Les comédien·ne·s
Amélie Verreydt et Marc Sautelet

Les volontaires

Lucia Casero (Eurotox)
Marie-Pascale Minet
(Fédération des Maisons Médicales)

Relcture et corrections

Elise Debiere (ASBL Les Pissenlits)
Dominique Doumont (RESO UCL)

Textes et mise en page

Nef Negrel (FBPS)

Un tout grand merci

Les équipes du parlement
francophone bruxellois qui nous ont
accueilli·e·s et ont assuré toute la
logistique de la journée.