

# SYN THÈ SE

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

**POURQUOI ?  
COMMENT ?**

ACTES DU COLLOQUE  
DU 02.10.2023

# SOMMAIRE

**TABLE RONDE 1**  
P.3  
Comment les stratégies de promotion de la santé interviennent-elles sur les déterminants sociaux de la santé et réduisent les inégalités sociales de santé ?

**TABLE RONDE 2**  
P.21  
Quel déploiement pour la promotion de la santé dans une approche social santé intégrée en région bruxelloise ?

**ATELIER 1**  
P.45  
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*

**ATELIER 2**  
P.56  
**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*

# 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

# PHILIPPE LEFÈVRE

## Introduction

La démarche communautaire est une stratégie de promotion de la santé, avec comme socle commun la solidarité. Une conception globale de la santé implique une dimension collective et positive à laquelle on ajoute une recherche d'émancipation individuelle et collective.

Les centres de santé doivent inclure la notion de participation bien que souvent le personnel n'a 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).

Souvent on parle de population cible, dans cette définition, la population n'est pas 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.

# UN CONTEXTE DE CRISES

## Crise du système de santé

Le système de santé est en crise et les hôpitaux ne savent plus 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 c'est de moins en moins efficient.

Structurellement, il y a une hyper technicalisation de la médecine qui appréhende les patient·e·s comme des objets de maladie que l'on traite sur le plan informatique, avec des robots, des machines, et de plus en plus d'examens. L'humain et le relationnel passent au second plan, là, où les maladies chroniques et dégénératives en augmentation nécessiteraient un réel accompagnement plutôt qu'une approche technique.

Le médecin peut multiplier les actes mais il répond mal à la question de la précarisation et du vieillissement de la population. 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 qui subissent ces inégalités et sont en grande difficulté par rapport à ce système en crise.

## Crise démocratique

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.

# L'ACTION COMMUNAUTAIRE

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
- La production de nouveaux modes de vie
- Une réorientation des services de santé
- Une mise en place d'une politique publique saine
- Une mobilisation communautaire

# DÉMARCHES COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ

Les personnes les plus en difficulté cumulent des souffrances sociales, physiques et psychiques et ne croient plus dans les dispositifs et les structures de soin qu'elles délaissent, il faut « aller-vers », mais comment ?

## Les démarches communautaires en santé, une autre façon de faire :

- Aller vers ces personnes isolées/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 différents professionnel·le·s
- Les actions participatives sont plus adaptées aux HUC et plus efficaces

## Les démarches communautaires en santé 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 MÉTHODOLOGIQUES

## 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

Ces repères ont été actualisés et augmentés dans la synthèse [Concertation des Démarches Communautaires en Promotion de la Santé en région bruxelloise 2021 - 2023](#)

# CE QUE L'ON VISE

Ce que l'on vise au travers de ces dynamiques, 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, et de la solidarité ainsi qu'un développement de **l'empowerment** individuel et collectif.

## Définition d'empowerment

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.

*Institut Renaudot*

Pour favoriser l'implication de toutes les parties-prenantes et 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
- Du temps

L'évolution sociétale nécessaire pour répondre aux défis actuels appellent :

- Un contenu fort pour une démocratie participative devenue incontournable et rendue possible si les valeurs sont partagées et avec un engagement solide des politiques publiques.
- Une méthodologie et des outils spécifiques.

# OLIVIER GILLIS

## Introduction

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.

## Contexte / Territoire

Bruxelles est une ville jeune et internationale avec une augmentation constante de la population. Cela a un impact sur la gestion des questions de santé et comment aborder la question de la santé avec les populations quand sur un même territoire on parle 150 langues ?

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, (le seuil se situe autour de 60% du revenu médian qui oscille entre 1200 - 1300€/mois pour une personne isolée), 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 ?

## Inégalités économiques

Sur les revenus, il y a une augmentation de la précarité avec un appauvrissement des plus pauvres. Un des indicateurs, c'est le taux de personnes bénéficiant d'un revenu d'intégration social (6% des bruxellois·e·s bénéficient du revenu d'intégration social contre 4% il y a 10 ans). Ces inégalités impactent la santé, par exemple à 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.

# DIFFÉRENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES

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.

## Revenus

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.

## Logement

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.

## Pistes de solutions

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.

12

# LE SYSTÈME DE SANTÉ

## Comment évolue l'état de santé des bruxellois·e·s ?

Comme en Flandre et en Wallonie, les deux premières causes de décès, sont les maladies cardiovasculaires (33%), et les cancers (25%). Il y a une forte augmentation des maladies chroniques en Belgique liée au vieillissement de la population. La question de l'évolution 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.

## Alimentation

Entre 60 et 70 % de la population bruxelloise consomme respectivement des fruits et des légumes tous les jours ce qui reste insuffisant. Cette consommation est davantage liée à une question d'éducation que de revenus.

## Tabagisme

Le pourcentage de fumeur·euse·s a tendance à diminuer, mais le gradient social ne s'exprime pas toujours de la même façon. Au niveau du tabagisme, il y a une corrélation claire avec le niveau de revenus.

## Activité physique

L'activité physique, nous sommes tous·tes concerné·e·s, nous n'en faisons pas suffisamment.

## Alcool

La consommation d'alcool, en revanche, suit une courbe différente (gradient social inversé), les populations précarisées consomment moins d'alcool que les plus favorisées.

Ce qui est intéressant, c'est que 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.

13

# DONNÉES / ACTION PUBLIQUE

## L'universalisme proportionné

Ces données permettent d'identifier les quartiers plus concernés par certaines problématiques de santé à Bruxelles. On peut identifier les zones territoriales plus touchées par certains problèmes et développer une approche qui soit valable pour l'ensemble des bruxellois·e·s, en mettant davantage l'accent sur des publics moins favorisés.

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

Globalement les populations plus précarisées ont moins accès aux dispositifs de soins. En termes de santé mentale, les personnes précaires sont plus à risque d'anxiété, de dépression, de mal-être et a pourtant moins recours aux anti-dépresseurs et à la thérapie.

## Créer une offre adaptée aux besoins

Visibiliser ces acteur·rice·s grâce à l'outil Brussel-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.

## Recommandation 1

Faire un travail de simplification administrative pour faciliter l'accompagnement des populations, tant du côté des professionnel·le·s que du côté des bénéficiaires.

## Recommandation 2

Pouvoir, en aval, rester ouvert 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).

## Recommandation 3

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

## **Projet FABSS Femmes Actrices de leur Bien-être et de leur Santé Sexuelle**

Le **projet FABSS** 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

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 ».

## **Vision holistique de la santé sexuelle et le diagnostic des besoins**

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.

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.

## **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.

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.



### La temporalité

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 informée 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

Quelles sont vos perspectives sur les évaluations qui sont orientées – par les pouvoirs publics – vers les résultats, évaluations quantitatives et parfois assez réductrices ?

### Philippe Lefevre

La santé publique propose les indicateurs d'évaluation :

- D'activité, 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 au moyens engagés pour obtenir ces résultats.

Il manque des **indicateurs d'impacts**, qui 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 et 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. 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

Comment "aller chercher" les publics, comment on ramène les publics les plus éloignés des dispositifs de santé vers les activités en promotion de la santé ?

**Frédérique Déjou**

Coordination  
institutionnelle  
et responsable projet  
Service Support ASBL  
Les Pissenlits

Il faut peut-être sortir de l'idée « d'aller chercher ». Il faut se mettre à disposition, rencontrer des personnes, là où elles sont, 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.

Le système des personnes relais, est un levier en démarche communautaire qui fonctionne très bien. Il faut sortir de la logique quantitative pour une démarche qualitative et travailler avec quelques personnes, qui elles-mêmes peuvent aller « faire relai » dans leurs communautés respectives. Il faut donc beaucoup de temps.

**Lucia Casero**

Directrice d'Eurotox

Il faudrait voir ce que l'on entend vraiment par participation, quelle définition on se donne et comment fait-on participer les gens ?

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.

**Denis Mannaerts**

Les 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-papier 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, 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, principalement des personnes sans-abris, sans-papier. 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.

**Julie Kesteloot**

Fédération  
des Services Sociaux

Il y a une vraie tension entre les défis qu'on retrouve en région bruxelloise. Essayer de ne pas être dans un ciblage de public et cette notion d'universalisme proportionné qui cible quand même, « aller vers » mais sans « aller chercher ». Comment réussir 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 ?

**Philippe Lefèvre**

C'est la question de l'articulation entre les démarches communautaires, qui 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 ces décisions sont en appui de diagnostics locaux, de mobilisations locales ?

C'est une autre façon d'utiliser le pouvoir, ce n'est pas un pouvoir qui dit voilà ce qu'on a fait, mais plutôt ce qu'on a permis à d'autres de faire, c'est un changement de culture total.

# 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 de 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

# VINCENT LORANT

## L'approche territoriale

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

- Toute intégration de services est locale, dans le domaine de la santé mentale, dans le domaine de la Promotion de la Santé, vous n'aurez jamais de continuité de soins ou d'intégration si elle n'est pas locale.
- Les ressources et les besoins sont naturellement définis localement.
- Un monde plus efficient est celui où on rapproche la décision de l'utilisateur.

## Limites de l'approche territoriale

Les approches territoriales ont aussi pas mal de faiblesses.

La géographie exprime déjà des inégalités. En 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.

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

Les réseaux sociaux, pas au sens de Facebook, mais comme relations sociales qui sont établies entre nous, 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.

# AUTRES APPROCHES

## Approche par les réseaux

### Qu'est-ce qu'une population ?

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 veut dire que l'autonomie n'existe pas. Elle 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.

### 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. é, 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

***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 Santé Société](#), quand on regarde 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 terme de relations conjugales.

# PERSPECTIVES

### Question 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.

### Question 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.

### Question 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.

# CAROLINE RASSON



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

# FRAGMENTATION

## 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, 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 échelinats de la santé, de la famille, de la petite enfance et ces échelinats 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 spécialisé·e·s.

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·rice·s du social sont également des partie-prenantes importantes à considérer dans notre approche de la prévention.

# ALLIANCES

### 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.

### 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 coconstruire 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.



# CRÉER DU COMMUN

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.

# PARTIR DES BESOINS

Il s'agit d'aller à la rencontre des bénéficiaires. À 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.

# DAMIEN FAVRESSE

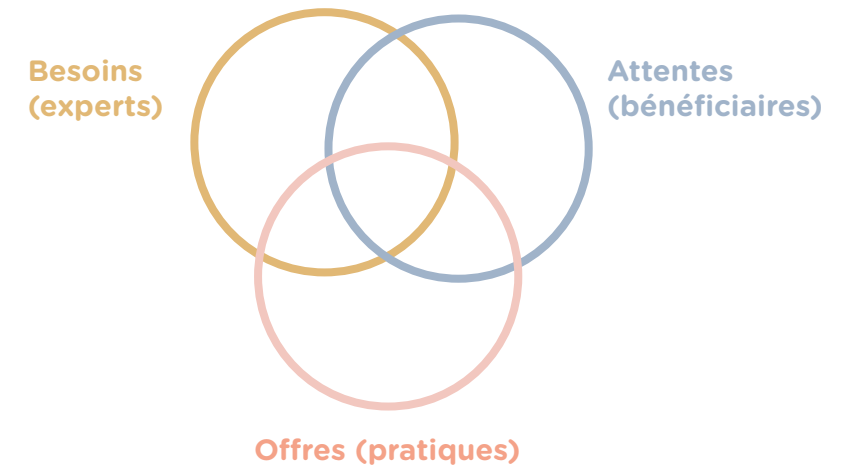
## Les fondamentaux

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. 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.

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.

# UNE APPROCHE POSITIVE

Aujourd'hui on parle beaucoup de problèmes, or la promotion de la santé est une approche positive de la santé. 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.

# ENJEUX

## Les enjeux d'une approche social-santé intégrée

Il y a une nécessité à Bruxelles de déssectorialiser les choses et de désinstitutionnaliser les choses, et il faut pouvoir reconnaître les complémentarités des autres secteurs.

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

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

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

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.

<sup>1</sup>Lievens, 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.

Le rapport Socost<sup>1</sup> 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.**

Tableau 2: Les coûts publics directs dans les secteurs et les niveaux politiques (million €), 2012<sup>5</sup>

	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 Région de Bruxelles-Capitale	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%)
<b>Total</b>	<b>11,24 (0,49%)</b>	<b>2,50 (0,11%)</b>	<b>1731,48 (75,01%)</b>	<b>557,45 (24,15%)</b>	<b>4,15 (0,18%)</b>	<b>1,37 (0,06%)</b>	<b>2308,2 (100%)</b>

<sup>5</sup>Les coûts directs 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".

<sup>2</sup>Masters, 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.

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 étude<sup>2</sup>, 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.

**Rachida Bensliman**

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.**

**Dennis Mannaerts**

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.

# 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

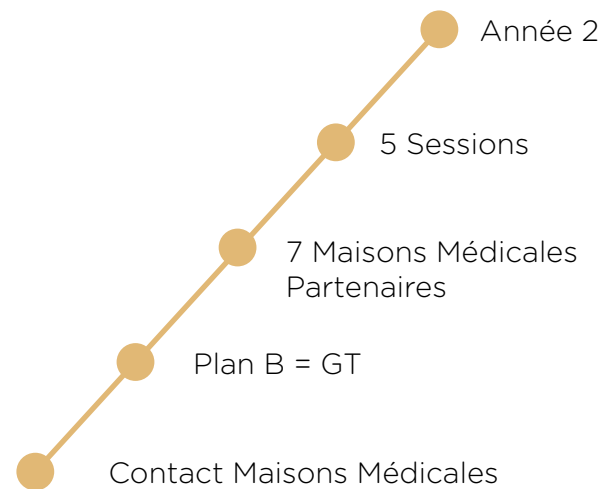
**Partenaire :** La Fédération des Maisons Médicales

**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 ?

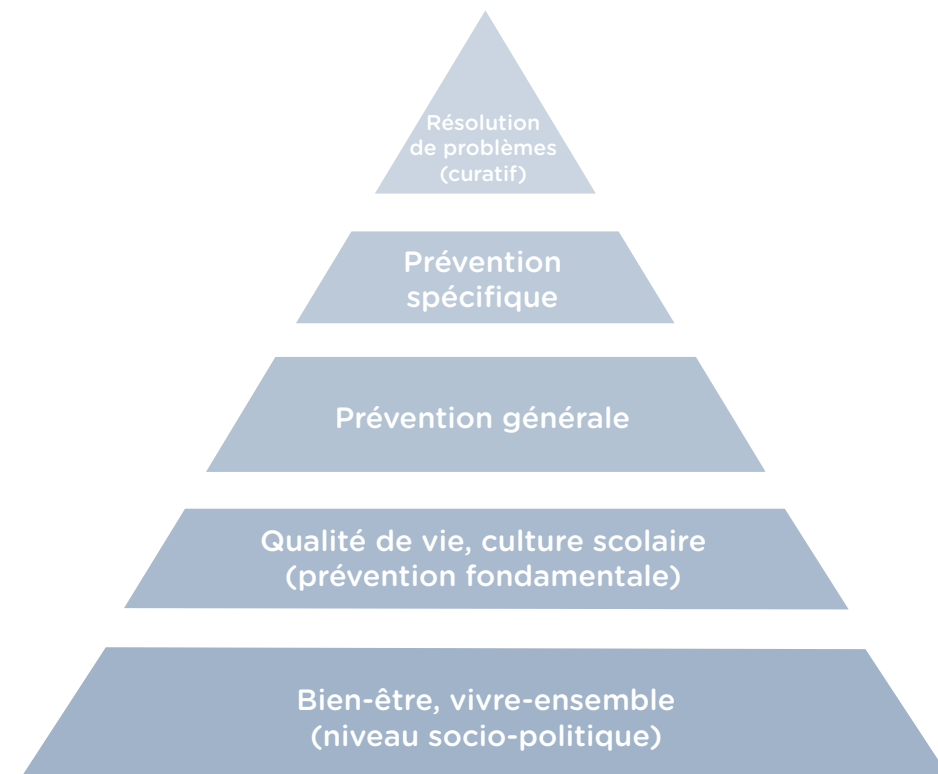
### Session 5

- 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*

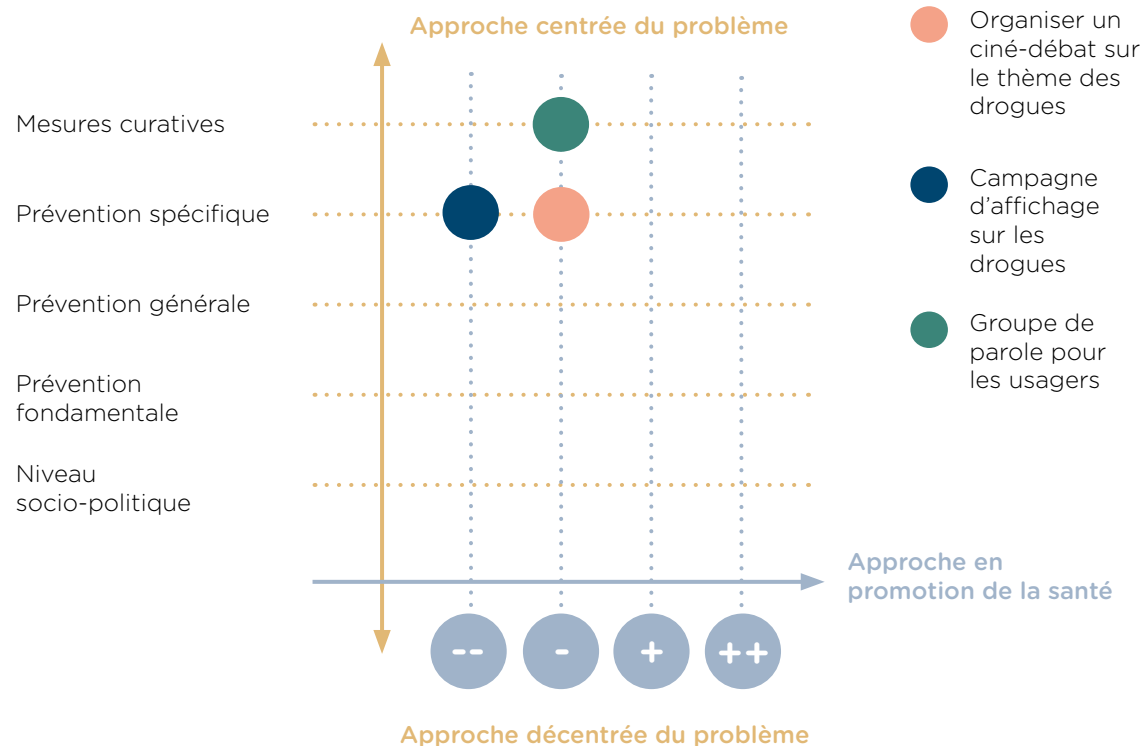
#### Le guide d'auto-évaluation en promotion de la santé

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.

# ÉTAPE 1

**Représentation visuelle du « Faire réseau »**

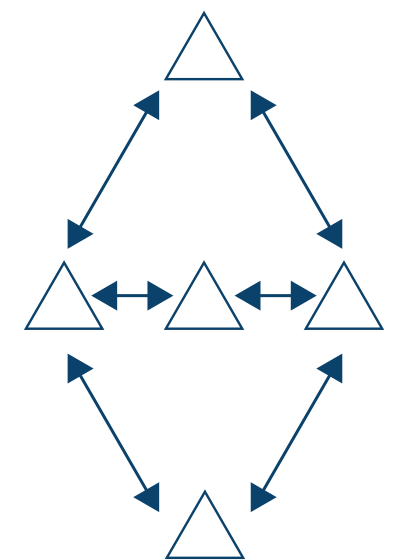
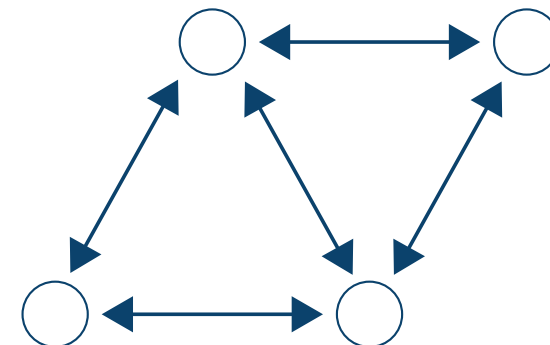
« Comment définiriez-vous collectivement le mot « réseau » ?  
Comment traduiriez-vous en images cette définition ? »

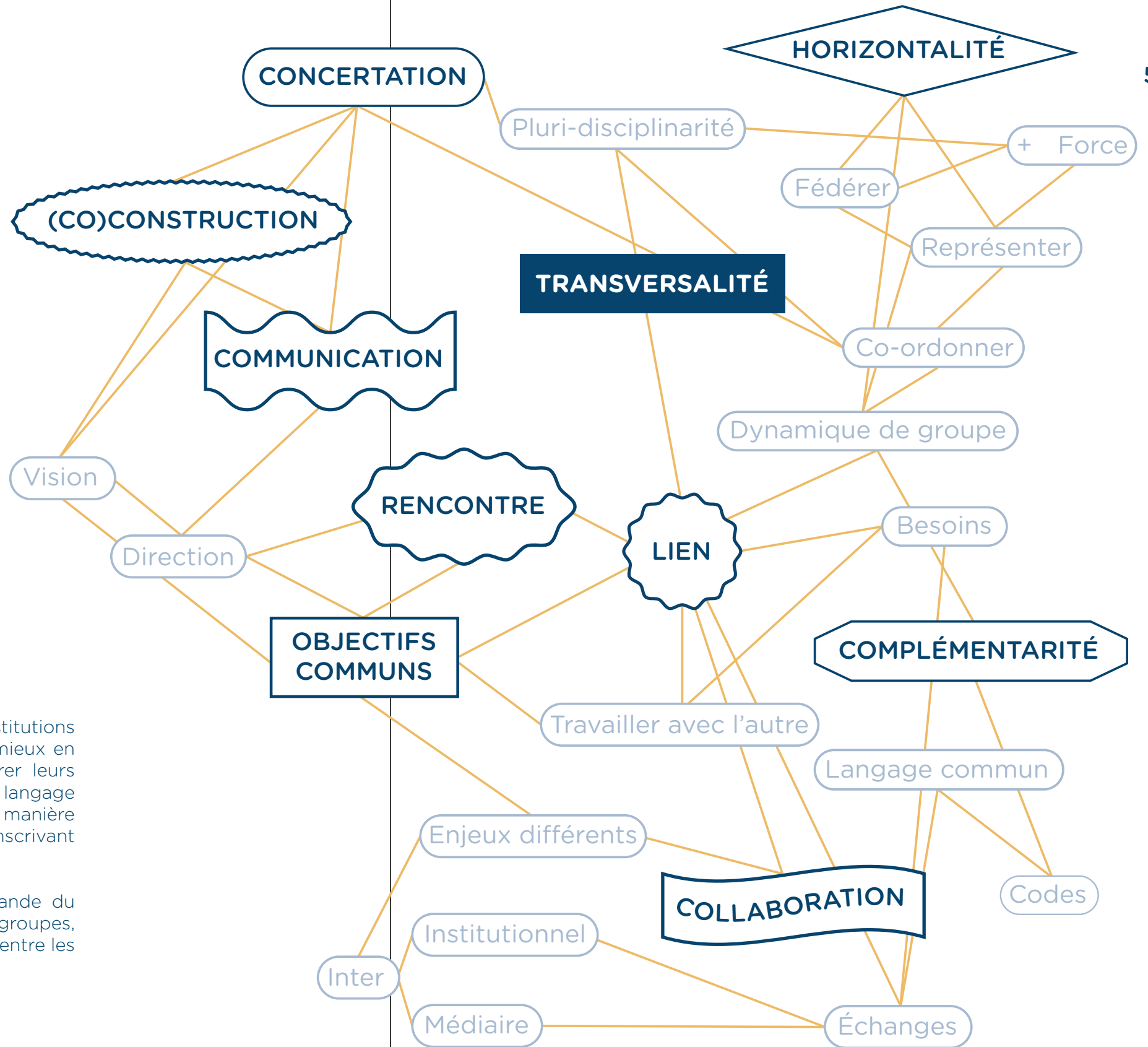
## Groupe 1

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.

RESSOURCES POUR TOUSTES

# RÉSEAU

CONCURRENCE VS

COMPLÉMENTARITÉ = RICHESSE DU RÉSEAU 61

FORCE

PARTENAIRES

FAIRE ENSEMBLE

GRUPE ≠ RÉSEAU



PARTICIPATION

DIFFÉRENTS GROUPES INTERCONNECTÉS

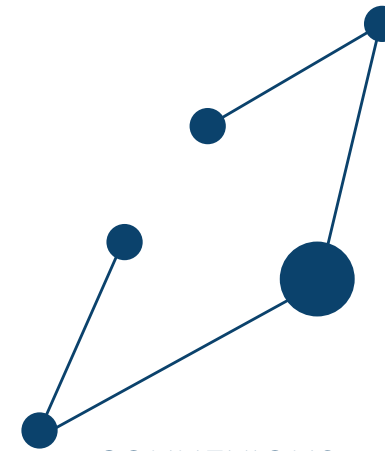
MOTEUR A LA CO-CONSTRUCTION

INTÉRÊT COMMUN



LIEN DE CONFIANCE

ENGAGEMENT ?



CONNEXIONS

1+1 = 3

LE RÉSEAU EST + GRAND QUE LA SOMME DE SES MEMBRES

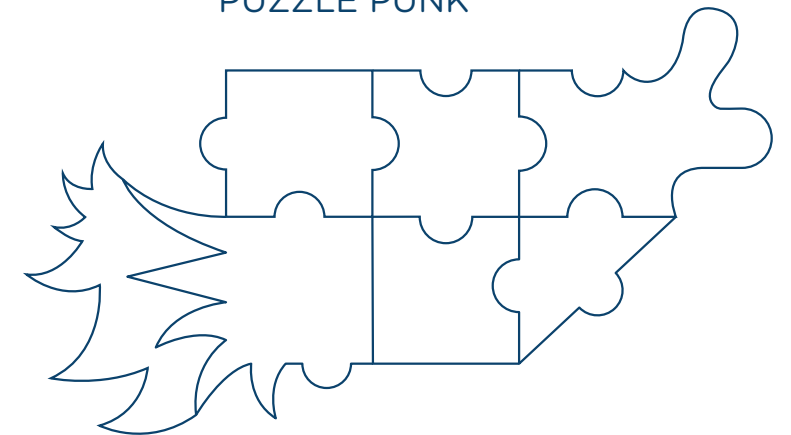
ÉTHIQUE ET VALEURS

LE + PETIT DÉNOMINATEUR COMMUN

DÉSIGNATION DU RÉSEAU

CHARTRE RÈGLES DE FONCTIONNEMENT (RESPECT + ÉCOUTE)

PUZZLE PUNK



## 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 pour les autres.

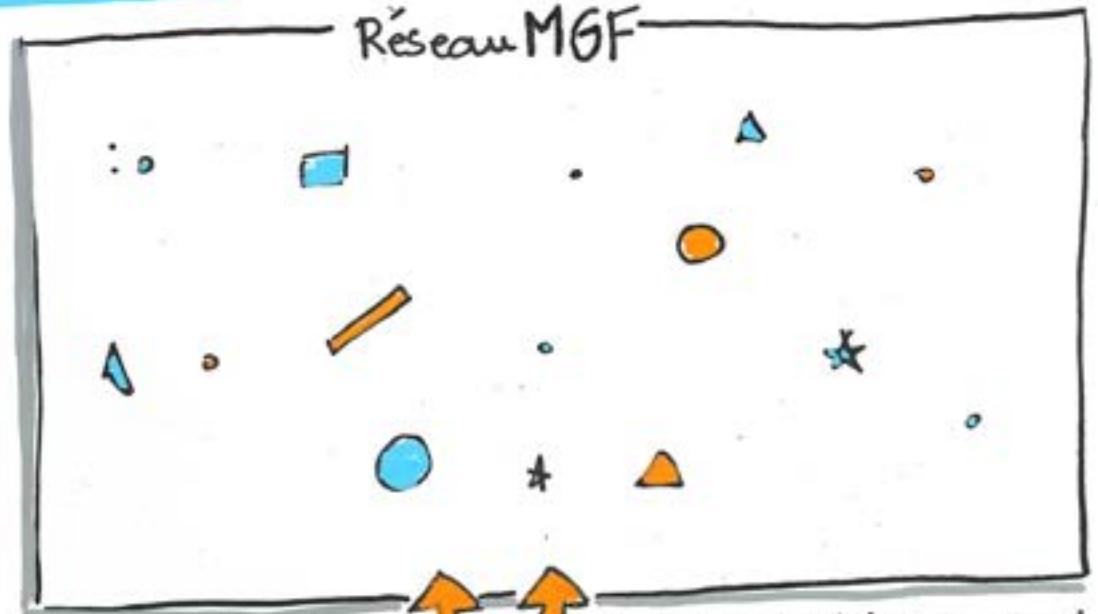
# Temps 2 → GAMS

## ETRE Réseau



Contexte  
Public : 8 concernées  
Nuitations Génitales  
Féminines

Combat Commun



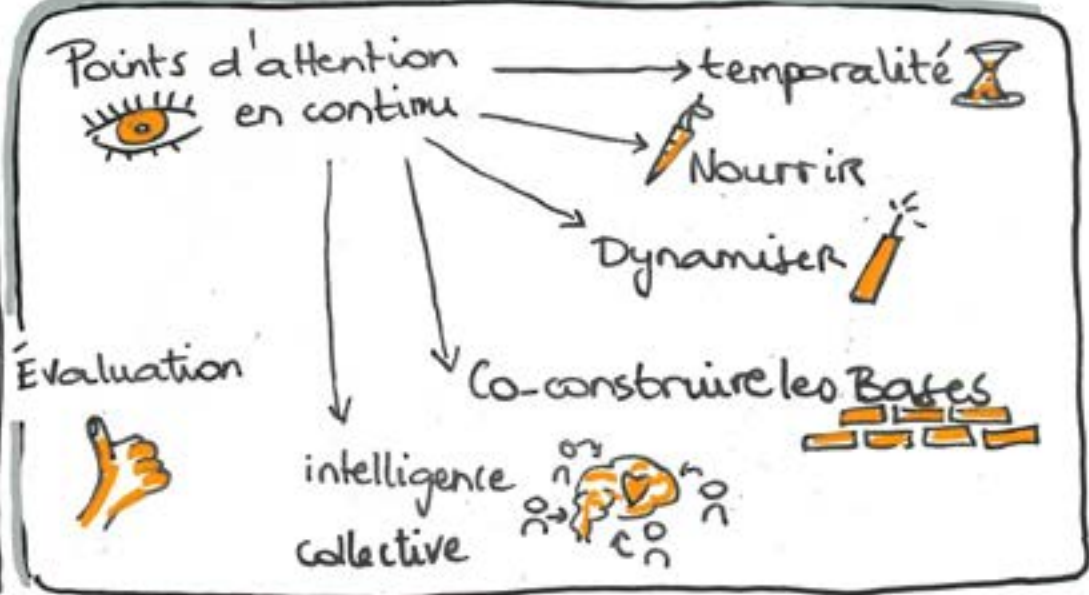
Besoins des personnes concernées

Professionnel.les n'ayant pas de réponse

### Objectifs



Ac About: Mutualiser les Ressources





### **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-rondes 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 ?**

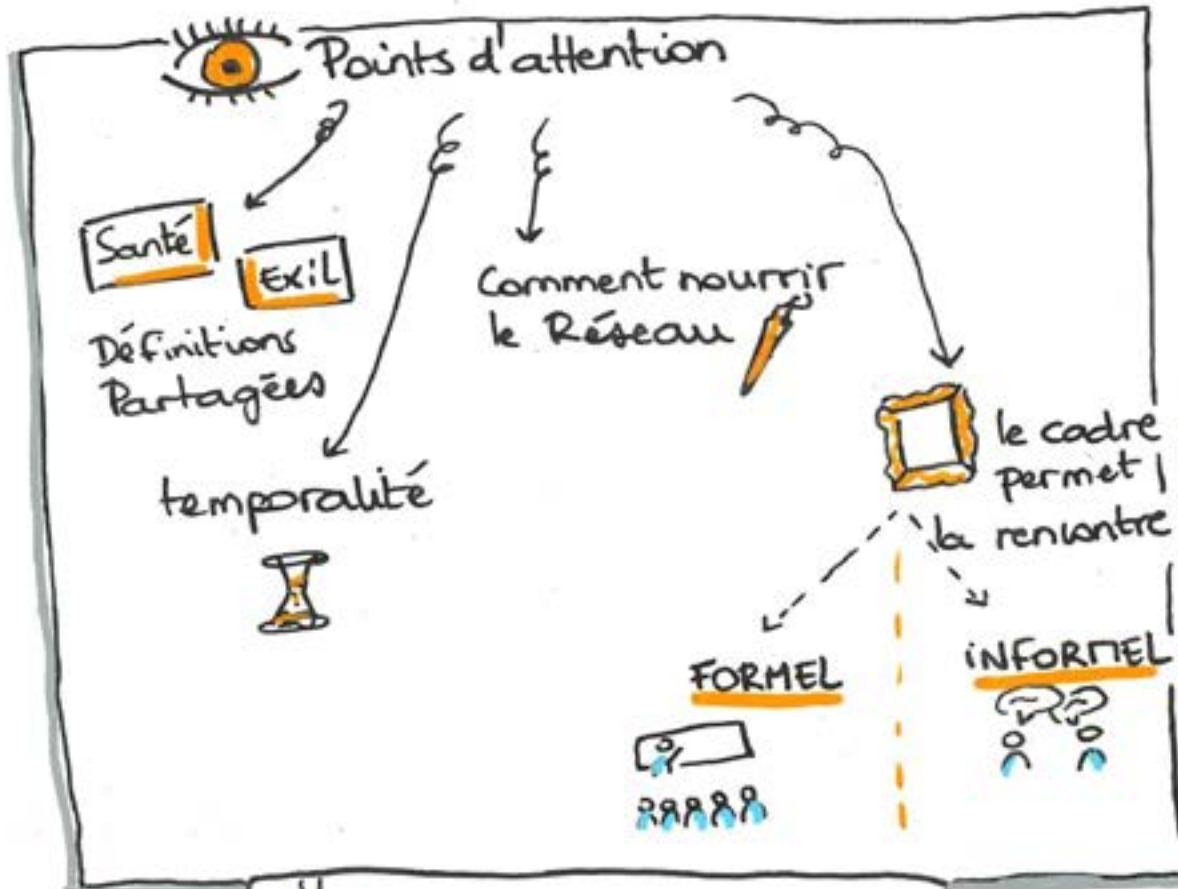
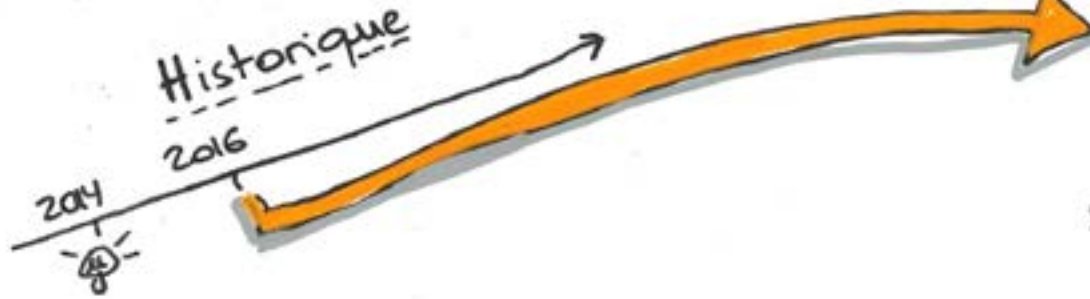
(faire réseau et nourrir le réseau), nécessité de ne pas trop surcharger le programme de l'événement, de laisser la place aux moments informels. Prévoir des temps d'animation consacrés spécifiquement à la rencontre et la mise en réseau dans le programme.

#### **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



IMPORTANCE DES TEMPS VIDES



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



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

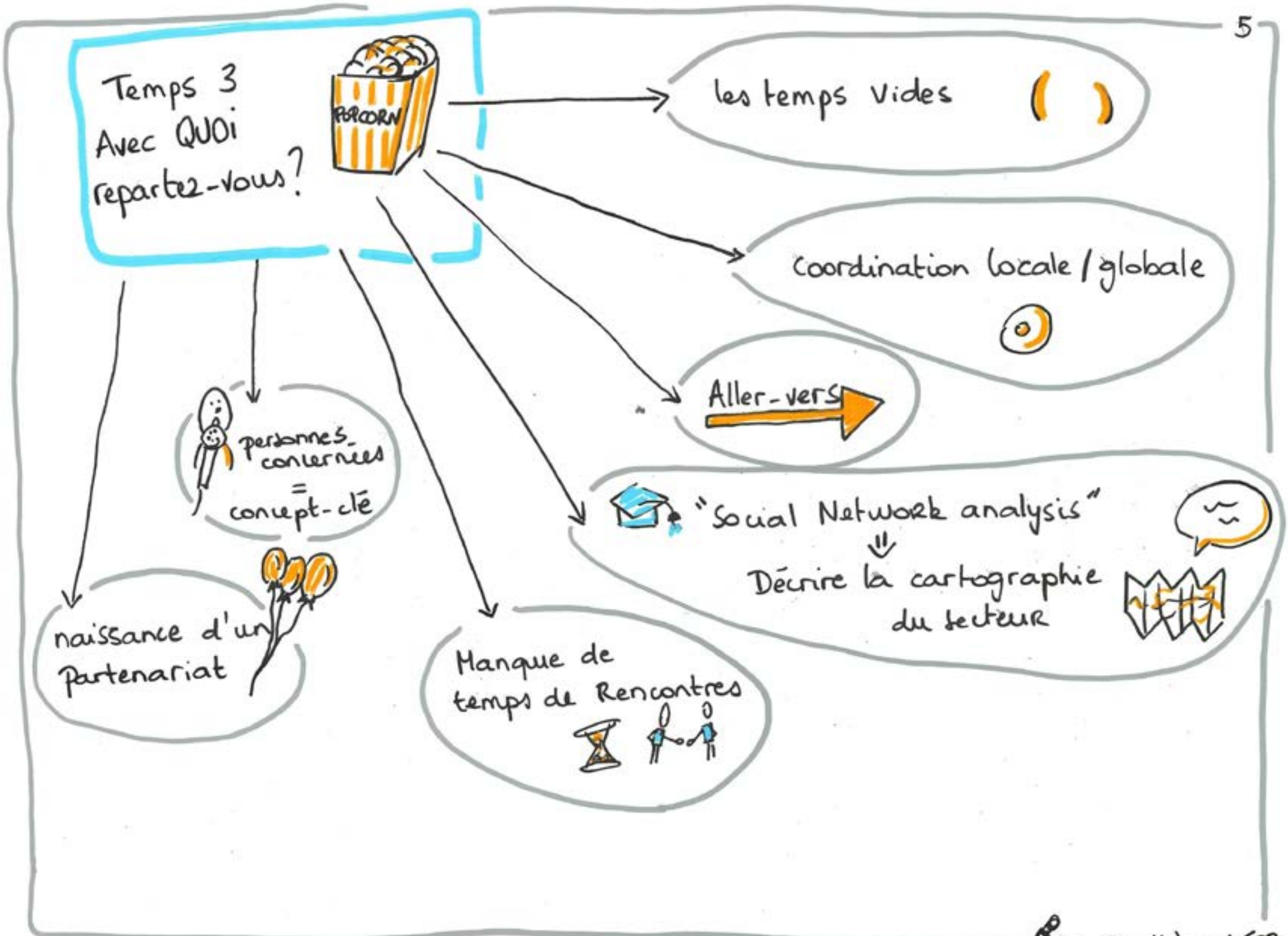
Quelques questions/discussions :

- 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 (subsidés, ressources humaines...)

## 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.



5

# MERCI !

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)  
Ségolène 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.