

Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



10 mars 2022

SESSION ORDINAIRE 2021-2022

RAPPORT D'ÉVALUATION

**du Plan stratégique de Promotion de la santé 2018-2022
du Gouvernement francophone bruxellois**

SOMMAIRE

CONTEXTE GLOBAL DU PLAN ET DE SON ÉVALUATION.....	4
I. Bref cadrage historique de la politique de promotion de la santé	4
II. Architecture décrétable du dispositif de promotion de la santé.....	4
1. Les opérateurs du dispositif	5
2. La finalité et les objectifs du plan	5
III. L'évaluation de plan.....	6
1. Parties prenantes de l'évaluation	7
2. L'évaluation à mi-parcours: décrire la couverture effective du plan.....	8
3. L'évaluation finale du plan (2021).....	8
FOCALE SUR LES ENJEUX DE PERTINENCE ET DE COHÉ- RENCE INTERNE.....	9
I. Mandat d'évaluation de l'Observatoire de la santé et du social	9
II. Méthodologie de l'évaluation du Plan stratégique.....	10
III. Logique d'intervention en promotion de la santé.....	11
IV. Méthodologie d'élaboration du Plan stratégique	14
1. Quelques lignes directrices préliminaires.....	14
2. Qu'en a-t-il été pour ce Plan ?.....	15
2.1. Parties prenantes impliquées.....	15
2.2. Étapes de construction et critères de sélection/validation du programme.....	16
2.3. Calendrier l'élaboration	17
2.4. Principaux leviers et freins rencontrés	17
3. Que retenir pour la suite ?.....	18
V. Évaluation de la pertinence	19
1. Définition de la problématique au sein du Plan stratégique	19
1.1. Éléments de cadrage légaux.....	19
1.2. Éléments de cadrage conceptuels : quel modèle de déter- minants ?.....	20
1.3. Le diagnostic socio-sanitaire bruxellois.....	22
1.4. Et donc ?	30
2. Structure d'objectifs du Plan stratégique.....	30
2.1. Quelques points de repères	30
2.2. Description des objectifs et priorités et Articulation avec la problématique de promotion de la santé.....	31
3. Conclusion sur l'évaluation de la pertinence du Plan stratégique	38
VI. Évaluation de la cohérence interne	39
1. Stratégies pour une politique de promotion de la santé	39
2. Moyens de la politique de promotion de la santé.....	41
2.1. Le budget et son allocation	41
2.2. La structuration du secteur.....	43
2.3. Les concertations	48
3. Conclusion sur l'évaluation de la cohérence interne du Plan stra- tégique.....	48

L'ÉVALUATION DE LA PRATICABILITÉ DU PLAN : LE POINT DE VUE DES OPÉRATEURS	50
I. Évaluation de la praticabilité réalisée par l'Administration	50
1. Le cadre d'évaluation	50
1.1. L'administration comme évaluateur du plan.....	50
1.2. Méthodologie d'évaluation	51
1.3. Le décret comme instrument du plan.....	51
2. Vision globale du plan par les opérateurs	54
2.1. Le plan comme levier de la politique de promotion de la santé	54
2.2. Le plan comme obstacle de la politique de promotion de la santé	55
3. La structure du plan.....	56
3.1. Objectifs transversaux.....	56
3.2. Objectifs thématiques et priorités.....	57
4. Les opérateurs	59
4.1. Les services supports	60
4.2. Les acteurs.....	60
4.3. Les initiatives.....	61
4.4. La fédération	61
5. Intersectorialité	62
5.1. Des identités professionnelles plurielles	62
5.2. Le découpage institutionnel	63
6. L'impact de la crise sanitaire sur le plan.....	64
6.1. Réaffirmer les logiques d'action en promotion de la santé ..	64
6.2. Adapter le nouveau plan	65
II. Constats de la Concertation des Services Piliers.....	65
1. Introduction et méthode.....	65
2. Principaux constats	66
ANNEXES	70
BIBLIOGRAPHIE	83

PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE GLOBAL DU PLAN ET DE SON ÉVALUATION

I. BREF CADRAGE HISTORIQUE DE LA POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ⁽¹⁾

L'instauration d'une politique publique relative à la promotion de la santé – compétence d'emblée décentralisée – remonte à l'adoption du **Décret de promotion de la santé en Communauté française de Belgique** le 14 juillet 1997. Très à la pointe à l'époque, celui-ci s'approprie les concepts et fondements des approches promues à l'échelle internationale au sein de la Charte d'Ottawa ⁽²⁾.

Le Décret (1997) qui porte organisation de la promotion de la santé, inclut alors la « médecine préventive envisagée dans ses aspects collectifs » et fixe un programme quinquennal, qui définit les lignes de force de la politique, et est assorti d'un plan communautaire opérationnel qui précise (article 2, § 1^{er}) :

- Les objectifs opérationnels prioritaires;
- Les stratégies et méthodes (...), les structures d'appui permanentes utiles, les programmes de formations, les outils d'informations et les campagnes de communication, les axes de développement et de soutien aux politiques locales et aux actions communautaires de santé;
- Les publics-cibles et les actions prioritaires.

Ce décret sera d'application pour la Communauté française – devenue Fédération Wallonie-Bruxelles – jusqu'à **la sixième réforme de l'État** (2014). La compétence est alors transférée aux Régions. Bruxelles se dote à ce moment au sein d'un nouveau **Décret relatif à la promotion de la santé pour la Commission communautaire française** (18 février 2016), assorti d'un premier plan stratégique de promotion de la santé (au mois de juin 2017).

La Wallonie ⁽³⁾ élabore, pour sa part, un plan de prévention et de promotion de la santé en 2017 (dès le mois de février – partie 1 consacrée à la définition des priorités) et voit ensuite la compétence « promotion de la santé » intégrée au sein du Code wallon de l'action sociale et de la santé (décret modifiant le CWASS le 2 mai 2019 ⁽⁴⁾).

Autre élément du puzzle institutionnel, la politique de promotion de la santé à l'école (PSE) demeure, quant à elle, dans le giron de **la Fédération Wallonie-Bruxelles** mais voit son application s'élargir à l'enseignement supérieur hors universités ⁽⁵⁾. L'Office de la Naissance et l'Enfance (ONE) en assure depuis 2015 la gouvernance.

II. ARCHITECTURE DÉCRÉTALE DU DISPOSITIF DE PROMOTION DE LA SANTÉ

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

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

(1) Ce chapitre est extrait de la partie du rapport d'évaluation produite par l'Observatoire.

(2) Adoptée en 1986 par l'Organisation Mondiale de la Santé: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf (dernier accès 15 janvier 2021).

(3) <http://sante.wallonie.be/?q=transfert-competences-sante/politique-promotion-sante> (dernier accès 15 janvier 2021)

(4) Code wallon de l'action sociale et de la santé (décret modifiant le CWASS le 2 mai 2019 [https://wallex.wallonie.be/files/pdfs/14/Code_wallon_de_l'action_sociale_et_de_la_sant%c3%a9_\(CWASS\)_-_Partie_d%c3%a9cr%c3%a9tale_06-08-2021-.pdf](https://wallex.wallonie.be/files/pdfs/14/Code_wallon_de_l'action_sociale_et_de_la_sant%c3%a9_(CWASS)_-_Partie_d%c3%a9cr%c3%a9tale_06-08-2021-.pdf)) (dernier accès 15 janvier 2021)

(5) Parlement de la communauté française. *Décret relatif à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités*. 14 février 2019 modifiant le Décret initial relatif à la promotion de la santé à l'école de 2001.

1. Les opérateurs du dispositif

Les opérateurs du dispositif prévu par le décret et pour lesquels les décisions du Collège sont requises sont :

- a) Les organismes piliers désignés et subventionnés en promotion de la santé : un service d'accompagnement en promotion de la santé, des services de supports méthodologiques et thématiques et des centres de référence en médecine préventive. Le service d'accompagnement et les services de supports sont désignés pour 5 ans sur la base d'appels publics à candidature. Leur mission première est d'apporter leurs expertises aux acteurs de terrain. Ils sont évalués tous les 5 ans, sur leur expertise et leur adéquation aux missions définies par le décret. En cas d'évaluation positive, la désignation est reconduite pour 5 ans sans nouvel appel public à candidatures;
- b) Les acteurs désignés et subventionnés en promotion de la santé. Les acteurs sont désignés pour 3 ans sur la base d'appels à projets. Leur mission première est de mettre en œuvre des actions répondant aux priorités et stratégies du plan. Les acteurs et projets sont évalués une première fois au terme de 3 ans d'activités, sur leur expertise, leur adéquation aux missions définies par le décret (voir infra) et les termes de leurs conventions. En cas d'évaluation positive, la désignation est reconduite pour 2 ans maximum sans nouvel appel public à projets.
- c) Les réseaux désignés et subventionnés, sur la base d'appels à réseaux.

Opérateurs et initiatives financés dans le cadre du plan 2018-2022

Services pilier	8
Acteurs	31
Réseaux	4
Initiatives	73 + 20 (soutien matériel)

2. La finalité et les objectifs du plan

Finalité du plan de promotion de la santé : Promouvoir la santé et réduire les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles-Capitale.

Objectifs généraux :

1. Contribuer de manière ciblée à la prévention des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles, ainsi que des traumatismes.
2. Renforcer les facteurs favorables à la santé.

Objectifs transversaux :

1. « Améliorer la qualité des interventions en promotion de la santé ».
2. « Favoriser et promouvoir la « santé dans toutes les politiques ».
3. « Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre ».

Objectifs thématiques :

1. « Contribuer de manière ciblée à prévenir les maladies non-transmissibles »
 - Priorité 1 : Promouvoir et soutenir les environnements comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation de tabac et d'alcool.
 - Priorité 2 : Soutenir des démarches de promotion de la santé mentale.

2. « Contribuer de manière ciblée à prévenir les infections et maladies transmissibles »

- Priorité 3 : Contribuer à la prévention des IST dont le VIH et le VHC.
- Priorité 4 : Contribuer à la prévention et au dépistage de la tuberculose.

3. « santé et bien-être des publics sur des territoires et dans des milieux de vie spécifiques »

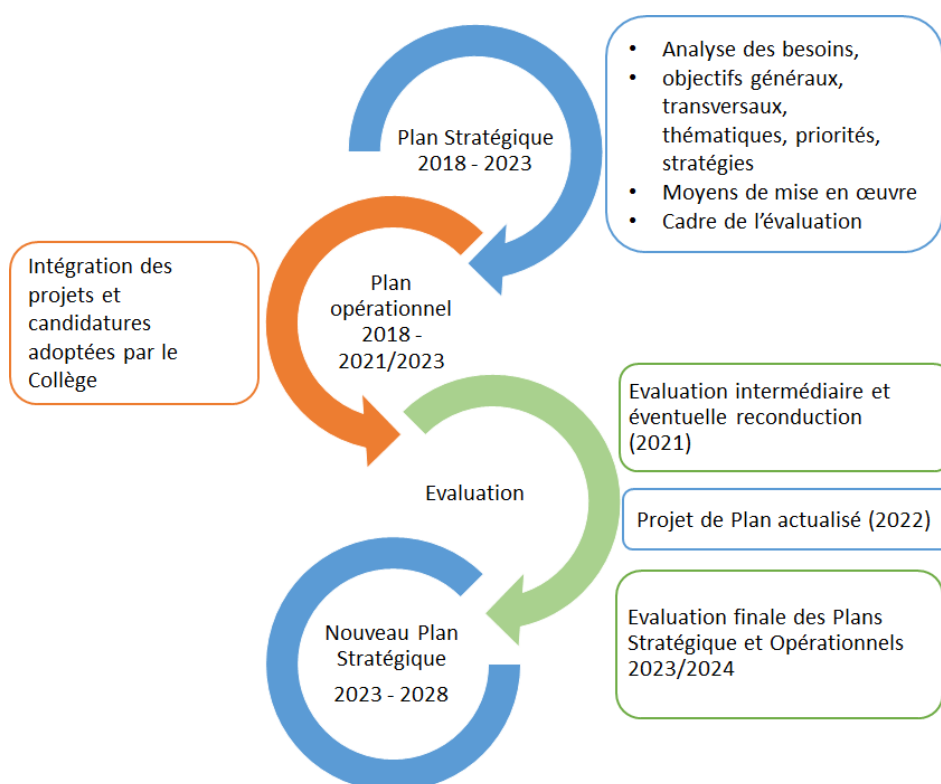
- Priorité 6 : Favoriser et promouvoir la santé sexuelle.
- Priorité 7 : Prévenir l'usage de drogues licites et illicites et en réduire les risques.
- Priorité 8 : Favoriser et promouvoir la santé au sein des divers milieux de vie des jeunes.
- Priorité 9 : Favoriser et promouvoir la santé en milieu carcéral.
- Priorité 10 : Favoriser et contribuer à promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité.

III. L'ÉVALUATION DE PLAN

Conformément aux prescrits du décret de promotion de la santé, et à l'instar de ce qui est prévu pour les opérateurs, l'évaluation du plan suit un cycle balisé d'étape-clés s'étendant sur la période de 5 années correspondant à durée d'adoption du plan par le Collège.

Les étapes-clés de l'évaluation du plan voient se succéder des étapes de suivi et des étapes d'évaluation à proprement parler. Les étapes de suivi ne sont pas détaillées dans le cadre de ce plan d'évaluation, car elles viennent nourrir les étapes d'évaluation et constituent des tâches quotidiennes des services du Collège en charge d'organiser l'évaluation du plan.

Tableau synthétique des étapes d'évaluation du plan stratégique



1. Parties prenantes de l'évaluation

Les différentes parties prenantes impliquées dans les deux évaluations sont identifiées à partir du décret de promotion de la santé.

Parties prenantes	Missions dans le cadre du suivi et de l'évaluation
L'Instance de pilotage	Piloter la politique de promotion de la santé : • proposer au Collège des orientations actualisées; • analyser et approuver le plan de promotion de la santé à soumettre au Collège; • assurer le suivi concernant l'exécution du plan et son évaluation; • déterminer les indicateurs servant de base au recueil de données; • analyser et approuver le rapport d'évaluation préparé par l'administration, qui comprend l'évaluation après cinq ans du fonctionnement du dispositif dans son ensemble et formuler des recommandations. (Article 4)
L'Administration	• élaborer le plan de promotion de la santé, le suivre, le mettre en œuvre et l'évaluer; • intervenir en appui scientifique; • remplir des missions d'appui scientifique, d'analyse, de planification, d'évaluation et d'aide à la décision, notamment auprès de l'instance de pilotage. (Article 5) • exploiter notamment les données et les rapports d'activités qui lui sont transmis par les acteurs, les réseaux et les organismes piliers; • rédiger et transmettre au Collège et à l'instance de pilotage : - un rapport d'évaluation intermédiaire à mi-parcours de la mise en œuvre du plan de promotion de la santé; - un rapport d'évaluation final au moins six mois avant l'adoption du nouveau plan de promotion de la santé. (Article 23)
Les services piliers (services d'accompagnement et de support)	• apporter, sur la base de leur expertise, un support permanent en matière de formation, de documentation, d'évaluation, de communication, de recherche ou de recueil de données à l'instance de pilotage, aux acteurs et aux relais désignés (Art.7)
Les acteurs et réseaux	• contribuer à la mise en œuvre du plan de promotion de la santé de par leur expertise en la matière; • se soumettre à l'évaluation portant tant sur leur expertise que sur leur adéquation aux missions visées dans leur convention et au sein du plan de promotion de la santé. (Articles 11 et 12)
Le Conseil Consultatif	« D'initiative, à la demande de l'Assemblée sur des propositions de décret, ou à la demande du Collège, la section « promotion de la santé » a pour mission de donner des avis sur toutes les questions qui concernent la promotion de la santé [...] ainsi que sur le plan de promotion de la santé. [...] » ⁽⁶⁾
L'Observatoire de la santé et du Social (OSS) de la Commission Communautaire Commune	Les missions spécifiques de ce dernier sont à définir en Instance de Pilotage. – Dans le cadre du plan 2018-2022, il est proposé que l'OSS : a) Participe activement à la mise à jour des données épidémiologiques; b) Participe activement au comité d'accompagnement d'évaluation du plan en vue de sa mise à jour; Dans son article 5, le Décret charge l'Administration « d'élaborer le plan de promotion de la santé, le suivre, le mettre en œuvre et l'évaluer. » C'est dans ce contexte que l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles a été sollicité par l'administration de la Commission communautaire française afin de contribuer à l'évaluation de ce premier plan.
Autres – à définir : FBPS, inter piliers, usagers,...	• Participe aux processus d'évaluation (rapports d'activité, ...)

(6) Sur cette base, les missions spécifiques du Conseil Consultatif dans le système de suivi et d'évaluation sont à définir avec l'Instance de Pilotage et le Conseil lui-même.

2. L'évaluation à mi-parcours : décrire la couverture effective du plan

Chaque opérateur désigné a construit son projet/programme en le situant dans le canevas d'*objectifs*, de *priorités* et de *stratégies* du plan stratégique, en sollicitant/activant les moyens prévus dans le plan. Dans une logique de planification, ces éléments constitutifs du plan participent, en quelque sorte, d'une « certaine » découpe du champ bruxellois de la promotion de la santé. Pris solidairement, ils sont susceptibles de refléter une vision organisée de ce champ, que les opérateurs contribuent à mettre en œuvre, participant de la sorte à l'action/la politique publique en matière de promotion de la santé à Bruxelles. Une analyse descriptive de la couverture effective du plan réalisée en 2020 a permis de décrire et dénombrer, au départ du plan opérationnel, les actions de promotion de la santé développées dans le cadre des désignations sur le territoire bruxellois (*quelles actions ont été développées, où, pour quels publics, dans le cadre de quelles stratégies ?*) afin de répondre à la question suivante : « les stratégies et priorités planifiées sont-elles couvertes et comment ? »

- > Le porteur principal de la mesure de la couverture est le service de promotion de la santé de la Commission Communautaire française.

3. L'évaluation finale du plan (2021)

L'évaluation finale est conçue selon trois axes interconnectés :

– L'évaluation de la pertinence et de la cohérence interne du plan

De manière très opérationnelle, l'évaluation ici visée cherche à vérifier dans quelle mesure toutes les composantes du plan (objectifs, priorités, stratégies, moyens prévus) sont liées, harmonisées entre elles (évaluation de la cohérence interne) et adaptées à l'analyse des besoins sociaux et de santé (évaluation de la pertinence). L'analyse détermine si le plan intègre ces besoins d'une manière équilibrée et en phase avec le réel, compte tenu par exemple du caractère particulièrement significatif ou spécifique de ces besoins sur le territoire bruxellois, ou encore, compte tenu des cadres institutionnel, politique et financier dans lesquels se déploie le plan.

- > Le porteur principal de cette partie de l'évaluation finale est l'Observatoire de la Santé et du Social de la Commission Communautaire commune.

– L'évaluation de la praticabilité du plan perçue par les acteurs de terrains

Il s'agit ici de recueillir, principalement auprès des opérateurs (acteurs, réseaux, piliers), leur ressenti global sur la mise en œuvre du plan stratégique; ce qu'ils peuvent en dire dans leurs contextes d'intervention respectifs; comment ils « utilisent » le plan; en quoi par exemple le plan est aidant ou freinant pour l'élaboration et la mise en place des actions, le développement de collaborations, le positionnement à l'intérieur du secteur de promotion de la santé, le travail en intersectorialité; l'élaboration ou le suivi d'un projet/programme; en quoi le plan a su s'ajuster à leur réalité et en quoi il convient de le modifier; etc.

- > Le porteur principal de l'évaluation de la praticabilité du plan est le service de promotion de la santé de la Commission Communautaire française.
- > La concertation des Services Piliers a également remis une note reprenant une série de constats. Ces constats sont repris à la fin de la partie consacrée à l'évaluation de la praticabilité du plan.

– Un travail de recommandations de la part des services piliers en vue de la construction du plan de promotion de la santé 2023-2028

- > Le porteur principal est la Concertation des Services Piliers. La note reprenant ces recommandations a été annexée à ce document d'évaluation.

Dans le cadre du plan 2023-2027, il sera important de réaliser une évaluation que ne se limite pas au plan, mais qui prend également en compte les actions menées par les opérateurs. Pour ce faire, il sera indispensable de penser ce processus d'évaluation parallèlement à la construction du nouveau plan en accordant une attention particulière aux indicateurs à mobiliser et à la récolte des données annuelles.

DEUXIÈME PARTIE : FOCALE SUR LES ENJEUX DE PERTINENCE ET DE COHÉRENCE INTERNE

Partie rédigée par l'Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitales

I. MANDAT D'ÉVALUATION DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

La politique de promotion de la santé opérée au niveau des institutions francophones bruxelloises (Commission communautaire française) est régie par le Décret relatif à la promotion de la santé (2016) et est incarnée au sein d'une **stratégie quinquennale**, au travers d'un plan stratégique et de moyens mis en œuvre (annexes opérationnelle et évaluative).

Selon les termes dudit Décret (2016), son **Plan** est le « document de référence présentant l'ensemble des objectifs, des programmes et des approches stratégiques prioritaires définis par le Collège pour une durée de cinq ans » (Article 2, § 5). Il s'inscrit pour ce faire dans la finalité du Décret qui vise à « **promouvoir la santé et à réduire les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles-Capitale** » (Article 3).

Dans son article 5, le Décret charge l'**Administration** « d'élaborer le plan de promotion de la santé, le suivre, le mettre en œuvre et l'évaluer. ». C'est dans ce contexte que l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles a été sollicité par l'administration de la Commission communautaire française afin de contribuer à l'évaluation de ce premier plan. Sur base de deux réunions d'échanges ayant permis d'identifier les éventuelles questions prioritaires, les contraintes liées au contexte institutionnel ainsi que les ressources à disposition pour ce travail d'évaluation, il est apparu qu'un temps d'arrêt et de rétrospection sur le design du plan lui-même seraient d'utilité en prévision de l'élaboration du prochain plan.

Ainsi s'agissant d'une compétence nouvellement arrivée aux régions, ce plan a dû reconfigurer la problématique publique et ses premiers engagements stratégiques et opérationnels dans le cadre d'une période de transition (acteurs établis dans le secteur mais nouveau décret).

Ce travail d'évaluation se centre donc sur une analyse de la pertinence et de la cohérence interne du plan stratégique de promotion de la santé.

Il était initialement prévu d'inclure dans le travail d'évaluation de l'Observatoire une section relative à la cohérence externe du Plan. Néanmoins une moindre disponibilité effective en ressources humaines pour ce travail d'évaluation a engendré une priorisation des deux premières questions (pertinence et cohérence interne). Il a notamment été considéré que le travail préparatoire à l'élaboration du Plan social santé intégré de la Commission communautaire commune opéré par l'Observatoire de la Santé et du Social livrerait de bonnes pistes relatives aux enjeux de cohérence externe du Plan Promotion Santé, dans la mesure où ce travail préparatoire incluait une mise en articulations des divers plans actifs en Cocom-Cocof s'agissant des matières social-santé ⁽⁷⁾.

« L'évaluation de la pertinence apprécie le **lien** qui existe, ou devrait exister, **entre les objectifs définis** dans la politique publique **et le problème à résoudre**. Le problème public a-t-il été bien apprécié dans le programme politico-administratif (PPA) ? Les objectifs sont-ils adaptés et proportionnels à l'ampleur du problème... ⁽⁸⁾ »

Afin d'analyser l'adéquation entre le problème défini et le programme politico-administratif mis en place, nous travaillerons en deux étapes :

- (i) Évaluation de la qualité du périmètre de **définition de la problématique** relative aux inégalités sociales de santé et aux déterminants du bien-être de la population en région bruxelloise;
- (ii) Évaluation de la mise sur pied des **objectifs définis**.

⁽⁷⁾ Pour de plus amples informations, nous renvoyons directement le lecteur à ce travail préparatoire. Une copie peut être sollicitée auprès de observat@ccc.brussels

⁽⁸⁾ Albarello et al (2016), p. 20.

L'évaluation de « la qualité du design interroge la cohérence interne du programme et la **rationalité de sa logique d'action** en ce qui concerne notamment l'identification des **groupes cibles** et le choix des **instruments**. ⁽⁹⁾ »

L'analyse portera sur l'**adéquation** entre d'une part les objectifs du Plan ⁽¹⁰⁾ et d'autre part les stratégies et moyens formalisés ⁽¹¹⁾.

II. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION DU PLAN STRATÉGIQUE

Ce travail d'évaluation du plan stratégique de promotion de la santé (2018-2022) s'inscrit dans le **paradigme pragmatique** qui « cherche à ouvrir et explorer la « boîte noire » des politiques publiques (...), c'est-à-dire à reconstruire le *policy design*, la logique causale et le processus de mise en œuvre afin d'essayer de savoir comment une politique publique donnée est appliquée, pourquoi elle marche ou ne marche pas selon le contexte ou les circonstances. ⁽¹²⁾ » Dans le cas présent, l'évaluation se concentrera principalement sur le design de la politique et n'entamera pas l'analyse de la mise en œuvre.

En vue de répondre aux deux questions d'évaluation relatives à la **pertinence** et à la **cohérence interne** de la politique de promotion de la santé de la Commission communautaire française, nous avons principalement travaillé **au départ de sources documentaires**, dont une bonne partie sont publiées (et référencées dans le présent rapport : littérature scientifique; littérature grise; textes législatifs; travaux parlementaires) et certaines ont été mises à notre disposition par l'administration dans le cadre du présent travail d'évaluation – s'agissant de documents préparatoires à la rédaction du plan stratégique (procès-verbaux de réunion; support de présentations orales; éléments de cadrage budgétaire; documentation sources ...). Nous avons de plus réalisé **l'entretien** de quatre personnes, en vue de compléter l'information relative au **contexte ayant entouré l'élaboration de ce plan**, nous permettant ainsi de couvrir **les champs administratif – politique – technique** :

- Mira Goldwicht, chargé-e de mission au sein de l'administration de la Commission communautaire française pour le plan de promotion de la santé 2018-2022;
- Vladimir Martens, conseiller pour la promotion santé au sein du Cabinet de la Ministre Jodogne – à l'époque de l'élaboration du plan;
- Murielle Deguerri, directrice de l'Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale* – à l'époque de l'élaboration du plan;
- David Hercot, collaborateur scientifique au sein de l'Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale* – à l'époque de l'élaboration du plan.

À côté de ces entretiens de cadrage initial, il était envisagé de rencontrer selon l'évolution du travail des acteurs de terrain du secteur de la promotion de la santé. Cette étape ne s'est finalement pas concrétisée pour deux raisons associées. D'une part, le matériau documentaire s'est avéré très riche de contenus et d'éléments de mise en perspective des parties prenantes elles-mêmes. D'autre part, il nous semblait peu opportun de cibler plus l'un ou l'autre interlocuteur du secteur, au vu de la diversité de points de vue pouvant être entendus. Dès lors deux options semblaient envisageables : rencontrer au maximum cette diversité d'acteurs (avec un nombre important d'entretiens, dans un contexte de données déjà très riches) ou gérer l'intégration du prisme de(s) l'interlocuteur(s) rencontré(s). Nous avons opté pour une troisième voie, celle d'assumer une analyse plus en recul au départ des éléments déjà très fournis en notre possession.

Il nous faut enfin préciser que le point de vue de l'évaluateur ne part pas de zéro puisque Gaëlle Amerijckx (principale contributrice à ce travail d'évaluation) a travaillé plusieurs années dans le champ de la promotion de la

(9) Albarello et al (2016), p. 20.

(10) Déjà analysés dans le cadre de l'évaluation de la pertinence.

(11) En concertation avec l'administration, les procédures (cycle de vie du plan; critères et processus de désignation des organismes piliers et d'attribution des conventions; cadre d'évaluation des divers opérateurs) ne seront pas examinées spécifiquement, dans la mesure où elles renvoient davantage à une analyse du Décret et de son Arrêté d'exécution (hors scope). Néanmoins, les éventuels éléments pertinents glanés de l'analyse documentaire sont mentionnés à titre informatif, dans ce rapport.

(12) Albarello et al (2016), p. 25-26.

santé (chercheuse au sein de l'École de santé publique de l'ULB et travailleuse au sein de l'associatif bruxellois du secteur) et qu'elle a un temps aussi été impliquée dans la Fédération bruxelloise de promotion de la santé.

III. LOGIQUE D'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ

En préalable aux questions d'évaluation spécifiques de la pertinence et de la cohérence interne du plan stratégique de promotion de la santé, nous exposons ici brièvement les tenants de la logique d'intervention de cette politique de la Commission communautaire française. Brièvement car la promotion de la santé dispose à l'échelle internationale d'un large et riche référentiel ⁽¹³⁾ que nous n'ambitionnons pas de couvrir ou de synthétiser dans ce travail.

Il existe différents modes de description de la logique d'intervention d'une politique publique, pour en présenter les acteurs et leur(s) contribution(s) (in)volontaires à l'action publique visée et engagée. Nous reprenons ici le **triangle d'acteurs** que ses auteurs qualifient de « construction théorique de « modèle de causalité » ou de théorie du changement social »; elle comprend une hypothèse causale et une hypothèse d'intervention, dont l'analyse permet de mieux cerner les liens entre les différents acteurs et leurs modifications suite à l'intervention publique. ⁽¹⁴⁾ » Ce triangle d'acteurs nous semble intéressant dans cette visée globale mais synthétique.

Avant d'en présenter l'application faite à la politique de promotion de la santé de la Commission communautaire française, passons en revue **ses composantes**. Quelles sont-elles ? Des catégories d'acteurs, une définition politique du problème à résoudre, une hypothèse d'intervention et une hypothèse causale.

Au niveau **des acteurs**, on retrouve aux trois extrémités dudit triangle :

- a) Les **autorités politico-administratives**, qui élaborent et appliquent la politique publique;
- b) Les **bénéficiaires finaux**, qui subissent les effets négatifs du problème;
- c) Les **groupes cibles**, qui causent le problème.

Le modèle complète ce trio de parties prenantes par des **groupes tiers**, qui se trouvent potentiellement indirectement impactés par l'action de la politique, soit positivement (d) soit négativement (e) ⁽¹⁵⁾. Notons encore que ce modèle ne présente pas spécifiquement les acteurs de la mise en œuvre, qui sont par contre décrits dans ce rapport dans le chapitre VII.

« L'**hypothèse causale** apporte une réponse politique à la question de savoir qui ou quoi est « coupable » ou « objectivement responsable » du problème collectif à résoudre. (...) Cette imputation des responsabilités reste déterminée par des jugements de valeurs politiques et par la façon même de percevoir le problème. De plus, les incertitudes de nature scientifique sur le fonctionnement effectif (objectif) du secteur d'intervention limitent grandement la possibilité d'identifier correctement les groupes cibles à la base du problème. » ⁽¹⁶⁾.

« L'**hypothèse d'intervention** établit quant à elle comment le problème collectif à résoudre peut être atténué, voire résolu, par une politique publique. Elle définit les modalités de l'intervention étatique qui vont influencer les décisions et les activités des groupes cibles désignés, de façon à ce que celles-ci soient compatibles avec les objectifs politiques. ⁽¹⁷⁾ ».

Afin d'élaborer ce triangle d'acteurs de la politique de promotion de la santé de la Commission communautaire française, **nous partons du Décret (2016)**, y incluant le projet de Décret ⁽¹⁸⁾ et les travaux préparatoires à son élaboration – divers éléments de cadrage théorique sont ainsi repris dans l'exposé des motifs avec, entre autres, un rappel historique des principaux acquis du référentiel de la promotion de la santé.

(13) Le référentiel d'une politique publique est « un ensemble de prescriptions qui donnent du sens à un programme d'action publique en définissant des critères de choix et des modes de désignation des objectifs. Il s'agit à la fois d'un processus cognitif fondant un diagnostic et permettant de comprendre le réel (en limitant sa complexité) et d'un processus prescriptif permettant d'agir sur le réel. » In Muller (2010), p. 556.

(14) Knoepfel et al (2006), p. 63.

(15) Ces groupes tiers ne seront pas décrits dans ce rapport, afin de conserver la focale de la discussion sur les principales parties prenantes.

(16) Opcit, p. 63-64.

(17) Opcit, p. 65.

(18) Parlement francophone bruxellois, *Projet de Décret relatif à la promotion de la santé*. Bruxelles : séance du 7 décembre 2015.

Dans son Article 2, le Décret (2016) définit la promotion de la santé comme le « **Processus** qui vise à **permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé** et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans la prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à **améliorer le bien-être** de la population et à **réduire les inégalités sociales de santé** en mobilisant **de façon concertée l'ensemble des politiques publiques**. ».

Le **schéma 1** reprend le triangle d'acteurs de la politique de promotion de la santé de la Commission communautaire française, que nous décrivons dans ses différentes composantes. Tout d'abord au niveau de ses catégories d'acteurs.

- a) Les *autorités politico-administratives* incluent l'ensemble des acteurs politiques de la Commission communautaire française, à savoir le Cabinet compétent pour la matière et le Collège; les membres de l'Administration Cocof et auxquels nous joignons la branche « promotion santé » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. Dans le cadre de sa mission d'avis, elle contribue en effet à façonner la politique en place.
- b) Les *bénéficiaires finaux* couvrent en principe la population bruxelloise. Néanmoins les publics d'enfants et de jeunes sont « hors cible », en ce sens qu'ils sont couverts par la politique de promotion de la santé à l'école de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Des stratégies d'action par milieu de vie ou déterminant de la santé, par exemple, qui seraient ciblées au sein du plan permettent toutefois de toucher « par la bande » ces tranches d'âges. Une attention additionnelle est par ailleurs portée aux groupes vulnérables, dits en situation de « désavantage », en réponse au principe d'« universalisme proportionné » contenu dans le Décret (Articles 2 et 3). Ces catégories de groupes vulnérables n'étant pas précisément définies, c'est au plan d'y donner forme.
- c) Les *groupes cibles* couvrent un panel extrêmement large si l'on tient compte du référentiel international de promotion de la santé (auquel il est fait rappel dans l'exposé des motifs au projet de Décret). Celui-ci couvre en effet les politiques publiques au sens large, dans leur potentiel d'effet(s) sur la santé; les différents environnements de vie (individuels et collectifs); les collectivités, dans leurs dynamiques proprement humaines et sociales; et enfin les individus eux-mêmes, en tant qu'acteurs de leur propre santé. Si l'on part de la définition du Décret (reprise plus haut), on repréciserait comme suit : les individus, les collectivités et l'ensemble des politiques publiques. Les niveaux d'intervention vont donc du micro (individus), en passant par le méso (collectivités et politiques locales) et potentiellement le macro (politique régionale voire fédérale).

Venons-en aux composantes de l'action.

Quel est le *problème à résoudre* pour les autorités politico-administratives ? Le Décret s'est donné pour finalité de « promouvoir la santé et de réduire les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles-Capitale » (Article 3). On notera au passage le glissement de terminologie entre « bien-être » – dans la définition de la promotion de la santé – et « santé » – dans la finalité du Décret ⁽¹⁹⁾. Cette finalité combine deux préoccupations relevant de niveaux distincts :

- > Un niveau de type protectionnel, ou préventif ⁽²⁰⁾, en vue de réduire les impacts des facteurs délétères sur la santé, en tenant compte de leur inégale distribution au sein de la population;
- > Un niveau de type « émancipateur », visant à promouvoir le bien-être (comportements de santé, dynamiques au sein des milieux de vie ...) au-delà de la seule rencontre d'un état de santé favorable.

Le premier niveau est aisément traduisible en problème à résoudre, à savoir **la présence de fortes inégalités sociales de santé en Région bruxelloise**. Le problème est ainsi largement documenté dans les statistiques et analyses portant sur l'état de santé et de bien-être des Bruxellois ⁽²¹⁾. Néanmoins, ces inégalités sont de différents types et niveaux d'actions (voir le chapitre VI) et relèvent, ce faisant, d'un large spectre. Le problème à résoudre

(19) Ce « frottement » a été résolu dans le plan stratégique en combinant les deux notions dans l'un des deux objectifs généraux. Voir le chapitre VI pour plus de détails.

(20) Au sens de la définition de l'OMS (1984) où la prévention comprend : « des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences ».

(21) Voir les publications de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles (<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>). Ce point est abordé plus spécifiquement dans le chapitre VI.

est donc non circonscrit. À voir si/comment le plan permet de réaliser ce resserrage – cf. le quoi ou qui (également dans le chapitre VI).

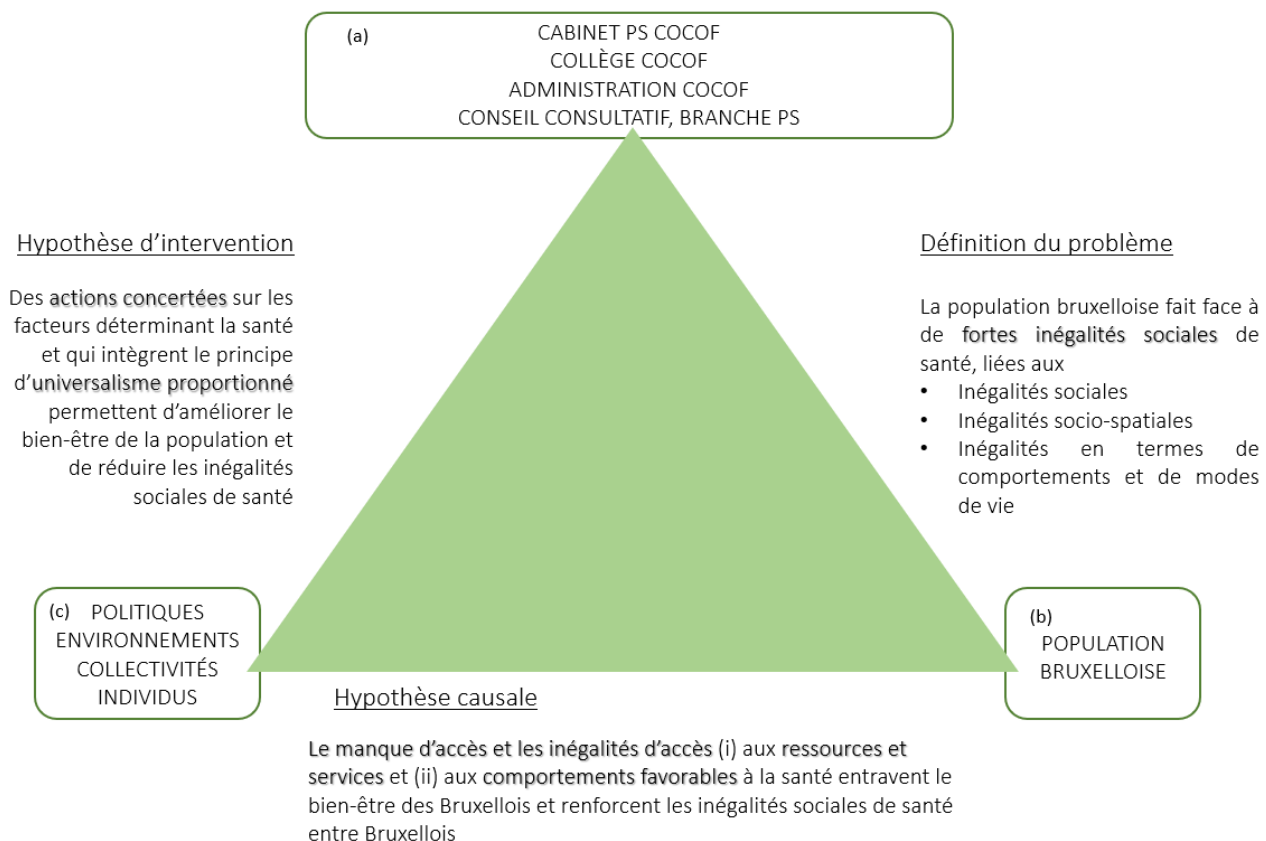
Le deuxième niveau est plus difficilement traduisible en problème à résoudre. Si l'on reprend la définition de la promotion de la santé, qui considère le « processus » sur la santé, on n'envisage pas la question de façon binaire (résolu/non résolu) mais bien comme un continuum, s'inscrivant sur le long cours et dans une gradation très fine et individuelle (d'autant plus complexe à mesurer). Ce niveau nous semble hors champ d'une stratégie dite de « problème à résoudre » (qui porterait sur la présence d'entraves au bien-être) et c'est pourquoi il n'apparaît pas en tant que tel dans le schéma. À voir toutefois si/comment le plan circonscrit les déterminants spécifiques sur lesquels travailler en vue d'agir sur ce processus – cf. le quoi ou qui (voir le chapitre VI).

Quelle est l'*hypothèse d'intervention* ? **Au départ d'actions concertées**, c'est-à-dire d'actions transversales et intersectorielles (cf. l'énoncé des motifs du projet de décret), **sur les déterminants** – sociaux et environnementaux (cf. *ibid*) – de la santé et qui intègrent le **principe d'universalisme proportionné**, on **améliore la santé** de la population et on **réduit les inégalités sociales de santé** entre Bruxellois. Si cette hypothèse permet d'entrevoir l'action (interventions) vers le changement visé, on doit toutefois en souligner le caractère quelque peu mammoth et ce d'autant plus au regard des moyens effectivement à disposition de cette politique – cf. avec quels moyens ? (voir à ce propos le chapitre VII). On soulignera à ce stade la mise en avant des actions concertées (pour celles qui s'opèrent en intersectoriel) qui créent une situation de co-dépendance systématique vis-à-vis de chacune des politiques publiques ou secteurs à concerter.

Quelle est l'*hypothèse causale* ? Le manque d'accès et les inégalités d'accès (i) aux ressources et services d'une part et (ii) aux comportements favorables à la santé d'autre part entravent le bien-être des Bruxellois et renforcent les inégalités sociales de santé entre Bruxellois. On retrouve ici l'attention portée aux 2 niveaux de préoccupation, un niveau visant l'émancipation par une meilleure capacité d'action des individus et l'autre par une amélioration des conditions d'accès aux ressources et services. Il faudra voir si/comment cette combinaison d'actions ou interventions est déployée dans le plan stratégique – cf. le comment ?

Schéma 1

Triangle d'acteurs de la politique de promotion de la santé de la Commission communautaire française



IV.MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PLAN STRATÉGIQUE

1. Quelques lignes directrices préliminaires

Les **ressources nécessaires à l'élaboration d'un plan** (de santé ou de promotion de la santé) ne doivent pas être sous-estimées; elles doivent d'une part garantir un temps nécessaire à cette construction (**ressource « temps »**), d'autant plus long s'il s'avère coconstruit, et d'autre part permettre de dégager suffisamment de moyens humains (**ressources humaines**) au projet (**1 ETP pendant une année**, selon DGS 2009).

Si chaque plan est différent et se constitue dans un contexte particulier, on peut néanmoins dégager des lignes directrices quant aux grandes étapes d'un tel projet (DGS, 2009 ⁽²²⁾) :

- La commande du plan
- L'organisation à mettre en place
- La concertation avec les parties prenantes
- L'élaboration du document stratégique
- La boîte à outils d'aide à la programmation
- Le programme d'actions de niveau central
- La validation du plan
- La communication

Le démarrage du projet est celui de la **commande du plan**; il débouche sur la lettre de mission et l'identification du chef de projet.

La phase d'**organisation** concerne la mise en place de l'équipe projet (souvent plusieurs personnes, entre la supervision, la réalisation et le secrétariat du plan); la définition du périmètre du plan (De quel type de plan s'agit-il ? Quelles sont ses délimitations ?) et l'installation de la structure de collaboration (comité scientifique; groupes de travail ad hoc). Concernant la mise sur pied de tels groupes de travail, on soulignera l'intérêt de désigner un-e pilote pour chacun d'eux et de clarifier en amont la méthode de travail (« Les procédures de production, de concertation, de validation et de diffusion pour les groupes et instances doivent être également écrites »). Les éléments de clarification à cette étape couvrent enfin le planning de travail (échancier). Idéalement, « le responsable du projet (le DGS) précise, par un courrier adressé aux divers organismes et institutions partenaires, les attentes en matière de collaboration. »

Un autre levier central dans le processus d'élaboration d'un plan concerne le soutien politique. Ainsi « Le lien avec le cabinet doit être, sinon permanent, du moins régulier, et organisé, pour s'assurer du soutien politique aux étapes clés et, le cas échéant, infléchir le travail. ».

L'élaboration du **document stratégique** couvre : l'étude des besoins; la définition des priorités; la définition des objectifs. Enfin le document de la DGS (2009), distingue ce document stratégique de la constitution de la **boîte à outils de programmation** (instruments de la politique) et enfin du **programme d'actions**.

La **validation du plan** couvre principalement le processus politique, mais inclut idéalement également une validation auprès du secteur (modalités à définir, également dépendantes de l'organisation du secteur).

Enfin la **communication** adéquate, en interne et en externe, doit être développée en vue de faire connaître ce plan aux différentes parties prenantes. Il va de soi qu'à la suite de l'élaboration du plan, se trouve le suivi de

(22) Comme son nom l'indique, ce rapport présente des Recommandations pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans nationaux de santé. Trois constats – opérés sur le territoire français – ont été à l'origine de l'élaboration de ce document de recommandations (2009, p. 6) : la grande hétérogénéité de méthodes d'élaboration, de suivi et d'évaluation des plans; une multiplication des plans sans cohérence le plus souvent avec les orientations politiques et programmatiques; et une difficulté d'articulation entre eux.

sa **mise en œuvre** et enfin son **évaluation**. Ces dernières étapes sont parfois négligées (trop peu anticipées) ou sous-estimées (au regard de la charge de travail associée).

2. Qu'en a-t-il été pour ce Plan ?

Ce plan local (Commission communautaire française) présente ses phases stratégique et programmatique de façon regroupée au sein du plan dit « stratégique ». Il présente en ce sens un **format hybride**.

La méthodologie d'élaboration du Plan est présentée dans le chapitre 4 du document « le plan stratégique 2018/2022 ». On y retrouve la « méthode de planification » (4.1) qui liste les étapes de travail, les modalités de collaboration avec le secteur (4.2) et l'architecture globale du plan (4.3).

Cette **description méthodologique** s'avère toutefois extrêmement **synthétique, peu spécifique et fort elliptique**. Pour en savoir davantage, il faut se pencher sur la documentation mise à notre disposition par la chargée de mission en vue de ce travail d'évaluation de la qualité du design, et tenter de reconstruire la logique de travail. Sur cette base, faisons le point sur les éléments structurants de la méthodologie d'élaboration du plan.

2.1. Parties prenantes impliquées

Le Décret prévoit que le Plan soit « rédigé par l'Administration en collaboration avec les organismes piliers et les acteurs. » (Article 3, § 3) Il ne précise néanmoins ni le degré de cette collaboration (de la simple consultation jusqu'à la co-construction) ni ses modalités.

Le Plan évoque dans la section 4.2. : « **certaines associations « ressources »** identifiées par le cabinet et l'administration », ainsi que « **des acteurs** qui se sont présentés spontanément » (p. 12). Ces associations et acteurs ne sont nommés ni dans le corps du texte, ni en annexe. S'il est précisé dans cette même section que les acteurs financés dans le cadre du *standstill* ont été informés du type de collaboration envisagé par la chargée de mission, aucune explicitation de ces modalités n'est par ailleurs fournie dans le Plan.

Les documents à notre disposition (deux procès-verbaux (30 août 2016; 13 septembre 2016) de réunions du « groupe de travail Plan » et la composition initiale de ce GT) et nos entretiens préliminaires font apparaître le caractère relativement automatique ou intuitif de la sélection opérée dans le chef du cabinet en amont du processus d'élaboration du Plan. Celle-ci n'a pas été formalisée au départ de critères explicites. Elle atteste d'une certaine forme de **dépendance au sentier** (Sabatier, 1993) dans la mesure où ce sont les anciens services communautaires et les services et acteurs avec mission scientifique (collecte de données socio-sanitaires; programmes et politique de médecine préventive; évaluation) qui ont été sollicités ⁽²³⁾ (à l'exception de l'équipe de chercheurs mandatés pour élaborer en parallèle du plan stratégique, un plan alimentation – activité physique). Cette sélection rencontre toutefois une certaine logique prospective, au vu du nouveau Décret qui stipule la collaboration attendue avec les (potentiels futurs) organismes piliers (à savoir les services susceptibles de se profiler comme tels dans le cadre d'un nouveau dispositif). Mais rien de plus quant aux autres acteurs du secteur.

Notons que cette interrogation quant au périmètre et au mode de la consultation des acteurs a également été soulevée par plusieurs parlementaires lors de la présentation du Plan en Commission santé du Parlement ⁽²⁴⁾. Le compte-rendu des discussions fait état de points de vue divergents quant à l'appréciation de la formule déployée (opacité de la liste des parties prenantes, des lieux d'échanges (invitation en instance de pilotage), des retours et avis formulés du terrain (absence de mise à disposition de l'avis du Conseil consultatif)) en regard de l'énoncé d'une stratégie « participative et concertée ».

(23) APES-ULB; Centre Bruxellois de promotion de la santé; Centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers; Cultures et Santé; Eurotox; Fédération des Maisons Médicales; Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles; Observatoire du Sida et des Sexualités; Question Santé; RESO-UCL; SIPES-ULB et ESP-ULB (mandaté par le Cabinet pour élaborer un « cadre stratégique pour promouvoir une alimentation favorable à la santé, une activité physique régulière, une consommation d'alcool responsable et une réduction du tabagisme »).

(24) Parlement francophone bruxellois, Assemblée de la Commission communautaire française, *Présentation du plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022 du gouvernement francophone bruxellois*. Bruxelles : séance du 4 juillet 2017.

De façon notable, l'implication du **Cabinet et de l'Administration** dans le processus d'élaboration du Plan est passée sous silence dans le Plan. Le Décret prévoit qu'une Instance de Pilotage (« organe composé de représentants du Collège, de l'Administration et d'invités associatifs et institutionnels, dont le rôle est de piloter la politique de promotion de la santé », Article 2) soit constituée au sein du dispositif de promotion de la santé. S'agissant de l'élaboration du plan, cette instance de pilotage intervient dans l'analyse du projet de plan et son approbation (Article 4, § 2). Dans le Plan, la seule référence à l'instance de pilotage concerne l'exposé du dispositif de promotion de la santé (point 3.2, p. 9).

De nos entretiens préliminaires, il ressort que la chargée de mission a été régulièrement en contact avec le représentant du Cabinet au sein de l'instance de pilotage, en vue d'échanger sur la structure et les lignes de force du Plan, ainsi que sur la bonne avancée dans ce travail d'élaboration. Ces contacts n'ont toutefois pas été formalisés dans le cadre spécifique de l'Instance de pilotage (absence de procès-verbaux relatifs à ces allers-retours).

De façon plus spécifique, le texte cite « l'**Observatoire de la Santé et du Social** de la Commission communautaire commune [qui] a suivi attentivement les étapes de travail et plus spécialement l'analyse des besoins » (p12). On ignore toutefois ce que ce « suivi attentif » a recouvert, au départ de la description fournie dans le Plan. Sur base de nos entretiens préliminaires, il apparaît que l'Observatoire a : (1) mis à disposition des données socio-sanitaires relatives à Bruxelles et aux Bruxellois, en vue d'alimenter le diagnostic; (2) présenté diverses initiatives social-santé à Bruxelles, pour lesquelles des ponts avec la promotion de la santé pouvaient être envisagés (Bruxelles ville-santé; ébauche du Plan Santé Bruxellois...); (3) effectué des relectures du projet du Plan, à différents moments de son élaboration (mais pas dans sa version finale).

Ensuite la **section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé**, qui « constitue l'organe d'avis du secteur » (Article 3, § 2), est mentionnée dans la mesure où elle a été rencontrée à deux reprises dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique. Un premier **avis d'initiative** avait été produit le 9 décembre 2016 en vue de l'élaboration du plan ⁽²⁵⁾ et « en majeure partie suivi » selon la chargée de mission dans le retravail du Plan (p. 12). Un deuxième avis sollicité par la Ministre est intervenu après présentation **du Plan finalisé** devant la section ⁽²⁶⁾.

Enfin, des contacts avec **le cabinet et l'administration en charge de la promotion de la santé en Wallonie** ont été réalisés, en vue « de poser les bases nécessaires à la collaboration entre Bruxelles et la Wallonie en matière de promotion de la santé » (p. 13). On ignore de quelles « bases » il s'agit ici; l'analyse du Plan met en lumière des actions principalement orientées au travers de l'instrument des concertations, qui n'est pas spécifiquement budgétisé ou alloué à l'un ou l'autre acteur dans le cadre de ce Plan. Les discussions en Commission santé du Parlement francophone bruxellois lors de la présentation du plan stratégique nous renseignent quelque peu sur l'objet de ces rencontres ⁽²⁷⁾. La ministre y précise alors que ces rencontres visaient à baliser le terrain entre les deux entités dans le cadre d'acteurs qui seraient financés dans les deux régions pour la promotion de la santé. Toutefois, le calendrier d'avancement des travaux sur la nouvelle politique de promotion de la santé divergeant au sein des deux entités, la Commission communautaire française a finalement avancé seule sur son plan stratégique, sans concrétisation de stratégies concertées avec la région wallonne.

2.2. Étapes de construction et critères de sélection/validation du programme

Le Plan en soi ne permet pas de se faire une idée précise des étapes et du processus de décisions opérés pour le voir aboutir. Les éléments d'explicitation de la méthode d'élaboration des objectifs figurent spécifiquement dans le point 4.1 « méthode de planification ». Il y est précisé que les objectifs (généraux, transversaux et thématiques) ainsi que les publics prioritaires et milieux de vie, et les priorités et stratégies ont été définis **au départ de l'analyse des besoins sociaux et de santé**. On en déduirait, au départ de cet énoncé, que le Plan est le fruit d'un travail axé principalement sur ce « seul » critère scientifique.

Sur la base des entretiens préliminaires et de la documentation à notre disposition, il apparaît toutefois que le **travail d'orientation** du plan stratégique s'est opéré au travers de **grands critères** : le référentiel de la promotion de la santé (textes fondateurs produits lors des conférences internationales de promotion de la santé, sous l'égide

(25) Parlement francophone bruxellois, Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. *Rapport d'activités pour l'année 2016*, Annexe 12.

(26) Avis que nous n'avons pas été en mesure de consulter.

(27) Parlement francophone bruxellois, Opcit : séance du 4 juillet 2017.

de l'Organisation Mondiale de la Santé); l'ancrage politique (Priorités de la Ministre compétente, Gouvernement thématique santé 2016, plans préexistants ...); la structuration du secteur préexistant (acteurs financés dans le cadre du *standstill*; dynamiques, réseaux en place). Ces critères ont donc contribué tout comme l'analyse des besoins à façonner le Plan.

Ensuite, on comprend que des **éléments de priorisation** ont dû être opérés quant aux axes, objectifs ou thématiques à reprendre dans le Plan. Si une telle priorisation au sein d'un plan stratégique apparaît comme un phénomène relativement naturel ou évident (de par l'existence des contraintes budgétaires), on devine volontiers en quoi cette priorisation peut et a pu s'avérer centrale dans le cadre de la politique de promotion de la santé en Commission communautaire française (voir le chapitre consacré à la logique d'intervention). Au départ des documents de travail mis à notre disposition par la chargée de mission, il apparaît qu'une matrice considérant le poids de la problématique (prévalence) et son impact sur les situations de vulnérabilité (gravité/morbidité) a été présentée en Instance de pilotage. Toutefois le passage de cette présentation de la matrice à sa mobilisation effective dans le Plan n'est explicité, ni dans ces documents préparatoires consultés ni dans le plan stratégique lui-même.

2.3. Calendrier l'élaboration

Le Plan ne précise rien sur ce point, hormis une élaboration opérée **sur une période calendrier de six mois** ⁽²⁸⁾ – à laquelle a succédé le processus de validation politique. Les documents nous ayant été fournis détaillent le calendrier de travail de la chargée de mission (étapes de travail et échéancier y correspondant) mais pas celui des échanges avec le secteur et l'Instance de pilotage sur les différentes étapes de ce travail. Si le cycle d'élaboration atteste d'une volonté d'opérer une construction en étapes successives, relativement logiques (cf. « le cycle de planification » : analyse de contexte; axes stratégiques; objectifs stratégiques; actions stratégiques), on peut douter de la concrétisation effective de ce cycle au vu du calendrier resserré de réalisation de ce premier plan de promotion de la santé Commission communautaire française. Il nous semble davantage plausible (au vu des documents à disposition) que ces étapes de travail aient été opérées en parallèle, afin d'aboutir dans les temps sur le Plan.

Ce point est loin d'être négligeable. Selon les standards rapportés dans la littérature, **on considérerait en moyenne entre une à deux années pour l'élaboration d'un plan** régional de santé, dont « 5 à 6 mois pour la rédaction-concertation-arbitrage, une fois l'étude des besoins réalisée » (DGS, 2009 p16). Ce temps est d'une part nécessaire à la construction d'une réflexion collective et d'un processus d'élaboration en couches successives.

2.4. Principaux leviers et freins rencontrés

Dans le cadre de ce Plan et au vu des éléments qui précèdent, on soulignera comme leviers activés :

- L'engagement d'une chargée de mission pour élaborer le Plan (1 ETP).
- La mise sur pied de l'instance de pilotage (en charge du suivi politique du Plan).
- L'envoi d'une lettre au secteur afin de clarifier le cadre d'élaboration du Plan ainsi que l'échéancier de travail (6 mois calendrier).
- La place laissée aux acteurs pour soumettre une contribution à l'élaboration du Plan.

(28) La chargée de mission a ainsi démarré son engagement au sein de l'administration de la Commission communautaire française au mois de novembre 2016 et a remis pour la mi-avril 2017 la version finalisée du plan stratégique. Bien qu'elle ait précédemment travaillé dans le secteur de la promotion de la santé et soit dès lors familiarisée avec ses lignes directrices et une part du secteur [ce qui a d'ailleurs constitué un critère de sélection pour le jury en charge de la sélection du/de la chargé-e de mission], le travail d'élaboration de ce Plan n'a véritablement démarré qu'à son arrivée. Ceci peut être affirmé au vu des informations issues de nos entretiens préliminaires.

On soulignera par contre comme **freins rencontrés** :

- Le temps trop court à disposition pour l'élaboration du Plan – avec des conséquences sur le cycle d'élaboration lui-même : élaboration des parties en parallèle, au lieu d'une construction en étapes; temps trop court pour l'élaboration de GT *ad hoc* formalisés; temps d'allers-retours avec le secteur sur la validation relativement restreint.
- Le manque de ressources humaines pour conduire le projet (1 ETP 6 mois, au lieu d'1 ETP 1 an).
- La concentration exclusive du travail d'élaboration du Plan sur la chargée de mission (chef de projet Plan; élaboration de la méthodologie; élaboration du diagnostic; élaboration du contenu; rédaction; diffusion), alors qu'il est recommandé de travailler en équipe « projet ».
- Une constitution de groupe de travail « plan » trop peu explicite (cet équivalent de comité scientifique ne disposait pas de critères d'inclusion explicites, ni d'un mandat clair; pas de PV systématique).
- Un suivi de l'instance de pilotage trop peu formalisé (absence de PV et d'OJ, fréquence d'échanges non explicite).
- Une production (conception, concertation, validation) très endogène du Plan avec le secteur de la promotion de la santé.

3. Que retenir pour la suite ?

Il convient tout d'abord de réunir les **conditions nécessaires** à la réalisation d'un tel travail d'élaboration de plan porteur d'une politique publique (cf. points 1 et 2.4 *supra*).

Il est par ailleurs utile de disposer d'une section ou annexe méthodologique qui reprenne de façon détaillée et systématique les informations suivantes :

- Au départ des documents de travail (sorte de log ou de carnet de bord), un descriptif des étapes et rencontres opérées tout au long du travail d'élaboration (extraits pertinents à reproduire).
- Une liste nominative et exhaustive des parties prenantes à l'élaboration, ainsi que le(s) motif(s) de leur participation/inclusion dans l'élaboration du plan.
- Le mode de collaboration opéré, ainsi que les parties effectivement impliquées selon les étapes ou types de collaboration.
- Les critères ou modalités de choix des objectifs; priorités et stratégies.
- Le découpage temporel des étapes effectivement consacrées à l'élaboration.
- Si possible, les limites éventuelles rencontrées dans le travail d'élaboration.

Ce travail d'explicitation de la méthodologie est doublement utile. D'une part, il **documente un processus neuf** (puisque'il entérine ici le premier plan stratégique de promotion de la santé pour la Commission communautaire française) **et complexe** (à savoir celui de l'élaboration d'une politique publique), sur lequel on peut dès lors se repencher dans le temps selon les besoins – en étant ainsi prémunis des biais de mémoire. D'autre part, il **permet d'apprécier**, pour toutes les parties (prenantes ou tierces), **la qualité du processus de construction** mis en place, et le cas échéant de s'assurer la possibilité d'en ajuster certains contours sur les cycles suivants afin d'en augmenter la qualité (visée formative).

Nous clôturons sur un dernier point d'attention pour la suite. Au vu du caractère participatif de la construction du plan (rédigé « en collaboration avec le services piliers et les acteurs » Article 3, § 3, du Décret 2016), et de la taille relativement réduite de ce secteur, **la présence de potentiels conflits d'intérêt paraît assez plausible.** En effet, nombre d'acteurs se (re)trouvent à chaque niveau et étape de constitution et de concrétisation de la politique (c'est-à-dire le conseil consultatif, l'instance de pilotage, les organismes piliers, les CA des associations respectives ...).

Il nous semblerait dès lors utile de penser à « une **procédure simple de définition et déclaration des conflits d'intérêts** et de conduite à tenir dans de tels cas » en vue de la participation à l'élaboration des plans suivants. Éventuellement à l'image des réflexions et pratiques opérées au sein du conseil consultatif ⁽²⁹⁾.

Il nous semblerait enfin judicieux d'**élargir** le panel de concertation **au-delà des seuls acteurs financés** dans le cadre de la politique de promotion de la santé Commission communautaire française. Au-delà de la seule problématique de conflits d'intérêts, le caractère endogène du processus limite les **possibilités d'innovations ou d'articulations** avec d'autres secteurs, porteurs d'autres bonnes pratiques au départ desquelles s'inspirer (à ce titre la méthodologie de concertation dans le cadre du travail préparatoire à l'élaboration du nouveau Plan social santé intégré à Bruxelles peut servir de point de comparaison et de réflexion). L'exercice de rencontre avec d'autres secteurs prouve de plus les bénéfices du travail d'explicitation de son cadre propre de référence, préalable à toute réflexion intersectorielle commune.

V. ÉVALUATION DE LA PERTINENCE

Pour rappel, l'évaluation de la pertinence d'une politique publique apprécie le **lien** qui existe, ou devrait exister, **entre les objectifs définis** dans la politique publique **et le problème à résoudre**. Dans le chapitre 4 consacré au modèle d'intervention, nous avons brosser en gros les contours de la politique de promotion de la santé en Commission communautaire française. Sur cette base, nous examinons ici plus précisément en termes de pertinence les éléments conjoncturels de cette politique, telle que dessinée au sein du plan stratégique 2018-2022. L'analyse comprend un examen de la problématique bruxelloise, telle que définie dans le plan, suivi d'un examen de la structure d'objectifs et priorités envisagés pour y répondre.

1. Définition de la problématique au sein du Plan stratégique

Ce faisant, nous examinons tout d'abord trois points relatifs à la circonscription de la problématique au sein du présent plan : les éléments de structuration décrétable pour l'élaboration spécifique du plan; le cadrage théorique spécifiquement mobilisé et venant (ou non) compléter celui prévu par le Décret; et l'analyse spécifique des besoins sociaux et de santé effectuée à l'aune de ce premier plan stratégique de promotion de la santé de la Commission communautaire française.

1.1. Éléments de cadrage légaux

Dans l'article 3 du Décret (2016), le premier paragraphe stipule que : « Ce plan s'appuie, dans la mesure du possible, sur le principe d'**universalisme proportionné** et prend en compte les différences de statut socio-économique, de genre, de culture, pour permettre à chacun de disposer des moyens d'agir sur sa santé. ». Plus avant, il prévoit que « Le plan précise :

- *Les thématiques, objectifs, stratégies et publics cibles ou milieux de vie prioritaires.*
- *Les déterminants sociaux et environnementaux de la santé sur lesquels il convient d'agir pour améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales de santé.*
- *Les articulations avec les autres plans bruxellois existants en matière de santé ainsi que la concertation et les collaborations avec les acteurs et les entités publiques dont la contribution est nécessaire à l'atteinte des objectifs, qu'ils relèvent de la promotion de la santé ou d'autres niveaux ou domaines de compétence politique.*
- *Les modalités d'évaluation et de suivi (notamment les critères et indicateurs) permettant d'évaluer le degré de réalisation des différents objectifs. ».*

(29) Dans le cadre de la remise d'avis sur les dossiers de candidatures et de projets, le conseil consultatif « branche promotion de la santé » avait établi une procédure *ad hoc*. Suite à ce premier exercice, il a remis un avis d'initiative en vue d'améliorer la procédure pour les exercices suivants. Voir Parlement francophone bruxellois, Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. *Rapport d'activités pour l'année 2018*, Annexe 3.

Les trois premiers points de ce paragraphe du Décret relèvent d'un niveau stratégique de plan. On soulignera l'attention portée dans le point 3 à l'articulation de la compétence avec les autres compétences pouvant également concerner la santé (Objectif de cohérence externe du plan, permettant de palier aux limites des moyens de la politique de la Commission communautaire française face aux ambitions intrinsèques de la promotion de la santé). On s'étonnera toutefois de la présence du dernier point relevant davantage d'un niveau opérationnel et qui n'est finalement pas repris dans le Plan ⁽³⁰⁾. Cette combinaison d'aspects stratégiques et partiellement opérationnels semble pouvoir expliquer le caractère hybride constaté plus haut dans ce Plan.

Par ailleurs, au vu du périmètre de la compétence définie au sein de la Commission communautaire française, les objectifs et stratégies envisageables pour la promotion de la santé « bien-être » touchent principalement aux **déterminants intermédiaires**. Ceux-ci renvoient à trois types de leviers d'intervention : le plaidoyer (en faveur de la santé dans toutes les politiques); les changements de comportements; et le renforcement de l'action communautaire. Viennent se greffer les programmes de médecine préventive.

1.2. *Éléments de cadrage conceptuels : quel modèle de déterminants ?*

1.2.1. *Choix du cadre conceptuel*

À côté des éléments de cadrage issus du Décret (décrit dans le chapitre IV consacré à la logique d'intervention), deux supports de type théorique sont mobilisés dans le plan stratégique : le « modèle de Dahlgren » (1995), fondé sur l'intégration d'une vision écologique des déterminants de la santé (p. 17), ainsi qu'un « schéma d'action pour la réduction des inégalités sociales et de santé », produit par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles (p. 14).

Le « **rainbow model** » de Dahlgren et Whitehead, paru initialement en 1991 ⁽³¹⁾ sous un feu de critiques de pairs le jugeant trop compliqué, est aujourd'hui devenu un modèle incontournable dans le champ de la santé publique et de l'analyse des déterminants de la santé. Comme ses auteurs l'expliquent dans un article récent retraçant le parcours du modèle ces trente dernières années et sa place prise dans le champ des politiques de santé (Dahlgren et Whitehead, 2021), l'objectif était de produire « (...) un modèle global qui permettrait d'illustrer visuellement les couches qui influent sur la santé des populations et qui fournirait un cadre de référence simple pour penser la réponse en termes de politiques touchant aux différents secteurs à impliquer dans ce travail sur les déterminants de la santé ⁽³²⁾. En ce sens il semble très pertinent de mobiliser le « *rainbow model* » dans le cadre du présent Plan, puisqu'il permet de bien visualiser les différents facteurs contribuant à la santé de la population. Néanmoins, comme les mêmes auteurs le précisent encore, ce modèle ne permet pas de se (pré)figurer les déterminants des inégalités de santé. Sur ce dernier point, ils renvoient vers le modèle de Diderichsen ⁽³³⁾. Autrement dit, « **le modèle [de Dahlgren et Whitehead] conceptualise les principaux déterminants de la santé pour la population générale, ce qui peut différer des principaux déterminants des inégalités sociales de santé** » ⁽³⁴⁾. Conscients de ces limites, les auteurs ont depuis produit une proposition visant à combiner ces deux approches dans une stratégie globale de « nivellement par le haut » ⁽³⁵⁾.

Le « schéma d'action pour la réduction des inégalités sociales et de santé » présenté dans le plan stratégique de promotion de la santé vise en ce sens à compléter le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991) afin d'intégrer dans le référentiel un outil spécifique sur les inégalités sociales de santé. Le schéma en question modélise un cercle vicieux partant : d'une situation socioéconomique défavorable, vers des problèmes de santé, vers un maintien d'une situation socioéconomique défavorable. Sans rentrer dans une analyse spécifique de ce modèle, qui outrepasserait l'objet de cette évaluation, il nous semblerait préférable de mobiliser un modèle ou un ensemble de références théoriques sur les inégalités sociales de santé davantage déployé et éprouvé au sein de la communauté scientifique. Le modèle de l'Observatoire n'a ainsi pas fait l'objet d'une publication révisée par les pairs et n'ambitionnait pas de constituer un modèle théorique de référence.

(30) Une annexe au Plan sera élaborée et diffusée ultérieurement : « Annexe opérationnelle au Plan stratégique de Promotion de la santé 2018/2022 » – mars 2021.

(31) Téléchargeable (dernier accès 15/12/2021) : http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/187797/GoeranD_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health.pdf?sequence=1

(32) Traduit de l'anglais « (...) an underpinning model which would visually illustrate the layers of influence on population health and provide a simple framework for thinking about the policy response of the different sectors involved in tackling these determinants » p. 20.

(33) Diderichsen et al (2019).

(34) Traduit de Dahlgren et Whitehead (2021) : « The model conceptualises the main determinants of health for the whole population, which may differ from the most significant determinants of the social inequalities in health observed in that same population », p. 21.

(35) Pour de plus amples explications, voir Dahlgren et Whitehead (2007).

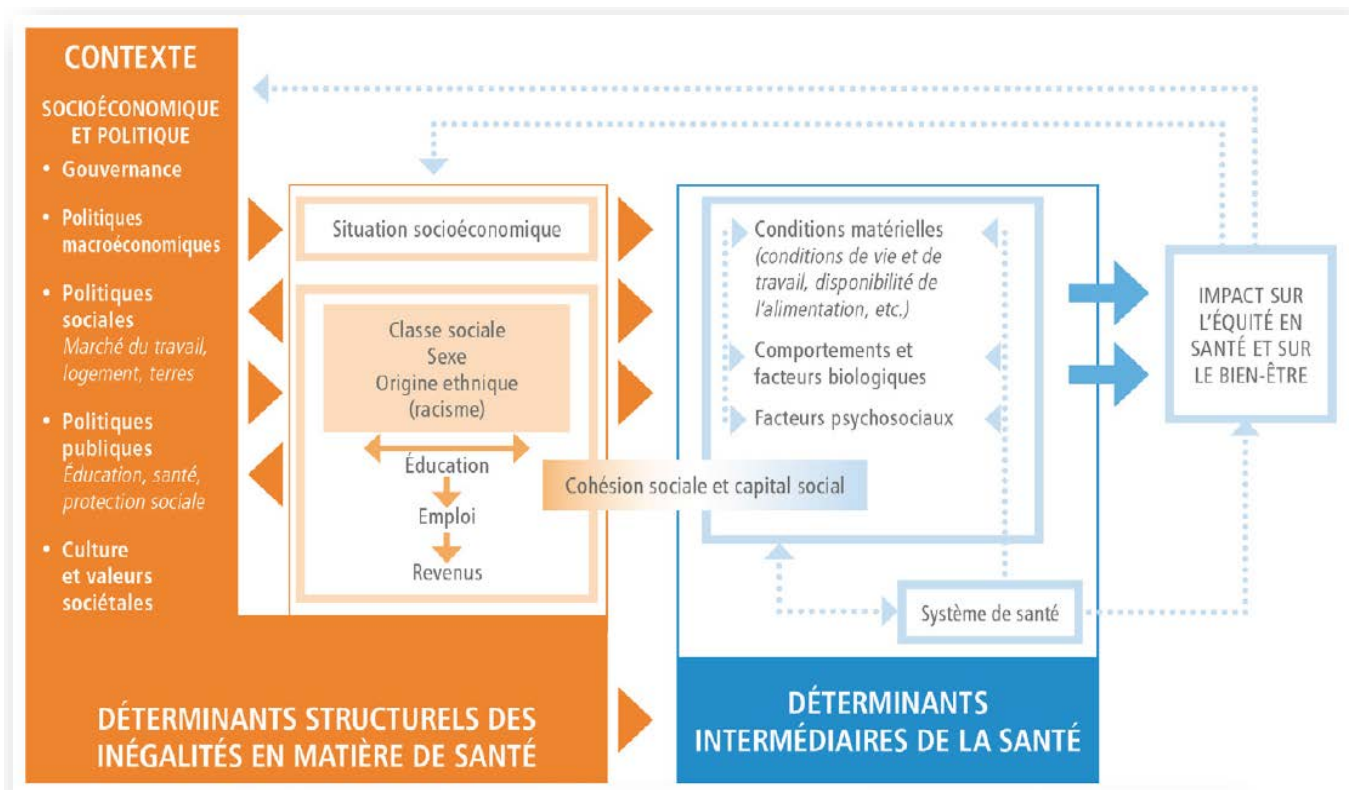
1.2.2. Utilités du cadre conceptuel

Dans le cadre de ses publications relatives aux déterminants de la santé et plus spécifiquement à l'analyse des inégalités sociales de santé, l'Observatoire de la santé et du social mobilise le modèle des déterminants sociaux de la santé de Solar et Irwin (2010) – voir le **schéma 2**.

Ainsi « Les modèles conceptuels en santé publique peuvent (...) guider l'élaboration de politiques en éclairant les **points d'entrée pour les interventions et les politiques** ⁽³⁶⁾ ». Les avantages spécifiques du modèle de la CSDH sont d'être orientés vers : « un modèle conceptuel étiologique, basé sur un large panel d'évidences démontrant l'impact d'actions menées sur ces déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé (efficacité), ayant démontré la faisabilité d'implémentation dans diverses configurations, ainsi que la robustesse des effets de l'action pour différents groupes de population et pays présentant des niveaux différents de développement économique ⁽³⁷⁾ ».

Ce type de modèle permet donc de poser le cadre (lisibilité quant aux enjeux de santé), de situer le(s) niveau(x) d'action de la politique en question (lisibilité quant aux leviers d'action de cette politique) ainsi que les enjeux d'articulations de cette politique avec d'autres politiques (cohérence externe de la politique), en vue de renforcer les effets positifs sur la santé des Bruxellois. L'agenda de plaidoyer pour la santé dans toutes les politiques peut être dressé plus aisément au départ d'un diagnostic très fourni – quand bien même il dépasse largement le périmètre d'action de la politique concernée – à savoir la promotion de la santé de la Commission communautaire française.

Schéma 2
Modèle des déterminants sociaux de la santé ⁽³⁸⁾



(36) Traduit de l'anglais : « Conceptual frameworks in a public health context shall ... guide policy-making to illuminate entry points for interventions and policies. » Solar et Irwin (2010), p. 3.

(37) Traduit de l'anglais « a) an **aetiological conceptual framework**, b) supported by a vast global evidence base that demonstrates an impact of action on these social determinants of health and health inequities (**effectiveness**), c) supported by evidence on **feasibility** of implementation in different scenarios, and d) supported by evidence showing **consistency of effects** of action in different population groups and countries with different levels of national economic development». CSDH (2008), p. 43.

(38) Cette présentation du modèle « Traduit et reproduit avec la permission de l'éditeur : Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice), p. 48, copyright (2010) » est extraite de Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2019).

Enfin de par la prégnance des inégalités sociales touchant toutes les sphères de vie des Bruxellois, et la volonté explicite (cf. finalité du Décret) de cette politique de promotion de la santé de s'atteler à les réduire, il nous semble d'autant plus pertinent de mobiliser un modèle des déterminants de la santé, qui intègre la problématiques des inégalités sociales.

1.3. *Le diagnostic socio-sanitaire bruxellois*

Afin de dresser un état des lieux de la définition de cette problématique au sein du plan stratégique de la Commission communautaire française nous examinons ici le diagnostic socio-sanitaire proposé, sa structuration et enfin nous proposons d'éventuels points d'approfondissement envisageables dans une visée formative (i.e. le prochain plan 2023-2027).

1.3.1. *Objectif et externalités du diagnostic socio-sanitaire*

L'utilité d'un diagnostic socio-sanitaire bruxellois est d'offrir une **perspective claire, objectivable et globale des enjeux de santé** pour les Bruxellois-e-s. Au sein d'un plan de promotion de la santé, un tel diagnostic doit permettre d'appréhender en synthèse la **problématique relative aux inégalités sociales de santé et aux déterminants du bien-être** de la population (au-delà du champ sanitaire) en région bruxelloise (cf. finalité définie dans le Décret). Cette problématique énoncée trouvera réponse dans la politique de promotion de la santé de la Commission communautaire française, au sein des marges de la compétence lui étant attribuée. **Le travail descriptif de diagnostic fonde la logique d'action de cette politique et par extension son explicitation permet d'apprécier l'adéquation de la politique développée sous l'angle de sa qualité et de son exhaustivité en regard de la problématique en présence** (relative aux inégalités sociales de santé et aux déterminants du bien-être).

Un tel diagnostic présente par ailleurs **plusieurs externalités** dans le cadre de la politique de promotion de la santé.

Tout d'abord, il renforce chez les acteurs de terrain en promotion de la santé la compréhension des déterminants de la santé et des liens entre ceux-ci, et par conséquent il vient soutenir le développement de leur expertise professionnelle (cf. objectif transversal 1 du Plan). Le plan de promotion de la santé contenant un tel diagnostic acquiert alors un **statut d'outil** et constitue un point de repère dans le temps pour les acteurs de terrain du secteur. Il s'agit pour cela qu'il soit lisible et largement diffusé. Cette utilité du plan, au-delà du seul diagnostic, a également été relevée par le conseil consultatif dans son avis d'initiative lorsqu'il en parlait comme d'« un cadre de référence pour les acteurs de la promotion de la santé en Région bruxelloise, d'abord pour ceux qui sont subventionnés par le Décret et ensuite pour ceux qui ne sont pas subventionnés mais qui peuvent contribuer à sa mise en œuvre. ⁽³⁹⁾ ».

Par ailleurs, une présentation plus complète des enjeux de santé en région bruxelloise (au-delà de la seule compétence de la promotion de la santé de la Commission communautaire française) rend plus explicite les **liens entre politiques ou compétences liées à la santé sur le territoire bruxellois**. Cette explicitation constitue une étape-clé de la recherche de cohérence externe, qui est tout particulièrement pertinente pour la politique de promotion de la santé, dans le cadre de la stratégie-clé de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) visant à « élaborer une politique publique saine » (orientation reprise dans le Plan en tant qu'objectif transversal 2).

La structuration des compétences et portefeuilles ministériels relève de logiques historiques, de choix politiques et est soumise à évolutions dans le temps. Depuis 2016, et la sixième réforme de l'État, la compétence de promotion de la santé s'est régionalisée pour être intégrée à la Commission communautaire française. Un diagnostic qui se limiterait à la présentation des seules données et problématiques en lien direct avec la compétence de la promotion de la santé de la Commission communautaire française s'avérerait donc fort partiel et très probablement peu robuste dans le temps.

En prolongement de cette idée, il importe de **mentionner clairement** dans le diagnostic les enjeux de santé ne pouvant être décrits par **manque de données disponibles**. Cela permet d'attirer l'attention sur les dévelop-

(39) Parlement francophone bruxellois, Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. *Rapport d'activités pour l'année 2016*, Annexe 12.

pements utiles en matière de collecte de données et de **réduire le risque d'invisibilisation** d'enjeux, du fait de l'absence de données pour les étayer. Sur cet aspect, les futurs diagnostics bénéficieront des effets de la régionalisation de la compétence « promotion de la santé » qui a entraîné à sa suite l'accroissement de la production et de l'analyse de données concernant spécifiquement Bruxelles.

1.3.2. *Analyse du diagnostic présenté dans le Plan*

Eu égard à l'expertise de l'Observatoire de la Santé et du Social en matière de production de données socio-sanitaires sur Bruxelles, une attention toute particulière a ici été accordée au diagnostic, en proposant au fil du texte des pistes d'ouverture pour enrichir l'analyse des besoins sociaux et sanitaires dans le cadre du prochain plan stratégique de promotion de la santé (2023-2027).

Le **diagnostic socio-sanitaire** est présenté dans le point 5 du Plan (pp. 13-30) et est structuré en quatre rubriques :

- Défis en matière de santé et de bien-être (5.1)
- Déterminants de la santé et du bien-être (5.2)
- Maladies chroniques (5.3)
- Population générale – publics prioritaires – milieux de vie (5.4)

Cette structuration qui répond à l'attendu du Décret (cf. Article 3, § 1^{er}, point 2) nous semble couvrir **trois niveaux de lecture** :

- Un niveau macro-territorial (5.1), qui vise à dresser les caractéristiques typiques d'une ville-région (populations jeunes; flux de population intenses; fortes inégalités socio-spatiales).
- Un niveau structurant par déterminants (5.2) et enjeux (5.3) de santé.
- Un niveau de type interventionnel (5.4), en regard des publics cibles et des milieux de vie prioritaires pour l'action en promotion de la santé.

NIVEAU MACRO-TERRITORIAL

Sur le premier **niveau territorial – régional** –, il pourrait être utile de détailler davantage la problématique des inégalités socioéconomiques et socio-spatiales en ce qu'elle contribue à éclairer la nécessité d'interventions territorialement ciblées : à l'échelle de communes ou de quartiers bruxellois, au-delà du seul niveau régional ⁽⁴⁰⁾. Dans la même idée, une présentation encore plus fournie des caractéristiques démographiques de la Région (densité; structure par âges; types de ménages ...) permettrait d'en identifier les principaux enjeux populationnels (en termes de groupes cibles), en regard des problématiques d'inégalités sociales de santé qui en découlent et qui s'avèrent au cœur de la cible d'actions de cette politique publique. Nous sommes ici sur un niveau d'illustration d'intégration du principe d'universalisme proportionné.

DÉTERMINANTS ET ENJEUX DE SANTÉ

En termes d'analyse des **déterminants et enjeux de santé**, il apparaît que le diagnostic présenté fait la part belle aux déterminants intermédiaires, et survole davantage les déterminants structurels. Ceci s'explique certainement par le caractère exogène des facteurs structurels par rapport aux leviers d'action de la politique de promotion de la santé de la Commission communautaire française. L'introduction d'une analyse plus systématiquement

(40) L'analyse des instruments développés et des opérateurs financés dans le cadre de l'opérationnalisation du plan (voir la partie consacrée à l'évaluation de la cohérence interne) ne témoignent en ce sens d'aucune prise en compte ou priorisation explicite de cette caractéristique infrarégionale. On peut dès lors difficilement évaluer, sans une analyse fine des projets déployés, dans quelle mesure une éventuelle priorisation des actions de terrain en regard des caractéristiques socio-spatiales est (i) pensée, (ii) priorisée, (iii) réalisée.

basée sur un modèle de déterminants (sociaux) de la santé permettrait de structurer de façon plus équilibrée et ajustée la présentation de ces différents niveaux de déterminants (sociaux). Nous restructurons en ce sens l'analyse qui suit, afin d'identifier les points-clés – selon qu'ils soient repris dans le diagnostic ou, selon nous, d'intérêt pour l'élaboration de futurs diagnostics.

Les **déterminants structurels**, c'est-à-dire les déterminants sociaux des inégalités de santé, sont développés dans deux grands points : les conditions environnementales (point 5.2.1) et l'accès aux ressources (point 5.2.2).

S'agissant des **conditions environnementales**, le diagnostic met l'accent exclusif sur la qualité de l'air; celle-ci constituant un déterminant important de l'état de santé de la population bruxelloise et majeur sous l'angle des inégalités entre Bruxellois.

On soulignera parmi les autres déterminants environnementaux de la santé documentés dans la littérature scientifique l'exposition au bruit.

Le rapport de Andrieux, Eggen et Bouland (2021) fait à ce propos le point sur l'état des connaissances en matière de facteurs environnementaux qui impactent la santé et considère, à côté de ces deux facteurs, l'accès aux espaces verts ou encore la multi-exposition.

Un autre point d'attention grandissante sur les facteurs environnementaux liés à la santé concerne les perturbateurs endocriniens (SPF santé publique, voir ressources ci-dessous). Le rapport comprend un volet juridique et un volet scientifique; il fait notamment état des groupes les plus à risque (enfants à naître; enfants; groupes socioéconomiquement vulnérables) et présente 72 recommandations ciblant les différents niveaux de pouvoir.

RESSOURCES POUR UN FUTUR DIAGNOSTIC

- Andrieux J, Eggen M, Bouland C. 2021. *État des connaissances sur les liens entre environnement et santé en Région de Bruxelles-Capitale*, Centre de Recherche en Santé Environnementale et Santé au Travail – ESP-ULB. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>
- Bruxelles Environnement <https://environnement.brussels/>
 - Géoportail de la Région bruxelloise, qui présente sous forme cartographique des données géographiques officielles fournies par les différentes institutions bruxelloises (Bruxelles Environnement, Centre d'Informatique pour la Région Bruxelloise, Service public régional de Bruxelles, STIB, etc.) <https://geobru.irisnet.be/fr/>
 - État des lieux de l'environnement : 11 thématiques traitées (air; contexte bruxellois; climat énergie; bruit; eau et environnement aquatique; espaces verts et biodiversité; déchets; sol; environnement et santé; durabilité) <https://environnement.brussels/l'environnement-etat-des-lieux/en-detail> (dernier accès 15 décembre 2021)
- Observatoire de la Santé et du Social. 2019. *Dossier – Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé*. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>
- SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement
 - <https://www.health.belgium.be/fr/perturbateurs-endocriniens>
 Cette page fait état des avancées en matière scientifique et politique belge sur les perturbateurs endocriniens. On retrouve un rapport faisant l'état des lieux sur la question à destination du Sénat – il y a été présenté et discuté en 2018 :
 - « Rapport d'information concernant la nécessaire collaboration entre l'autorité fédérale, les Communautés et les Régions en ce qui concerne la prévention et l'élimination de perturbateurs endocriniens présents dans les produits de consommation, en vue de promouvoir la santé publique » Sénat de Belgique, Session du 23 février 2018. <https://www.senate.be/www/webdriver?MltabObj=pdf&MlcolObj=pdf&MlnamObj=pdf&MltypeObj=application/pdf&MlvalObj=100663866> (dernier accès 15 janvier 2021)

S'agissant de l'**accès aux ressources**, le diagnostic reprend les conditions de vie et de travail. Pour rappel, les facteurs structurels comprennent des éléments de position en matière de : revenu, éducation, emploi ...

Éducation, l'accès à l'enseignement obligatoire et aux études supérieures ou aux formations qualifiantes (nb : stratégies de déclassement via les filières d'enseignement techniques et professionnelles). La littératie en santé est une compétence dérivant notamment du niveau d'éducation; il serait donc préférable de l'intégrer aux déterminants intermédiaires.

Emploi, l'accès au marché du travail. Il serait utile d'inclure un élément de description relatif aux discriminations très fortes sur le marché de l'emploi bruxellois (notamment de genre, cf. objectif transversal 3 du Plan).

Revenus, l'accès à un revenu décent. Des indicateurs relatifs aux différences de niveau de vie en Région bruxelloise peuvent être trouvés au sein des publications de l'Observatoire de la santé et du social et sur le site de l'IBSA.

Logement, l'accès à un logement abordable et de qualité – ce qui fait problème pour un nombre important de Bruxellois. Il serait utile de mettre plus clairement l'accent sur le prix élevé des loyers; la part importante de locataires; l'importante liste d'attente pour un logement social. Ici aussi la présence de discriminations à l'accès au logement est attestée sur le marché du logement privé qui constitue la majeure partie de l'offre de logements à Bruxelles.

– Ramifications envisageables :

- Publics bénéficiant de stratégies ciblées : personnes sans titre de séjour + personnes vivant en rue + personnes en situation de migration ou racisées ...
- Milieux bénéficiant de stratégies ciblées : milieu de la rue; milieu carcéral

RESSOURCES POUR UN FUTUR DIAGNOSTIC

- Thunus S, Creten A, Donnen A. (à paraître en 2022). Accès et recours aux soins de 1^{re} ligne par les publics vulnérables bruxellois. Institut de Recherche Santé et Société (IRSS)-UCL.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles. 2021. Baromètre social 2020. Rapport pauvreté 2020. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles. 2019. Précarités, mal-logement et expulsions domiciliaires en Région bruxelloise. Rapport pauvreté 2018. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles. 2017. Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection social en Région bruxelloise. Rapport pauvreté 2016. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>
- Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse : <https://ibsa.brussels/>
- Pour ce qui concerne les conditions sur le marché de l'emploi et de la formation, se référer à View Brussels (rubriques Analyses et Chiffres) <https://www.actiris.brussels/fr/citoyens/marche-de-l-emploi/>

Au niveau des déterminants intermédiaires, à savoir les déterminants sociaux de la santé, le diagnostic se centre sur l'accès aux services de santé et aux politiques de prévention.

Comportements de santé et modes de vie

Cette catégorie de déterminants est fortement développée dans le diagnostic. Toutefois, elle est principalement décrite sous l'**angle épidémiologique**, incluant la présentation de facteurs de risque (âge, sexe ...). On regrette toutefois qu'une **lentille ISS** ⁽⁴¹⁾ ne soit **pas mobilisée** de façon transversale dans l'exposé.

– *Alimentation et activité physique*

Il serait intéressant de distinguer les deux comportements afin d'en dresser le profil respectif, quand bien même ils sont fortement associés.

(41) <http://www.inegalitesdesante.be/>

L'activité physique pourrait alors être envisagée plus globalement, au-delà de la seule pratique régulière mais ponctuelle d'une activité physique, telle la pratique d'un sport. On intégrerait une perspective plus transversale de la mobilité douce.

Les données présentées évoquent uniquement les adultes. Il serait utile de présenter également quelques données pour les enfants et les jeunes. Si les stratégies pour ces publics relèvent de la compétence de la Fédération Wallonie-Bruxelles, dans le cadre de la promotion de la santé à l'école, ceci permettrait néanmoins de dresser un portrait plus global de cet enjeu pour les familles bruxelloises et d'appuyer le lien vers les articulations possibles entre FWB et Commission communautaire française s'agissant de la tranche d'âge des enfants et jeunes (approche milieux de vie).

À noter, dans le rapport HBSC, l'avis des élèves sur les moyens d'encourager l'utilisation de moyens de transports actifs.

– Ramifications envisageables (cf. section 5.4 du Plan) :

- Les jeunes, en terme de public cible ou au niveau de leurs milieux de vie

RESSOURCES POUR UN FUTUR DIAGNOSTIC

- SIPES – ULB (RBC élèves et jeunes)
 - Données issues de l'enquête HBSC > Tableau de bord régional – Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil. https://www.ulb.be/medias/fichier/hbsc2018-tbr-alimentation-sommeil-wal_1618241276531-pdf (dernier accès 15 décembre 2021)
 - Enquêtes thématiques auprès des étudiants (ULB et UCLouvain) : Bien-être et santé mentale + Alimentation et activité physique. <https://sipes.esp.ulb.be/projets/enquetes-aupres-des-etudiants-de-lulb-et-de-lu-clouvain> (dernier accès 15 décembre 2021)

– *Consommation problématique de produits licites et consommation de produits illicites*

S'agissant des drogues licites, les comportements liés à un usage problématique d'alcool et de tabac sont décrits. Il serait intéressant d'inclure la dépendance médicamenteuse (somnifères, antalgiques, antidépresseurs) qui constitue un phénomène en croissance, et touchant notamment plus particulièrement les personnes âgées (approche groupe cible).

Le diagnostic mentionne mais ne détaille pas le point des drogues illicites, pour cause d'absence de données disponibles à l'échelon régional. Cette contrainte pourra être dépassée dans le prochain diagnostic, grâce aux données produites par Eurotox, en tant que nouveau service support de « soutien aux acteurs en matière de prévention de l'usage de drogues et de réduction des risques ».

Par ailleurs, le tableau de bord publié par Eurotox (2020) balaie un éventail plus large de problématiques de dépendance ou de pratiques susceptibles d'entraîner des dépendances; il serait pertinent de pouvoir y faire référence : TIC et jeux de hasard et d'argent.

– Ramifications envisageables (cf. section 5.4 du Plan) :

- Publics bénéficiant de stratégies ciblées : usagers de drogues + jeunes + personnes sans titre de séjour
- Milieux bénéficiant de stratégies ciblées : milieux festifs; milieu de la rue; milieu carcéral; milieu sportif; milieux virtuels

RESSOURCES POUR UN FUTUR DIAGNOSTIC

- Eurotox – Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles
 - Tableau de bord 2020 (RBC)

L'Observatoire a développé des rapports distincts pour la Wallonie et Bruxelles. Le rapport comprend plusieurs sections : alcool; tabac et cigarette électronique; médicaments psychotropes (somnifères et antidépresseurs); cannabis; autres drogues; jeux de hasard et d'argent; TIC.

- À noter également un tiré à part concernant le COVID-19 (BE + RBC) :
Synthèse de diverses enquêtes menées en ligne au cours de l'année 2020 au niveau fédéral + une enquête Eurotox Bruxelles concernant les publics suivis avant crise
<https://eurotox.org/2021/04/14/tableaux-de-bord-2020-de-lusage-de-drogues-et-ses-consequences-socio-sanitaires/>
- SCIENSANO (BE + RBC)
Données issues de l'Enquête de santé
https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_LS_FR_2018.pdf
- SIPES-ULB (RBC jeunes)
Données issues de l'enquête HBSC > Tableau de bord régional : Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres produits illicites
https://www.ulb.be/medias/fichier/hbsc2018-tbr-tabac-alcool-drogues-bxl_1618241090597-pdf

– Santé sexuelle

Celle-ci n'est pas évoquée en tant que telle dans cette section consacrée aux comportements de santé et modes de vie. Elle se retrouve « saupoudrée » à divers endroits et uniquement sous l'angle des maladies transmissibles.

Son intégration dans une section à part entière permettrait d'y accrocher une présentation plus globale (vision émancipatrice de la sexualité, dans une approche bien-être, incluant l'accès à la contraception) et au-delà des seules IST/MST et pour associer la problématique des grossesses non désirées (avec ou sans IVG). On pourrait examiner quelles articulations peuvent être faites avec la politique de la Fédération Wallonie-Bruxelles dans le cadre de la promotion de la santé à l'école et chez les jeunes (politique d'EVRAS).

La question des violences faites aux femmes, en ce comprises les mutilations génitales, devrait idéalement être abordée ici ou en tant que problématique spécifique « genre » (cf. objectif transversal 3 du Plan). On pourrait y adjoindre une liaison aux phénomènes de harcèlement de rue (cf. sous-section consacrée au milieu de vie), à moins de développer un segment plus vaste sur les phénomènes de comportements violents envers autrui (voir ci-après).

- Ramifications envisageables (cf. section 5.4 du Plan) :
 - Publics bénéficiant de stratégies ciblées : femmes + jeunes + HSH + travailleur-euse-s du sexe
 - Milieux bénéficiant de stratégies ciblées : milieux festifs; milieux virtuels

RESSOURCES POUR UN FUTUR DIAGNOSTIC

- SCIENSANO (BE + RBC)
Données issues de l'Enquête de santé
https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_LS_FR_2018.pdf
- SIPES-ULB (RBC jeunes)
Données issues de l'enquête HBSC > Tableau de bord régional : Vie relationnelle, affective et sexuelle
https://www.ulb.be/medias/fichier/hbsc2018-tbr-evras-bxl_1618240766753-pdf

– *Comportements discriminatoires, violents ou de maltraitance*

Les phénomènes d'expression de comportements violents envers autrui ne sont pas développés dans le diagnostic. Il pourrait être intéressant de les y inclure. Ces phénomènes sont de plus en plus rapportés; ils peuvent prendre diverses formes (physiques, verbales, morale ...); se manifester dans tous les lieux de vie et ils touchent distinctement les segments de la population (groupes cibles : femmes; jeunes; personnes racisées; personnes LGBTQIA; personnes âgées; personnes en situations de pauvreté ⁽⁴²⁾).

On peut ainsi citer chez les jeunes la problématique de **harcèlement scolaire**, qui dépasse de plus souvent ce milieu de vie, pour résonner dans toutes les sphères de vie des jeunes étant donnés la place occupée par les réseaux sociaux dans la sphère de socialisation. Ce phénomène résonne particulièrement chez les jeunes, souvent mal équipés, pour lesquels des liens directs avec des (tentatives de) suicide(s) sont établis.

Toujours en prolongation de cette problématique, on trouve en amont certains **comportements ou attitudes discriminatoires** envers autrui (sur base de l'origine, des croyances, de l'orientation sexuelle ou de genre ...) qui viennent alimenter le réservoir potentiel de violences envers autrui. Citons encore la forme particulière que peuvent prendre ce type de comportements ou d'attitudes dans le cadre de fonction d'autorité, au sein des milieux de vie des personnes touchées (école; milieu professionnel; milieu carcéral; centres d'hébergements pour personnes sans abri ...).

Enfin, les phénomènes de **maltraitance** peuvent faire part de cette préoccupation, en ayant notamment en tête trois groupes particulièrement vulnérables (au travers des milieux de vie collectifs qu'ils fréquentent) : les enfants; les enfants, jeunes et adultes en situation de handicap; les personnes âgées.

Les problèmes de santé

Cette section intégrerait les **maladies non transmissibles et traumatismes** d'une part, et les **maladies transmissibles** d'autre part. Ici encore, on regrettera l'**absence d'une lentille ISS mobilisée de façon transversale** dans la présentation de l'exposé des problèmes de santé.

S'agissant de la première catégorie, quelques éléments de littérature – notamment en regard de l'impact des inégalités sociales peuvent être retrouvés dans le dossier de l'Observatoire de la Santé et du Social sur le sujet (2019).

Il nous semblerait utile de « remonter » dans cette partie la problématique de **santé mentale** car elle s'avère particulièrement importante : on met plus clairement en avant les problématiques de précarités et d'isolement urbains comme impactant la santé mentale des Bruxellois. La présence avérée ou non d'un gradient social s'agissant par exemple de la consommation d'antidépresseurs ou de consultation de thérapie sont à considérer. De plus, la prise en charge pose grand problème à Bruxelles où elle ne fait que renforcer les inégalités sociales. Enfin, la question des suicides pourrait également être intégrée à cette présentation des maladies non transmissibles consacrée plus particulièrement à la santé mentale, dans une approche globale de la question (continuum d'états et de situations).

Par ailleurs, rappelons que la prévalence du **diabète** demeure extrêmement sous-évaluée. L'enquête de santé évoque à ce propos une estimation plus proche des un tiers (Sciensano).

S'agissant des maladies transmissibles, il nous semble que la présentation relative à la **tuberculose** doit être modérée. Si des outils de prévention existent et sont efficaces, cette maladie qui touche des publics particulièrement fragilisés (personnes en migration, personnes sans abri ...) affecte, en réalité, un nombre relativement restreint de personnes.

(42) Voir notamment les publications du Forum – Bruxelles contre les inégalités : <https://www.le-forum.org/>

RESSOURCES POUR UN FUTUR DIAGNOSTIC

- SCIENSANO, Enquête de santé par interview <https://www.sciensano.be/fr/projets/enquete-de-sante-par-interview-2018>
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles. 2019. Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Les publics cibles et milieux de vie prioritaires

Le diagnostic s'arrête enfin sur une série de groupes cibles et de milieux de vie spécifiques (cf. Décret Article 3, § 1^{er}, point 1). En introduction à ce passage justifiant de focales « publics cibles », le texte reprend une série d'indicateurs descriptifs des inégalités sociales en Région bruxelloise (« la population générale »). Idéalement ce tableau descriptif devrait être dressé plus tôt dans l'exposé, à savoir dans l'accès aux ressources et dans la description des tendances démographiques de la Région (selon l'indicateur visé, présentant les facteurs structurants des inégalités sociales de santé).

Si ce découpage – en groupes cibles et en milieux de vie prioritaires – fait sens en regard de la stratégie clé en promotion de la santé « **créer des milieux de vie favorables** » (OMS, 1986), il nous semble néanmoins que l'**effet de répétition de sous-rubriques** dans cette partie du texte prédomine, au détriment d'une lecture qui apporterait véritablement davantage d'informations ou en termes de niveau de lecture. Ainsi de nombreuses « entrées » sont développées très superficiellement, au travers d'un seul paragraphe. À tout le moins, certains regroupements de publics/milieux de vie devraient pouvoir être envisagés. On pense à :

- Milieu carcéral + Personnes incarcérées
- Milieu de la rue + Personnes vivant en rue
- Milieu festif + Usagers de drogues licites et illicites (partiellement en tout cas)
- Milieu de vie des jeunes + Adolescents et jeunes adultes
- Femmes + Mutilations génitales féminines (si pas reprise dans la rubrique « santé sexuelle »)

Cette structuration fait selon nous écho à la volonté explicite de la chargée de mission de créer un « plan à multiples entrées », afin que chaque acteur puisse s'y retrouver. Toutefois, le défaut de liens plus explicites et systématiques entre les différentes sections (du diagnostic en cascade vers les objectifs) déforce en l'état la vision structurante.

Il nous semblerait préférable de prévoir au sein de chaque déterminant ou problème de santé considéré (voir supra), une sous-section qui préciserait l'un ou l'autre public cible, et/ou l'un ou l'autre milieu de vie particulièrement touchés/sensibles à l'enjeu en présence. C'est l'exercice que nous avons opéré dans cette analyse du diagnostic en mentionnant dans les sections qui précèdent les « **ramifications envisageables** » vers des publics ou milieux de vie spécifiques.

Notons enfin que sous l'angle des **publics prioritaires**, ce découpage déforce la (re)présentation de certains groupes d'âge : on ne trouve rien sur les enfants; un seul paragraphe est consacré aux adolescents et jeunes adultes; rien n'est par exemple dit sur les familles monoparentales dans la section « les femmes (et leurs enfants) » – quand bien même de nombreux enjeux d'inégalités sociales, économiques – se jouent pour ces familles en nombre important à Bruxelles (12 % ⁽⁴³⁾); rien sur les personnes âgées ou encore les personnes en situation de handicap. S'agissant du public dit des « **personnes migrantes (en situation d'exil)** », qui est présenté plus en détails, il nous semblerait toutefois nécessaire de distinguer dans le texte les types de migrations, car elles correspondent à des segments de population (notamment en regard du statut socioéconomique) parfois très distincts les uns des autres : entre les travailleurs européens aux sein des institutions supranationales et des personnes

(43) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles (2020).

ne disposant d'aucun titre de séjour, les réalités divergent considérablement ⁽⁴⁴⁾. De nombreux bruxellois ont un parcours de migration dans leur ascendance (35 % des bruxellois sont de nationalité étrangère; 23 % Bruxellois de nationalité belge avait une autre nationalité à la naissance, ...) ⁽⁴⁵⁾, sans que celui-ci ait la même signification ou traduction dans les conditions de vie, par exemple, selon le pays d'origine ou le degré d'ascendance de cette migration pour la personne concernée.

1.4. Et donc ?

Pour clôturer cette lecture, qui pourrait sembler trop critique et facile, du travail diagnostic nous souhaitons en fait attirer l'attention sur l'importance d'un bon diagnostic comme condition nécessaire à l'élaboration d'un plan de cette envergure, et plus sur les conditions nécessaires à cette rencontre.

L'analyse du contexte de réalisation de ce premier plan stratégique de promotion de la santé de la Commission communautaire française révèle que ces conditions n'étaient pas réellement réunies. Un temps et des ressources adéquates auraient ainsi permis de partager ce travail de diagnostic avec le terrain, en vue de l'enrichir avec les données plus fines et localisées de ces acteurs. Bien qu'un appel et une ouverture au secteur ont été opérés au cours du travail d'élaboration du Plan ⁽⁴⁶⁾, en vue d'intégrer ces éléments, il apparaît que le temps réduit pour effectuer le diagnostic a mécaniquement contraint les possibilités des acteurs et de la chargée de mission, et opéré un effet de sélection en faveur des acteurs ou sous-secteurs déjà organisés et habitués à communiquer sur leurs actions. Or cette étape de « remise du diagnostic sur le métier » avec le secteur, certes non indispensable, peut contribuer à forger ou renforcer la dynamique du plan en élaboration.

De façon assez frappante, nous regrettons l'absence de **mobilisation d'une lentille ISS** ⁽⁴⁷⁾ dans l'exposé de ce diagnostic. Ceci s'avère d'autant plus prégnant que la lutte contre les inégalités sociales fait partie intégrante de la finalité de la promotion de la santé. Une partie de l'explication tient peut-être, selon nous, à la présentation d'une partie « publics cibles et milieux de vie prioritaires » dans le diagnostic. Si ceci permet d'adresser la problématique de publics cibles, on ne retrouve néanmoins pas l'enjeu de continuum d'inégalités dans la logique attestée de gradient social. Une meilleure intégration des blocs – via une présentation (certes plus scolaire) des déterminants de la santé reflétant la structuration d'un modèle conceptuel attendant – permettrait de visibiliser davantage les problématiques d'inégalités sociales rencontrées selon le niveau et le type de déterminant de la santé considéré. Ceci irait également dans le sens de l'une des recommandations émises par le Conseil consultatif dans le cadre de son avis d'initiative qui prônait une approche par déterminants de la santé qui tienne compte du gradient social ⁽⁴⁸⁾.

2. Structure d'objectifs du Plan stratégique

Dans cette section, nous nous arrêtons sur la structure et la définition des objectifs retenus au sein du plan stratégique de promotion de la santé et sur leur niveau d'articulation (ou d'adéquation) avec l'analyse des besoins sociaux et de santé présentée en amont du Plan. Avant cela, nous présentons rapidement quelques points de repères quant à la formulation des objectifs d'une politique de (promotion de la) santé.

2.1. Quelques points de repères

Il existe de multiples façons de nommer, présenter et structurer les objectifs d'une politique publique. Nous nous arrêtons ici sur deux références : l'une qui fait consensus dans le champ de l'analyse des politiques publiques, l'autre, plus proche de nous, qui a fait l'objet d'un travail de réflexion et de proposition dans le champ des politiques de santé en Belgique.

(44) Consulter notamment Statbel : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population> (dernière consultation 15 décembre 2021)

(45) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles (2020).

(46) La bibliographie du Plan fait à ce sujet mention de 4 documents produits/mis à disposition de la chargée de mission par des acteurs du secteur : démarche communautaire; santé des migrants; alcool et drogues; prévention IST/VIH/VHC.

(47) <http://www.inegalitesdesante.be/>

(48) Parlement francophone bruxellois, Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. *Rapport d'activités pour l'année 2016*, Annexe 12.

Dans la littérature relative à l'analyse des politiques publiques, on considère « (...) **la structure hiérarchique des objectifs** qui sous-tend la politique. On [y] distingue généralement trois niveaux d'objectifs : du sommet à la base de l'arbre [à objectifs], on trouve un objectif général, des objectifs stratégiques (ou spécifiques) et des objectifs opérationnels; des objectifs intermédiaires et des objectifs transversaux peuvent compléter l'arborescence. **L'objectif général** représente la vision de long terme, la finalité poursuivie par les pouvoirs publics; **les objectifs stratégiques** – généralement peu nombreux – sont les piliers sur lesquels s'appuient les pouvoirs publics pour atteindre l'objectif général; **les objectifs opérationnels**, point de convergence des plans d'action, concourent à l'atteinte des objectifs stratégiques. ⁽⁴⁹⁾ ».

Au-delà de la présentation de la structure d'objectifs d'une politique publique, on peut également s'intéresser à l'ambition que cette formulation d'objectifs traduit. Au départ d'un travail d'inventaire des objectifs de santé quantifiés déjà existants et pouvant être utilisés dans le contexte fédéral belge, le KCE a formulé une liste « des possibles » entre lesquels il faudra faire des choix, et qu'il faudra encore contextualiser, affiner, afin d'en assurer la pertinence pratique ⁽⁵⁰⁾. « Ce faisant, et au travers d'une analyse de plusieurs programmes à l'international, de grandes caractéristiques structurantes sont identifiées. Elles concernent :

- Le niveau d'action, via une **approche macro** (territoire) **ou méso** (services, institutions).
- L'approche méthodologique, via une **approche quantitative** (indicateurs quantifiables) **ou descriptive** (évolution de type qualitatif).
- L'approche stratégique visée, via une **approche globale** (thèmes très larges) **ou focalisée** (thèmes plus spécifiques, resserrés).
- La temporalité de l'action publique, via une **approche à long terme** (au minimum la durée d'un cycle de la politique – 5 ans ou plus) **ou à court terme** (base annuelle).
- Le niveau d'objectifs visés, via la préférence pour des **objectifs de résultats** (ciblent les effets sur les bénéficiaires ou la population – indicateurs d'état de santé ou d'évolution des déterminants de la santé) **ou de processus** (ciblent les actions à entreprendre – indicateurs relatifs aux programmes) **ou de structure** (ciblent les engagements politiques – suivi de l'évolution du cadre légal, administratif, budgétaire).

Ces deux sources se complètent en ce sens qu'elles nous permettent à la fois de décrire la structure d'objectifs du plan stratégique de promotion de la santé 2018-23 et d'en analyser les mêmes caractéristiques ou niveaux d'ambition.

2.2. Description des objectifs et priorités et Articulation avec la problématique de promotion de la santé

Comme Albarello & al (2016) le soulignent, malgré la présence de textes ou documents officiels, il n'est pas toujours aisé de reconstituer la logique de structuration des objectifs d'une politique publique. En effet, les objectifs sont rarement exposés de façon complète et détaillée, parfois même ils sont contradictoires entre eux. Cette section propose en ce sens d'éclaircir la structuration du plan stratégique de promotion de la santé de la Commission communautaire française.

Selon la terminologie présentée par ces mêmes auteurs, l'**objectif général** de la politique de promotion de la santé est défini dans le Décret (Article 3), il vise à : « **promouvoir la santé et à réduire les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles-Capitale** ». Selon les termes du Décret il s'agit là de la finalité de la promotion de la santé. On voit déjà que le vocable diffère significativement. Par souci de clarté, le **tableau 1** reprend les deux nomenclatures en parallèles, ainsi que leur description. Plus avant, dans la présentation de **ses objectifs**, le Plan identifie d'une part des objectifs globaux, eux-mêmes déclinés en objectifs thématiques et, d'autre part des objectifs transversaux ⁽⁵¹⁾.

(49) Albarello et al (2016), p. 86.

(50) Obyn et al (2017).

(51) Si dans la présentation et la numérotation des objectifs généraux du plan stratégique, l'axe santé/bien-être précède l'axe santé/prévention, dans l'exposé des objectifs thématiques une inversion a été opérée. Par souci de clarté, nous avons donc simplement interverti la numérotation des objectifs généraux dans ce document.

De façon générale, si l'on se réfère à la présentation du KCE (2017), on peut ainsi décrire l'orientation développée au sein du Plan; **il s'agit d'une approche macro, descriptive, globale** (avec quelques exceptions) **et de long terme** de la politique de promotion de la santé, **fondée sur des objectifs de résultats et de processus**. Autrement dit, la politique de promotion de la santé ambitionne des changements de fond, complexes, aux niveaux tant individuels que collectifs, qui nécessitent des stratégies très diversifiées et s'opèrent sur un temps long.

2.2.1. Objectifs généraux

Les deux objectifs dits généraux du Plan [« renforcer les facteurs favorables à la santé » **OG2**; « contribuer de manière ciblée à la prévention des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles » OG1] nous semblent traduire l'ambition d'une **approche globale et positive de la santé**, qui dépasse l'absence de maladie (cf. définition OMS; introduit dans le point 2.2.1 du Plan) et qui couvrent deux segments complémentaires, à savoir « santé/bien-être » (OG2) et « santé/prévention » (OG1), qui « doivent être envisagés comme faisant partie d'un **continuum** sur lequel les stratégies et actions peuvent être mises en place » (p. 31). Ils rendent par ailleurs compte de la double composante de la finalité du Décret – promouvoir la santé (i-visée émancipatrice) et réduire les inégalités sociales de santé (ii-visée préventive).

Selon la formulation d'Albarello & al (2016), on peut s'accorder sur le fait que ces deux objectifs relèvent du niveau stratégique puisqu'ils permettent de saisir sur quels piliers se fonde la politique de promotion de la santé.

Ces objectifs dits généraux sont dégagés au sein du Plan « au regard de l'analyse qui précède, des finalités de la promotion de la santé définie dans le Décret, des déterminants de la santé propres à Bruxelles, des maladies et affections que l'on trouve à Bruxelles, des publics prioritaires et milieux de vie identifiés » (p.31). Autrement dit, les **critères** considérés pour élaborer le **choix d'objectifs généraux** intègrent *a priori* : le diagnostic socio-sanitaire; le cadre légal et administratif; et le cadre théorique de la promotion de la santé.

Objectif général « renforcer les facteurs favorables à la santé » (axe bien-être)

La référence au cadre théorique de la promotion de la santé (**Charte d'Ottawa**) est présente en filigrane dans l'argumentaire. On peut ainsi repérer des liens avec :

- Une action centrée sur les déterminants de la santé (cf. scope conceptuel de la Charte), qui sont explicitement mentionnés et travaillés via « l'environnement social, physique et les ressources individuelles des personnes » (p. 31).
- La création d'environnements favorables (cf. stratégie pilier de la Charte) puisque : « Il s'agit d'intégrer une prise en compte des besoins spécifiques de certains publics et de développer des services adaptés pour ces publics, sur ces territoires et dans les milieux de vie prioritaires » (p. 31).

Tableau 1 :
Nomenclature et description des objectifs du plan stratégique de promotion de la santé 2018-2023

INTITULÉ DANS LE PLAN	DESCRIPTION DANS LE PLAN	ALBARELLO & AL 2016
Finalité	Promouvoir la santé et réduire les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles-Capitale	Objectif général
>Objectifs généraux	1. Renforcer les facteurs favorables à la santé 2. Contribuer de manière ciblée à la prévention des maladies chroniques transmissibles et non transmissible	Objectifs stratégiques (spécifiques)
>>Objectifs thématiques	1.1. Contribuer de manière ciblée à prévenir les maladies non transmissibles et les traumatismes; 1.2. Contribuer de manière ciblée à prévenir les infections et maladies transmissibles 1.3. Favoriser la santé (et donc le bien-être) des publics, sur des territoires et dans des milieux de vie	Sous objectifs stratégiques

INTITULÉ DANS LE PLAN	DESCRIPTION DANS LE PLAN	ALBARELLO & AL 2016
Finalité	Promouvoir la santé et réduire les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles-Capitale	Objectif général
>>>Priorités thématiques	1.1.1. Promouvoir et soutenir les environnements et comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabac 1.1.2. Soutenir des démarches de promotion de la santé mentale 1.1.3. Poursuivre les programmes de médecine préventive et le dépistage organisé des Cancers 1.2.1. Contribuer à la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH et le VHC 1.2.2. Contribuer à la prévention et au dépistage de la tuberculose 1.1.1. Favoriser et promouvoir la santé sexuelle 1.1.2. Prévenir l'usage de drogues licites (notamment l'alcool) et illicites et en réduire les risques 1.1.3. Favoriser et promouvoir la santé au sein des divers milieux de vie des jeunes 1.1.4. Favoriser et promouvoir la santé en milieu carcéral 1.1.5. Favoriser et contribuer à promouvoir la santé des personnes en situations de vulnérabilité	Objectifs opérationnels
>Objectifs transversaux	1. Améliorer la qualité des interventions en promotion de la santé 2. Favoriser et promouvoir la « santé dans toutes les politiques » 3. Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre	Objectifs transversaux
>>Priorités transversales	1.1. Promouvoir la visibilité, l'accessibilité et l'appropriation des informations et ressources en promotion de la santé 1.2. Soutenir le développement et le renforcement des compétences des acteurs et opérateurs 1.3. Favoriser le transfert des connaissances dans et hors du secteur de la promotion de la santé	Objectifs opérationnels

Cet objectif général développe également un lien avec la **finalité de la politique de promotion de la santé** (telle qu'énoncée dans le Décret) en évoquant la présence de vulnérabilités et de fragilités dont il s'agit de tenir compte et d'ainsi contribuer à la **lutte contre les inégalités sociales de santé** à Bruxelles. Ce segment ferait néanmoins davantage appel aux stratégies de type préventif.

Globalement, on peut regretter que les liens avec le cadre théorique de la promotion de la santé (Cf. points 2.2.1. et 2.2.2. du Plan) et les éléments de diagnostic qui mettent en évidence la présence d'inégalités diverses entre Bruxellois (présentés plus haut dans le Plan) ne soient pas clairement faits, énoncés, listés.

À ce stade, il demeure difficile de se prononcer sur le caractère adéquat et complet de cet objectif (dans sa visée spécifique au sein de ce plan), au-delà de son seul intitulé très large, en regard de la problématique complexe énoncée dans le diagnostic.

Objectif général « contribuer de manière ciblée à la prévention des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles » (axe prévention)

Les différents niveaux de **stratégies préventives** (primaire – secondaire – tertiaire et quaternaire) sont mentionnés dans la description des objectifs généraux et inclus dans le périmètre de travail du Plan. Toutefois ils sont à rechercher dans l'axe « santé/bien-être ». Il aurait été plus logique de les reprendre en tête de description de cet axe « santé/prévention ».

A *contrario* de la logique descriptive, textuelle libre, adoptée dans le premier axe, cet axe-ci n'est pas véritablement décrit ou présenté. Il y est par contre fait mention des quatre « **références nationales et internationales** » qui ont été mobilisées (voir p. 32) pour définir son périmètre et les priorités associées dans le cadre de ce plan.

2.2.2. Objectifs et priorités thématiques

Les **objectifs dits thématiques** viennent, selon le texte du Plan, préciser les objectifs généraux; ils sont définis comme « (...) se rapport[ant] spécifiquement à des thématiques clés des objectifs généraux » (p. 33). Leur contribution à l'affinement de la structure d'objectifs nous semble relativement limitée et c'est en cela que nous les qualifions de sous-objectifs stratégiques (au départ de la nomenclature proposée par Albarello et al, 2016).

L'axe « santé/bien-être » du Plan est travaillé au travers d'un seul objectif thématique « favoriser la santé (et donc le bien-être) des publics, sur des territoires et dans des milieux de vie » (**Oth3**). Cet objectif n'est toutefois pas mentionné dans le descriptif de ce premier axe (ou objectif général) et il ne l'est pas davantage dans la suite du texte. Au départ de ce seul intitulé qui colle fortement à l'intitulé de l'objectif général 1, il nous est difficile d'en dire plus au-delà de l'apparente existence « cosmétique » permettant d'assurer une équivalence dans la hiérarchie d'objectifs – compte tenu de ce qui est proposé dans le second objectif général.

Ainsi pour l'axe santé/prévention, il se trouve décomposé en deux objectifs thématiques : Contribuer de manière ciblée à prévenir les maladies non transmissibles et les traumatismes (**Oth1**); Contribuer de manière ciblée à prévenir les infections et maladies transmissibles (**Oth2**). Ils ne sont pas davantage décrits dans le texte, leur valeur ajoutée semble surtout relever du découpage thématique entre sources/modes de transmission des maladies (transmissibles/non transmissibles).

Ce niveau de hiérarchie d'objectifs – thématiques – nous semble surtout relever de la structuration de fait et non d'un niveau de compréhension ou d'orientation politique plus spécifique. Autrement dit leur présence ne contribue pas davantage à préciser les priorités en matière de promotion de la santé.

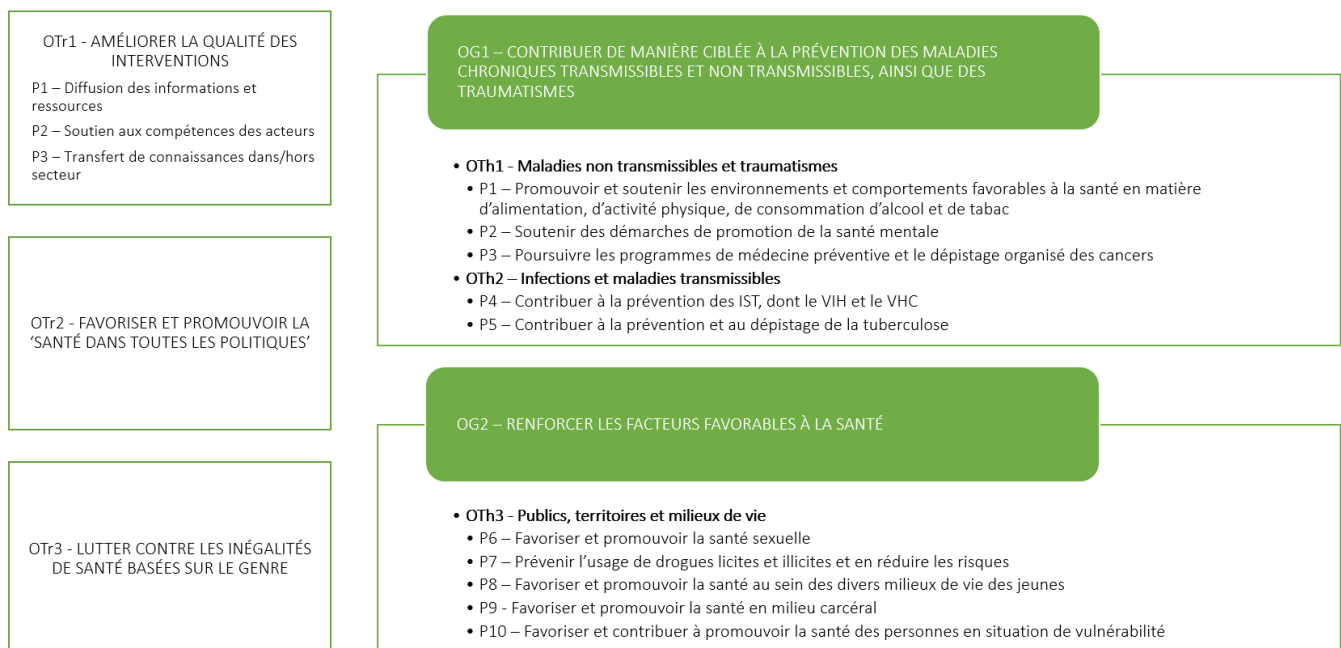
De ce niveau d'objectifs viennent dépendre **dix priorités thématiques**; leur ventilation au sein du Plan peut être retrouvée dans le **schéma 3**. Nous les considérons comme les **objectifs opérationnels** du Plan (Albarello & al, 2016). Il faut tout d'abord souligner qu'aucune de ces priorités ne fait l'objet d'une description (contenu), d'un cadrage (périmètre) ou d'une justification (articulation avec le reste). Nous ne pouvons dès lors opérer l'analyse que sur la base des intitulés – c'est là une limite importante à notre travail sur ce niveau-ci, néanmoins il nous semble que les quelques constats tirés peuvent être utiles.

Trois premières priorités visent à rencontrer l'objectif thématique 1 qui doit **prévenir les maladies non transmissibles et les traumatismes** :

- On note une **absence de couverture de la problématique des traumatismes**. C'est là une réduction importante, d'autant plus remarquable que la problématique est nommée dans l'OTh1. Le diagnostic y fait néanmoins référence dans le cadre des causes externes.
- S'agissant de la priorité 3 « Poursuivre les programmes de médecine préventive et le dépistage organisé des cancers », si elle s'articule avec l'OG1 « santé/prévention », il n'y est **nullement fait référence** dans le diagnostic (mis à part la prévalence de cancers). Les **problématiques d'inégalités d'accès ou de recours aux programmes de médecine préventive et aux dépistages** auraient en ce sens gagnées à y être présentées.
- L'attention à la promotion de la santé mentale (priorité 3) renforce notre commentaire qui regrettait que cette problématique importante de santé soit abordée trop tardivement dans le diagnostic et de façon imprécise en regard de sa prévalence et des inégalités sociales associées.
- Enfin, la priorité 1 « Promouvoir et soutenir les environnements et comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabac » qui est largement présentée dans le diagnostic aurait, selon nous, pu faire l'objet de **deux priorités distinctes** relatives aux comportements de santé; (1) alimentation et activité physique, (2) tabac et alcool. Ceci pose d'autant plus question que l'exposé du diagnostic globalise la consommation « problématique » de drogues licites et illicites et que cette problématique est aussi développée dans le cadre de la priorité 7.

Deux priorités viennent ensuite affiner l'objectif thématique 2 – **prévenir les infections et maladies transmissibles**. Elles concernent d'une part les maladies sexuellement transmissibles (priorité 4) et d'autre part la tuberculose (priorité 5). Ces deux problématiques sont documentées dans le diagnostic et l'on comprend dès lors qu'une attention leur soit dédiée au sein du Plan au travers de priorités.

Schéma 3
Structure des objectifs et priorités du plan stratégique 2018-2023



Enfin cinq priorités viennent soutenir le développement de l'objectif thématique 3 – **Favoriser la santé (et donc le bien-être) des publics, sur des territoires et dans des milieux de vie spécifiques**. Ces cinq priorités couvrent : deux thématiques particulières (santé sexuelle; usage de drogues licites et illicites); deux milieux de vie spécifiques (milieu carcéral; les milieux de vie des jeunes); un ensemble de publics prioritaires (priorité 10 – personnes en situation de vulnérabilité).

- On comprend peu le développement des **deux thématiques prioritaires** – du moins sous l'angle de leur articulation au sein des autres priorités – étant donné qu'elles touchent à des **comportements de santé – par ailleurs déjà partiellement couverts** dans l'objectif thématique 1. Ainsi, si la santé sexuelle inclut la problématique de la prévention des IST, l'inverse n'est pas vrai. On aurait dès lors pu s'attendre à une priorité globale ou préliminaire « santé sexuelle » et à une spécificité « prévention des IST ». Idem s'agissant de la consommation de drogues (il)licites. On aurait pu s'attendre à une stratégie échelonnée de type préventif, détaillant le spectre de consommation jusqu'à la gestion des assuétudes, en vue de favoriser des comportements de santé permettant d'adapter et de gérer les consommations et d'en réduire les effets délétères.
- S'agissant de l'entrée par milieu de vie, on note d'abord **l'absence de traitement des milieux de la rue, festifs, sportifs, virtuels et de soins** – alors qu'ils sont pourtant traités dans le cadre du diagnostic. Ensuite, la problématique du milieu carcéral et des conditions de vie et de santé des personnes incarcérées est développée dans le diagnostic. On s'attend dès lors à l'y retrouver dans les priorités du Plan. Idem s'agissant des milieux de vie des jeunes, où le diagnostic faisait état des milieux d'éducation, de loisirs et de socialisation comme autant de lieux potentiels d'intervention en promotion de la santé.
- Enfin, les **publics prioritaires** ne sont pas ici nommés – quand bien même le diagnostic avait laissé transparaître une attention en vrac à des groupes d'âges ou segments de population, voire encore à des publics en situations de vulnérabilité. Parmi ceux-ci n'étant repris nulle part ailleurs, on retrouve : **les femmes; les**

personnes migrantes; les personnes vivant en rue et les travailleur-se-s du sexe. Sont-ils ici ou ailleurs ciblés ? **D'autres vulnérabilités** ont-elles été **oubliées** de l'exposé du diagnostic ?

À ce stade de l'analyse, on constate une série de décalages (trous, superpositions ou incohérences) entre les éléments de définition de la problématique et les objectifs et priorités thématiques du plan.

2.2.3. Objectifs transversaux et priorités transversales

Le Plan intègre également des **objectifs transversaux** comme : « (...) charpente de la promotion de la santé. Ils la traversent et la sous-tendent. C'est à partir d'eux que les objectifs généraux doivent être atteints. Ils relèvent des fondamentaux de la promotion de la santé et se combinent à ses principes d'action. » (p. 33) Cette approche est consistante avec celle proposée par Albarello & al (2016).

Trois objectifs transversaux sont poursuivis dans le Plan. Ces objectifs ne relèvent pas du même niveau d'intervention ni du même registre d'argumentaire, comme nous allons le voir. Si l'objectif transversal 2 constitue une des stratégies prioritaires en promotion de la santé et peut dès lors faire aisément sens ici, on regrettera globalement que les 3 objectifs transversaux n'aient pas été davantage développés en préliminaire de cette section consacrée aux objectifs du Plan.

Améliorer la qualité des interventions en promotion de la santé (Otr1)

Le premier objectif transversal, pouvant être qualifié d'**objectif de processus**, n'est pas décrit dans le Plan. Mais il est **ventilé en trois priorités** – seul objectif transversal en disposant – qui correspondent à trois cibles d'intervention complémentaires : bénéficiaires finaux; professionnels du secteur de la promotion de la santé; acteurs hors secteur. Leurs intitulés exacts :

- Promouvoir la visibilité, l'accessibilité et l'appropriation des informations et ressources en promotion de la santé.
- Soutenir le développement et le renforcement des compétences des acteurs et opérateurs.
- Favoriser le transfert des connaissances dans et hors du secteur de la promotion de la santé.

Ces trois priorités sont en fait des objectifs opérationnels du Plan (Albarello & al, 2016). La première priorité est introduite par un point d'attention à la **complexité** : variété des thématiques couvertes, diversité des publics visés, intensité des inégalités sociales (cf. état des déterminants de la santé à Bruxelles). La deuxième priorité n'est pas détaillée et quant à la troisième il est question de l'importance du transfert de connaissances hors secteur, afin d'en **augmenter l'utilisation et le potentiel d'impact sur « les pratiques et la prise de décision »**. Cette dernière nous semble davantage relever de l'objectif transversal 2 (voir ci-dessous).

Il nous semble regrettable que ce premier objectif transversal ne soit pas réellement explicité dans la mesure où de nombreux moyens (services support et d'accompagnement) ainsi qu'une part significative du budget de la promotion de la santé (19 % du budget total) lui sont dédiés (voir ci-après la section consacrée aux instruments).

Aucun élément du diagnostic socio-sanitaire ou des points d'attention préliminaires au descriptif des objectifs ne permet, de plus, d'appréhender en quoi **l'amélioration des interventions** doit ou nécessite d'être (autant) développée dans ce Plan. Si le Décret soutient parmi les stratégies prioritaires la formation des relais ou le travail en réseau, le caractère structurant de cette orientation n'est pas véritablement problématisé à ce niveau-ci de l'exposé.

Le **critère de qualité** constitue, certes, un principe essentiel de bonne gouvernance pour l'action publique. L'articulation entre les trois priorités de cet objectif transversal ne permet néanmoins pas d'en comprendre la logique globale. Autrement dit, **on ignore ce qui fait la qualité d'une intervention en promotion de la santé et ce qui justifie sa priorisation dans le cadre spécifique de cette politique publique**. On anticipe dès lors la difficulté d'identifier les critères permettant d'en évaluer la concrétisation – quand bien même jugée sur le long court et dans une approche globale et qualitative.

L'**hypothèse justificative** qui semble émerger, selon nous, est celle de la **complexité** (cf. *supra*) : complexité de la matière santé; complexité du modèle d'interventions en promotion de la santé; complexité des problématiques et caractéristiques bruxelloises. Cette hypothèse très facilement énoncée ici mériterait confrontation, d'autant plus s'il s'avérerait utile de maintenir cet objectif transversal au-delà du présent plan.

Favoriser et promouvoir la « santé dans toutes les politiques » (Otr2)

Cet objectif transversal correspond à l'une des stratégies prioritaires dans le champ de la promotion de la santé. Ce lien de pertinence (entre la problématique de promotion de la santé et cet objectif du Plan) semble dès lors relativement aisé à faire pour les initiés, bien qu'il ne soit pas explicitement mentionné ici.

Il nous semble pouvoir être qualifié d'objectif de processus – via une évolution des programmes (en dehors du seul champ de la promotion de la santé) et d'objectif de structure – via une attention au processus légal et/ou administratif (ex : accord de coopérations, concertations...).

Cet objectif est par ailleurs relié la priorité 3 de l'objectif transversal 1, relatif au transfert de connaissances – qui relève effectivement davantage de cet objectif-ci au vu de l'argumentaire développé (voir *supra*).

La description de cet objectif transversal met en avant la **logique d'implémentation**, en présentant un **état de fait** (à savoir la façon d'opérer cette stratégie au sein de la Commission communautaire française) – **et non un argumentaire quant à sa position ou justification en tant qu'objectif transversal** au sein du Plan. L'objectif visé se travaille sur le long court et s'articule sur deux niveaux d'actions (horizontal et vertical) via : une intégration de la santé au sein de chaque politique (vertical) et une articulation entre politiques au bénéfice de la santé (horizontal). Ce niveau horizontal rencontre l'ambition de cohérence externe de la politique de promotion de la santé avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé.

Le lien avec le diagnostic – qui fait bien état de la diversité des déterminants qui touchent à la santé – aurait dû être rappelé ici. Ceci aurait en effet permis de comprendre en quoi la politique de promotion de la santé ne peut œuvrer seule à la santé des populations et en quoi elle occupe un rôle clé dans la dynamique d'articulation nécessaire aux autres politiques publiques, pour venir travailler avec elle les enjeux de santé.

Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre (OTR3)

Au vu de sa formulation, cet objectif relève davantage selon nous d'un **objectif de résultat**. On eut pu, en ce sens, s'attendre à le voir déployé en tant que priorité au sein de l'objectif thématique 3, relatif au bien-être des publics.

L'**argumentaire** d'inclusion de cet objectif transversal dans le Plan est **d'ordre scientifique**; il met en avant l'existence d'inégalités basées sur le genre et ayant un impact sur la santé et le recours aux soins des individus. Il faut néanmoins souligner que cet argumentaire est très faiblement détaillé dans le diagnostic socio-sanitaire (discriminations basées sur le genre; santé des femmes; comportements alimentaires). Dans la mesure où il s'agit d'un axe transversal, et au vu des nombreux éléments d'objectivation de ce type d'inégalités sociales et d'inégalités ayant un impact sur la santé et le bien-être, il aurait été utile de le développer davantage dans le diagnostic socio-sanitaire.

Plus fondamentalement, la question du genre est en fait reprise comme « un point d'attention dans la mise en œuvre de ce plan » (p. 7, point 2.2.3.) : « Une attention particulière sera accordée aux inégalités de santé basées sur le genre, à travers un effort de prise en compte transversale dans les actions mais aussi le soutien à des projets spécifiquement destinés aux femmes. ». La raison sous-jacente à cette priorisation n'est évoquée ni à cet endroit-là, ni dans la présentation de cet objectif transversal.

Sur base des informations disponibles quant au contexte d'élaboration du Plan, on peut préciser que cette problématique a constitué une priorité politique explicite. On peut regretter que ce critère d'inclusion principal (**orientation politique**) ne soit pas repris ici, il aurait apporté clarté et transparence.

Cette remarque est relativement transversale en ce sens que **les éventuelles priorisations ou arbitrages opérés sur une base politique sont totalement invisibilisés dans le Plan**. On pourrait dès lors penser qu'il s'agit d'un **plan apolitique**.

2.2.4. *Que retenir pour la suite ?*

De façon générale, il nous semble que les points suivants permettent de rencontrer une volonté de lisibilité et de transparence dans la présentation des objectifs d'un plan :

- Préciser la structure d'objectifs du Plan
 - Proposer une définition claire de chaque niveau ou type d'objectif
 - Clarifier la hiérarchisation entre les objectifs (en termes d'arborescence de niveaux) et estimer la valeur ajoutée ou complémentaire d'une présentation visuelle
- Décrire de façon complète et systématique chaque objectif et chaque priorité
 - Contenu : que couvre-t-il/elle exactement ?
 - Critère(s) ou logique(s) d'inclusion ?
 - . Le cadre conceptuel de la promotion de la santé : préciser les définitions et orientations spécifiquement retenues
 - . Le diagnostic socio-sanitaire (prépondérance; gravité; émergence ...)
 - . Le cadre légal et administratif : compétences, missions; textes de référence
 - . Les orientations politiques : priorités éventuelles de la législature
 - . Les orientations sectorielles : positionnement(s) des acteurs éventuellement impliqués dans l'élaboration des objectifs
 - Critères d'associations ou logiques d'articulations éventuelle ?
 - . Internes : avec d'autres objectifs/priorités du Plan
 - . Externes : avec d'autres politiques ou plans

3. Conclusion sur l'évaluation de la pertinence du Plan stratégique

Les éléments de **cadre de la politique de promotion de la santé** présentés dans ce Plan relèvent du seul niveau théorique ou scientifique (référents internationaux de l'OMS; textes de référence Ottawa, Bangkok, Shanghai). Les choix d'orientation relevant du **niveau politique** sont totalement **passés sous silence**. Ceci laisserait à penser qu'il s'agit d'un produit technocratique. Or les entretiens préliminaires réalisés et la documentation consultée démontrent qu'il n'en est rien. La volonté d'assurer une transition harmonieuse avec l'héritage du passé (acteurs, thématiques et stratégies présents à Bruxelles) n'est pas lisible, pas plus que le choix de faire de l'un des objectifs transversaux du plan la lutte contre les inégalités de genre.

Le **diagnostic** présenté souffre de plusieurs limites; ceci tient au temps trop court pour le réaliser et à l'absence de réelle externalisation de ce travail à un tiers scientifique. Le diagnostic ne permet pas bien de voir les éléments structurants de cette analyse des besoins, notamment en termes d'analyse systé(mat)ique et globale des déterminants de la santé (cf. modèle conceptuel à retravailler) qui pourront être travailler en interne au sein du plan de promotion de la santé ou dans une logique de cohérence externe avec d'autres politiques publiques (architecture plus cadrée mais plus complète, afin d'anticiper les points d'articulation).

La **structure d'objectifs et de priorités** nous semble présenter un niveau hiérarchique en excédant (cf. objectifs généraux et thématiques). Les deux objectifs généraux s'articulent en principe au sein d'un continuum qui fait sens en promotion de la santé et dont il s'agira de voir s'il est effectivement traduit ou opérationnalisé dans la suite du Plan. Le niveau d'objectifs thématiques ne nous semble pas renseigner clairement le resserrement des axes stratégiques; ils semblent plutôt descriptifs (faible valeur ajoutée, hormis l'aisance de lecture) – l'examen des stratégies dans la suite de l'analyse devrait permettre d'en dire davantage. Quant aux objectifs transversaux, ils sont de nature fort distincte (objectifs de processus et de structure, versus objectif de résultat). S'ils renseignent bien des priorités stratégiques ou lignes de force opérées dans ce Plan, l'argumentaire présenté ne permet pas bien d'en saisir la justification et la traduction concrète dans ce plan-ci en regard du cadre plus large de la promotion de la santé.

Ces différents éléments d'invisibilisation réduisent la compréhension de la pertinence des objectifs fixés et biaisent la lecture qui peut en être faite.

VI. ÉVALUATION DE LA COHÉRENCE INTERNE

Dans cette deuxième question d'évaluation relative au plan de promotion de la santé, nous nous penchons sur les liens opérés entre les ambitions du plan (objectifs et priorités) et les stratégies et moyens mis en œuvre à cette fin.

1. Stratégies pour une politique de promotion de la santé

Dans son Article 3, § 2, le **Décret** relatif à la promotion de la santé (2016) précise qu'au sein du plan : « Les **stratégies prioritaires** sont l'intersectorialité¹, le travail en réseau², la participation des publics³, la mobilisation communautaire⁴, l'analyse partagée du territoire⁵, la formation⁶ des relais professionnels et non professionnels, le travail de proximité⁷ avec des publics spécifiques dans leur milieu de vie et la mise en œuvre de politiques publiques transversales favorables à la santé⁸. » (Retrouver ci-dessous les stratégies chiffrées pour savoir comment elles sont déployées dans le Plan).

Qu'en est-il donc de leur présence au sein du présent plan de promotion de la santé ? Quels autres types de stratégies sont envisagés ? Dans quelle mesure cet ensemble de stratégies permet de rencontrer les ambitions de ce Plan ? Au-delà de la simple addition arithmétique de **cinq-neuf stratégies au sein du Plan**, tentons d'y voir plus clair.

Le texte n'introduit pas particulièrement la **logique de sélection ou de ventilation des stratégies** au sein des objectifs et priorités du Plan. Celles-ci sont par ailleurs listées sans davantage d'information.

Nous identifions tout d'abord **quatre stratégies à visée de recherche** ou – pour reprendre la formulation du Décret – contribuant à l'**analyse partagée du territoire**⁵.

- Pth1 – Promouvoir et soutenir les **environnements et comportements favorables à la santé** en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabac > S1 : Mieux connaître la problématique et comprendre les mécanismes d'adoption de pratiques favorables ou défavorables à la santé;
- Pth4 – Contribuer à la prévention des **infections sexuellement transmissibles** (IST) dont le VIH et le VHC > S4 : Soutenir le développement d'indicateurs pertinents, le recueil de données ainsi que l'identification des indicateurs et des données disponibles utiles en matière de prévention des IST;
- Pth5 – Contribuer à la prévention et au dépistage de **la tuberculose** > S1 : Poursuivre les missions de lutte contre la tuberculose en matière de surveillance épidémiologique, de socio-prophylaxie, de communication et d'expertise;
- Pth7 – Prévenir l'**usage de drogues licites (notamment l'alcool)** et illicites et en réduire les risques > S5 : Développer le recueil de données coordonnées entre l'ensemble des intervenants et des services concernés.

À ce stade, on peut souligner que ces thèmes étaient déjà bien investis par le passé au sein du secteur (via des acteurs bien identifiés) dans le cadre de la production de collecte de données et de publication de rapports. En ce sens, elles ne relèvent pas des stratégies innovantes. **Sont ici** par ailleurs uniquement **couverts des comportements de santé et des problèmes de santé**. L'attention portée à la **dimension territoriale** dans la production de la santé **ne transparait pas** davantage. On aurait pu envisager d'investir également des stratégies de recherche sur des thèmes, des approches ou des questions encore peu couvertes – soit de par leur caractère fuyant ou insaisissable, soit de par leur développement relativement récent. Ceci nécessite toutefois une approche de travail d'emblée ouverte aux facteurs ou enjeux émergents – or il apparaît que ce plan a d'abord eu pour objet de repositionner les anciens acteurs FWB au sein du nouveau paysage Commission communautaire française.

S'agissant des **objectifs transversaux** du Plan, nous renvoyons le lecteur aux annexes 1-3 pour le détail des stratégies spécifiques (reprises au sein de chaque objectif transversal) et associées (repérées par nous au sein d'autres objectifs ou priorités).

L'**amélioration de la qualité des interventions** est investie par une quinzaine de stratégies (10 spécifiques et 5 associées). Elles ciblent :

- S'agissant des publics bénéficiaires finaux, l'amélioration de la **communication**;
- Pour les professionnels du secteur, la **formation**⁶ – sur les thèmes, les méthodes ou le cadre de la promotion de la santé, ainsi que à la mise en œuvre incluant l'évaluation, et enfin certaines focales « public » ou « milieu de vie »;
- Les parties prenantes au-delà du secteur, via un **plaidoyer sur le secteur de la promotion de la santé** : ce que c'est, ce qu'il propose.

Le deuxième objectif transversal – le **plaidoyer pour la santé dans toutes les politiques** – est principalement envisagé au travers de trois stratégies clés – venant soutenir la mise en œuvre de politiques transversales favorables à la santé⁸ :

- Le **développement de synergies** entre acteurs publics autour de priorités du Plan.
- L'**articulation de décisions** issues des divers secteurs publics affectant la santé.
- La **construction d'une vision commune** s'agissant d'objectifs de santé.

Aux stratégies directement identifiées au bénéfice de cet objectif transversal (au nombre de 7), viennent se raccrocher une quinzaine de stratégies spécifiquement associées aux différentes priorités thématiques. **Toutes les priorités thématiques sont donc traversées par la question du plaidoyer et elles se trouvent travaillées par au moins l'une de ces trois stratégies ou leviers d'action principaux**. Ces stratégies répondent aussi à l'ambition d'**intersectorialité**¹ voulue par le Décret.

Le troisième objectif transversal – **lutter contre les inégalités de genre** – est déployé au travers de deux stratégies spécifiques auxquelles s'ajoute une stratégie associée. Ces stratégies visent à l'intégration de la **dimension genre au sein du modèle conceptuel** de la promotion de la santé utilisé par les acteurs ou des stratégies de **projets orientés publics cibles « femmes »**⁷.

Si l'on en vient enfin aux **objectifs et priorités thématiques**, il demeure une quinzaine de stratégies à considérer. Il est principalement question du développement de supports de communication ou d'information ajustés et de projets développant une focale « public » ou « milieu de vie » spécifique. Font figure d'exception le « soutien de projets innovants en promotion de la santé mentale » et de « projets croisant ces deux champs d'action en tenant activement compte de l'impact des déterminants de la santé » (priorité thématique 2).

Il faut souligner qu'**aucune stratégie** (au sein de l'ensemble du Plan) n'est **explicitement orientée sur la participation des publics**³. Ceci surprend d'autant plus – au-delà du caractère établi de cette stratégie en promotion de la santé – qu'il s'agit d'un point d'attention dans la mise en œuvre de ce Plan (cf. point 2.2.3), point qui avait également été mis en avant dans les recommandations du Conseil consultatif⁽⁵²⁾. Une référence aux stratégies de santé communautaire (qui incluent la participation des publics) est toutefois faite au sein de deux stratégies visant les pratiques communautaires⁴; elles sont toutes deux reprises dans la priorité thématique 10 (favoriser et contribuer à promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité). Il est donc remarquable que cette **stratégie participative soit envisagée dans le seul cadre de territoires ou de publics particulièrement fragilisés** et non dans une logique davantage transversale – s'adressant à la population dans son ensemble. Plus avant, **l'interaction avec l'environnement dans la production de l'état de santé** est ici considérée (via le diagnostic communautaire) mais soutenue dans la seule production de **projets locaux**.

Le **travail de proximité**⁷ fait assez pâle figure dans cet ensemble (peu de stratégies concernées) : les stratégies de soutien à ce type de projets sont **essentiellement réservées aux milieux de vie des jeunes, au milieu carcéral, aux divers lieux propices à l'adoption de comportements à risque en matière sexuelle ou de consommation de drogues licites et illicites**. On aurait par ailleurs pu étayer ici plus explicitement les liens avec le secteur de l'ambulatoire qui mobilise régulièrement cette approche (dans le plan, il est fait référence aux liens avec l'ambulatoire dans le cadre de la priorité 2 – santé mentale). Bien que cette question touche aux potentielles articulations avec d'autres secteurs, nous ne développerons pas davantage dans le cadre d'une analyse de cohérence externe qui excède le périmètre de la présente évaluation. Nous préciserons toutefois que cette question avait suscité le commentaire de plusieurs parlementaires lors de la présentation du plan en Commission santé⁽⁵³⁾.

2. Moyens de la politique de promotion de la santé

Dans cette section, nous nous intéressons enfin aux **instruments d'action publique** (IAP) de la politique de promotion de la santé. Qu'entend-t-on par IAP ? Il s'agit « des moyens par lesquels l'État [ici la Commission communautaire française] conduit les acteurs publics et privés à prendre des décisions et à adopter des comportements compatibles avec les objectifs qu'il poursuit »⁽⁵⁴⁾.

Le choix de ces IAP **n'est pas neutre**; en effet « la sélection des IAP est largement déterminée par les orientations politiques passées, les ressources existantes ou par les considérations idéologiques. Elle n'est pas une simple conséquence de l'adoption d'un programme ou d'un objectif, une étape non conflictuelle du cycle d'une politique publique; elle est une décision politique au sens plein du terme, engageant intérêts, visions du monde et rapport de force »⁽⁵⁵⁾.

Quels sont donc ces instruments – ou moyens – de la politique de promotion de la santé de la Commission communautaire française ? Quels sont leurs caractéristiques ? Que dire de leur niveau d'adéquation aux enjeux et objectifs de la promotion de la santé ? Si l'on peut distinguer **cinq catégories d'instruments** : (1) législatif et réglementaire; (2) économique et fiscal; (3) informatif et communicationnel; (4) conventionnel et incitatif; (5) normes et standards⁽⁵⁶⁾, nous nous centrerons dans le cadre de la présente évaluation portant sur le stratégique sur les deux premières catégories.

2.1. Le budget et son allocation

Au moment de la finalisation du plan stratégique, **le budget consacré à la promotion de la santé** n'était pas encore fixé; les travaux budgétaires pour la Commission communautaire française étant alors en cours. Il était bien question d'un montant de 4,2 millions d'euros que la Ministre avait « bon espoir d'augmenter (...) pour déployer les priorités (...) dès 2018⁽⁵⁷⁾ ». Cet aspect de calendrier explique pourquoi aucune communication sur

(52) Parlement francophone bruxellois, Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. *Rapport d'activités pour l'année 2016*, Annexe 12.

(53) Parlement francophone bruxellois. *Opcit* : séance du 4 juillet 2017.

(54) Varone (2001) In Albarello et al (2016), p. 55.

(55) Albarello et al (2016), p. 55.

(56) Lascoumes et Le Gallès (2004) In Albarello et al (2016), p. 58.

(57) Parlement francophone bruxellois. *Opcit* : séance du 4 juillet 2017, p. 5.

l'enveloppe globale n'avait été incluse dans la communication sur le plan stratégique lors de sa diffusion auprès des acteurs de terrain.

Au-delà de connaître cette enveloppe globale, **la ventilation du budget entre objectifs ou thématiques, ou entre acteurs au sein d'un même objectif ou d'une même thématique** posait d'emblée interrogation dans la perspective d'un budget relativement restreint (à l'image de celui pour l'ensemble de la Commission communautaire française) pour une politique ambitieuse et qui risquait de ce fait d'amener de potentielles priorisations entre acteurs ou projets, malgré leur(s) qualité(s) reconnue(s). Cette question a d'ailleurs été soulevée en Commission santé lors de la présentation du plan stratégique ⁽⁵⁸⁾. L'intérêt de **disposer de critères ex ante** était pointé; mais aucune réponse n'a été avancée en ce sens par la Ministre. *A contrario*, sa réponse a pointé le caractère volontairement adaptatif de cette ventilation pour coller aux propositions qui seraient formulées par le terrain (projets et dossiers introduits), dans la vision d'un plan de promotion de la santé qui serait véritablement abouti non pas dans sa phase stratégique mais bien suite à la production de sa composante opérationnelle.

Enfin, notons que si aucun critère de priorisation entre projets n'avait été formulé ex ante, des **critères d'analyse des dossiers de candidature** soumis avaient bien été pour leur part élaborés – dans le cadre de l'Arrêté portant exécution du Décret ⁽⁵⁹⁾. On regrettera pourtant que par manque de temps le Conseil consultatif n'ait eu l'opportunité de faire un retour à l'administration sur cette grille, avant sa publication (avis émis depuis ⁽⁶⁰⁾). Il apparaît qu'elle présente en effet plusieurs difficultés qui mériteraient d'être adressées ⁽⁶¹⁾.

En l'absence de maîtrise du montant de l'enveloppe globale et de critères de priorisation *ex ante*, nous procédons ici à un **examen ex post de la ventilation du budget** telle que présentée dans le cadre du plan opérationnel ⁽⁶²⁾. Le premier budget de la promotion de la santé de la Commission communautaire française est de **4 millions 719 mille 369 euros**; il excède de plus d'un demi-million d'euros le budget initialement évoqué. Comment ces montants sont-ils ventilés ? (voir le tableau repris en annexe 2).

- 20,34 % aux objectifs transversaux;
- 21,88 % à l'objectif thématique 1;
- 27,02 % à l'objectif thématique 2;
- 30,77 % à l'objectif thématique 3.

Si l'on regarde au sein de chacune de ces enveloppes, la ventilation entre objectifs transversaux et entre priorités thématiques est arithmétiquement très inégale. Toutefois en l'absence de critères ayant prévalu à cette ventilation du budget, il nous est impossible d'en évaluer l'adéquation effective. Nous ne ferons ici que souligner quatre points qui ont attiré notre attention dans le cadre d'une lecture assez naïve – en ce sens qu'elle n'est éclairée par d'autres arguments que ceux d'une base arithmétique.

- **La ventilation des budgets au sein de l'enveloppe objectifs transversaux est extrêmement déséquilibrée** puisque l'objectif transversal 1 s'en voit attribuer 94,79 %. Elle semble difficilement permettre d'imprimer un impact plus ou moins équivalent entre les trois objectifs transversaux.
- **L'objectif transversal 2** – Favoriser et promouvoir « la santé dans toutes les politiques » – n'est quant à lui **pas financé en première intention**. Il s'agit là d'un marqueur assez fort. L'objectif est à travailler par tous (via une **intégration transversale**) mais se voit financé indirectement, de façon diluée au sein des missions de chaque service ou acteur financés.

(58) Parlement francophone bruxellois. *Opcit* : séance du 4 juillet 2017.

(59) Parlement francophone bruxellois, *Arrêté du Collège de la Commission communautaire française portant exécution du décret de la Commission communautaire française du 18 février 2016 relatif à la promotion de la santé*. 16 février 2017.

(60) Parlement francophone bruxellois, Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. *Rapport d'activités pour l'année 2018*, Annexe 3 « Avis d'initiative – Procédure d'avis sur les candidatures déposées en septembre 2017 ».

(61) Bien que cette analyse dépasse le cadre du présent travail d'analyse, nous livrons ici 3 éléments de réflexion : il existe un souci de structuration des critères qui recouvrent tant des critères d'éligibilité; d'adéquation; de qualité; de priorité; certains critères de désignation induisent une préséance de l'activité – voire de l'expertise en promotion de la santé – avant financement; certains énoncés de critères manquent de clarté.

(62) Commission communautaire française. 2021. *Annexe opérationnelle au Plan stratégique de Promotion de la santé 2018/2022*. Bruxelles. <https://ccf.brussels/nos-services/bien-etre-et-sante/promotion-de-la-sante/>

- On note un **financement important des thématiques IST/santé sexuelle** d'une part et **consommation de drogues (il)licites** d'autre part, puisqu'elles se trouvent financées au travers de deux enveloppes importantes. Ceci semble d'autant plus significatif qu'un second appel a été lancé sur la thématiques de la prévention des IST/Sida, suite à l'analyse par l'administration que la thématique avait été insuffisamment couverte dans le cadre des réponses au premier appel ⁽⁶³⁾.
- Enfin on soulignera un **financement extrêmement réduit** de la priorité thématique 8 visant les **milieux de vie des jeunes**. Dans le cadre des débats menés en Commission santé suite à la présentation du plan opérationnel ⁽⁶⁴⁾, la chargée de mission a tenu à préciser que si cette priorité semblait peu couverte cela tenait pour partie à la façon dont il avait été demandé aux acteurs de déclarer une hiérarchie dans le travail des priorités du plan stratégique au sein de leur(s) action(s). Selon une analyse plus fine, l'administration estimait donc que le public des jeunes était plus largement couvert via d'autres thématiques touchant notamment les jeunes, entre autres publics cible.

Très peu de moyens ouverts n'ont finalement pas été alloués. Un deuxième appel a néanmoins dû être lancé pour les priorités thématiques 1 (alimentation et activité physique) et 4 (IST/Sida), jugées initialement trop peu couvertes. Ceci semblerait indiquer que l'analyse des ressources/offre de services a construit de façon relativement satisfaisante les priorités du plan pour lesquelles des acteurs étaient en capacité de répondre.

Sur la question d'une **priorisation ex post** d'acteurs du fait d'un budget qui aurait été trop restreint pour couvrir l'ensemble des dossiers « méritants », aucun élément à notre disposition n'en atteste. Sur les 79 dossiers éligibles reçus, et donc analysés par l'administration et le conseil consultatif, seuls 38 ont fait l'objet d'un financement. Soit un **taux de sélection**, sur la base des critères d'adéquation et de qualité des dossiers, **de 48 %**. À ce stade, il faut faire mention de l'analyse par le Conseil consultatif de l'adéquation entre les dossiers retenus et ceux soumis en ce qu'elle a constaté un **effet de sélection fort d'acteurs préétablis au sein du secteur** de la promotion de la santé ⁽⁶⁵⁾. Ce même avis d'initiative identifie toutefois d'emblée les pistes de solution en vue de réduire cet effet « d'entre-soi » (appui du service d'accompagnement aux acteurs hors secteur souhaitant.

2.2. La structuration du secteur

Afin de faciliter la lecture de cette section relative à la structuration du secteur, qui est premièrement conditionnée par le Décret, nous reprenons ici en préambule – sans le commenter – le « schéma des opérateurs du dispositif de promotion de la santé » tel qu'il apparaît dans le plan stratégique (p. 10) (**schéma 4**).

Il faut ainsi distinguer deux niveaux de détermination des instruments de structuration du secteur. On retrouve d'une part des **instruments prévus dans le cadre du Décret** de promotion de la santé (2016) et d'autre part **ceux qui sont prévus ou détaillés dans le cadre du plan stratégique 2018-23**.

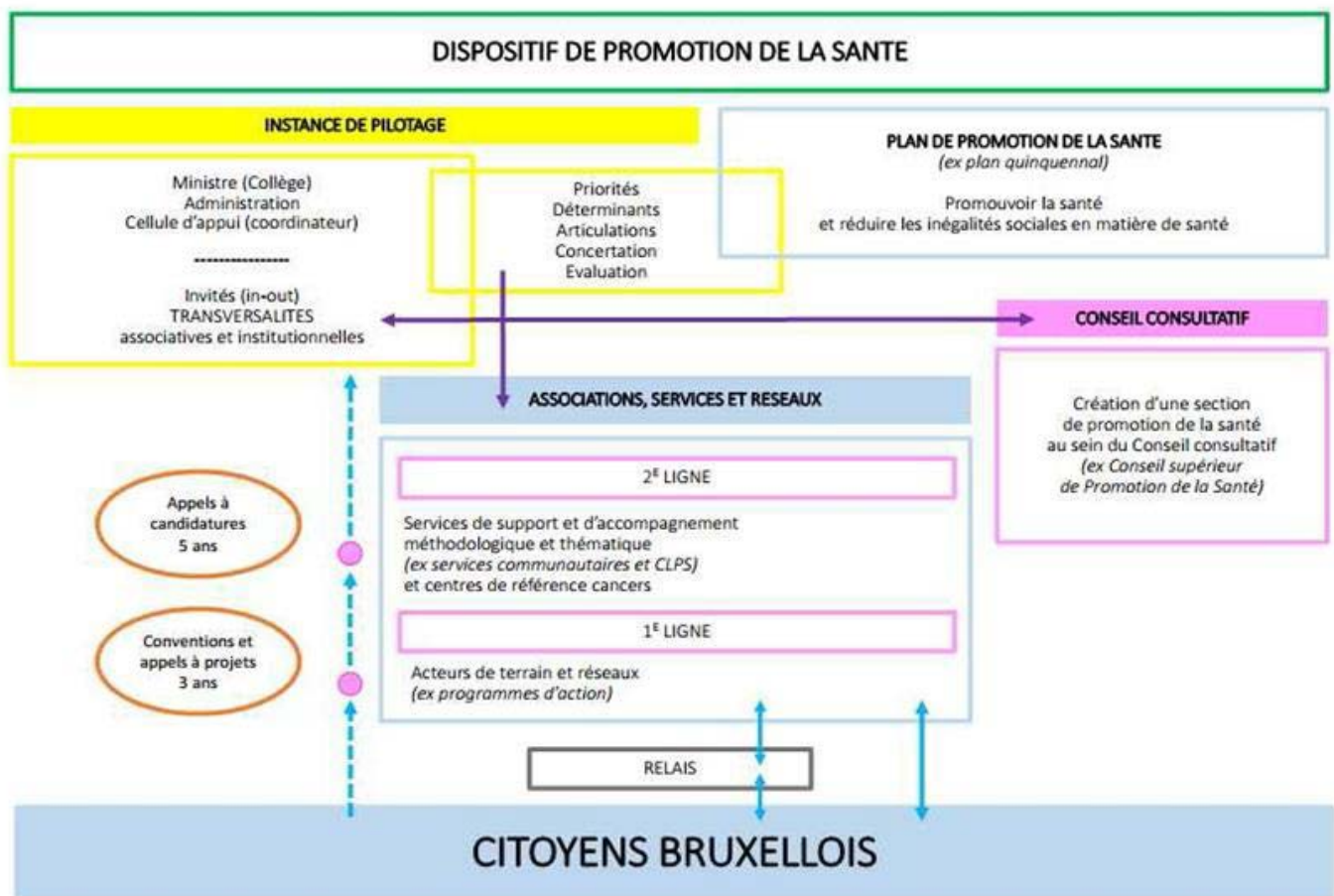
D'un côté, on trouve ainsi des IAP de quatre ordre : appel à candidature pour les services piliers (support ou accompagnement); désignation de centre de référence; appel à acteurs ou projets; appel à réseaux. D'autre part, on trouve des instruments plus spécifiquement listés dans le Plan (et donc davantage sujettes à modification ou disparition) : les concertations, la coordination et l'intégration transversale. Nous allons passer en revue ces différents instruments.

(63) Parlement francophone bruxellois, Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé, *Rapport d'activités 2018*, p. 34.

(64) Parlement francophone bruxellois. *Mise en œuvre du Plan stratégique de promotion de la santé 2018/2022 du Gouvernement francophone bruxellois. Rapport de la Commission Santé*. Bruxelles: séance du 6 mars 2018.

(65) Parlement francophone bruxellois, Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. *Avis d'initiative « Procédure d'avis sur les candidatures déposées en septembre 2017 »*, In *Rapport d'activités de l'année 2018*, Annexe 3.

Schéma 4
Les opérateurs du dispositif de promotion de la santé



2.2.1. Appel à candidature pour les services piliers

Les **services piliers** comptent des services support et un service d'accompagnement. Prenons-les l'un après l'autre.

Service d'accompagnement

Le Décret prévoit la mise sur pied d'un service d'accompagnement. S'il doit travailler main dans la main avec les services supports, en vue d'offrir une **aide méthodologique** ajustée et concertée au secteur, il doit également **organiser la concertation, l'échange, la réflexion** avec les acteurs du secteur et ceux situés en dehors – bien qu'animés par des problématiques en lien avec la santé. Il joue de ce fait un **rôle de moteur pour l'ensemble du secteur et de la promotion de la santé** (voir encadré 1).

Encadré 1 : Titre IV, Article 6 (extraits)

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

- 1° organiser et apporter, en concertation avec les services de support, l'aide méthodologique dans les démarches en promotion de la santé aux acteurs et aux relais, et mettre à leur disposition les ressources d'accompagnement disponibles, notamment en documentation, formation, outils et expertise;
- 2° accompagner et/ou coordonner des dynamiques qui soutiennent la promotion de la santé et ses méthodes de travail telles que le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire;
- 3° soutenir et coordonner des concertations rassemblant les acteurs et les relais, notamment sous la forme d'une plateforme.

Si l'on examine comment sont articulées ses trois missions prévues dans le Décret au sein du Plan 2018-23, on constate qu'elles sont déployées sur :

- Le premier objectif transversal visant l'amélioration de la qualité des interventions. Il y est question, au travers des priorités 2 et 3, du soutien au secteur dans l'amélioration des compétences et le transfert de connaissances, via **une action de deuxième et troisième lignes, portant sur des actions de type individuel ou collectif, de façon directe ou indirecte** et enfin via un **reporting ascendant** vers l'instance de pilotage.
- Les priorités thématiques 7 et 8, s'agissant de la **concertation avec les secteurs scolaires et extrascolaires pour les publics de jeunes**.
- La priorité thématique 3, via l'articulation avec les **programmes de médecine préventive** en vue de leur **intégration des problématiques** d'accessibilité pour les **publics vulnérables**. Sur ce point, on eut pu s'attendre à ce que cette tâche soit déléguée au service support « littératie en santé ». Néanmoins, l'explication se trouve dans le texte du Décret qui prévoit l'association possible du service d'accompagnement au travail opéré par le centre de référence dans l'exercice de ses missions (article 8)
- La priorité 10 dans le cadre de la **santé communautaire**, dans une vision d'articulation intra et intersectorielle.

Services supports

Le Plan opte pour le développement de **sept services supports**. A contrario du service d'accompagnement, les missions des services supports doivent être définies dans le cadre des conventions qui vont les lier avec l'exercice de ce Plan. Ces missions (encadré 2) reposent sur la mise à disposition de l'ensemble du secteur (de l'instance de pilotage, aux acteurs du secteur, jusqu'aux relais) d'une **expertise spécifique liée à un objet (thème) ou une approche (méthodologie ou stratégie) de promotion de la santé**.

Encadré 2 : Titre IV, Article 7 (extraits)

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

Les missions de chaque service de support sont précisées dans des conventions qui accompagnent la désignation. Ce support peut concerner :

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

Les services de support tiennent compte des obligations et recommandations en vigueur dans les domaines de la promotion de la santé et de la santé publique aux niveaux belge, européen et international. Ils entretiennent des collaborations étroites avec l'administration et le service d'accompagnement.

Sur les 7 appels lancés à service support :

- Quatre relèvent d'une **expertise méthodologique ou métier** : évaluation; communication; littératie en santé; formation continue. Ils viennent à ce titre répondre à l'objectif transversal 1 – visant à améliorer la qualité des interventions dans le secteur.
- Trois relèvent d'une **expertise thématique** : alimentation et activité physique; IST et Sida; drogues. Ils répondent quant à eux à des objectifs thématiques (respectivement 1-4-7) qui sont les trois plus investis budgétairement (parmi les 10) dans le cadre de ce Plan.

Globalement, on constate donc sur le papier une **logique (cohérence) quant aux choix d'ouverture de ces sept services supports** : une priorisation très explicite de l'amélioration de la qualité au sein du secteur (objectif transversal du Plan) et le financement de services supports thématiques au sein des thèmes fort développés dans le secteur – volonté politique de stabilisation des acteurs issus de la Fédération Wallonie-Bruxelles au sein du dispositif de la Commission communautaire française.

2.2.2. Désignation de centre de référence

Le Plan a prévu le développement d'un **nouveau centre de référence** dédié au programme de dépistage du cancer.

On soulignera ici un point très positif du dispositif : l'association de stratégies et de moyens au sein du Plan en vue d'articuler davantage ces programmes de médecine préventive avec les expertises développées au sein de la promotion de la santé – notamment en vue de favoriser l'accès pour les publics fragilisés (Décret, encadré 3, § 2). Si cette mission apparaît clairement incomber au service d'accompagnement et au service support 2 – « communication », il ne transparaît toutefois pas comment (et donc si) ce travail sera ou devrait être opéré en association avec le centre de référence, dans une véritable logique d'articulation de la médecine préventive et de la promotion de la santé.

Encadré 3 : Titre V, Article 8 (extraits)

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

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

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

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

2.2.3. Appel à acteur ou à projet

Le Décret (voir encadré 4) précise que les acteurs peuvent s'inscrire dans les lignes définies dans le Plan au sein des appels à projets (financement 3 + 2 ans) ou en dehors de ceux-ci (subventions annuelles).

Encadré 4 : Titre VI, Article 11

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

À l'issue des trois ans de désignation, une évaluation est soumise au Collège portant tant sur l'expertise de l'acteur que sur son adéquation aux missions visées dans la convention et au plan de promotion de la santé. En cas d'évaluation positive par le Collège, la désignation est reconduite pour deux ans maximum sans nouvel appel à projets.

§ 2. – Le Collège accorde des subventions forfaitaires aux acteurs désignés. Ces subventions couvrent des frais de rémunération, de formation et de fonctionnement. Elles sont indexées suivant les modalités fixées par le Collège et liquidées suivant les modalités visées à l'article 19.

§ 3. – Pour être désignés, les acteurs introduisent leur demande de désignation au Collège ou répondent à des appels à projets.

§ 4. – Le Collège peut aussi accorder des subventions annuelles en fonction de l'agenda défini dans le plan de promotion de la santé.

On notera que l'appel à projets concernant les priorités thématiques 8 – milieux de vie des jeunes – et 9 – santé en milieu carcéral – n'ont pu être investies budgétairement que la deuxième année (2019), faute de projets finançables en 2018. Ceci pourrait indiquer un certain déficit d'acteurs opérant sur ces thématiques/problématiques en promotion de la santé.

Par ailleurs, **aucun appel à projet/acteur n'a été ouvert pour les objectifs transversaux 1** (Améliorer la qualité des interventions en promotion de la santé) **et 2** (Favoriser et promouvoir la « santé dans toutes les politiques »). Ici encore nous ne disposons pas de certitudes pour comprendre l'absence de telles ouvertures. L'hypothèse qui eut justifié de la prise en charge de ce niveau d'objectif par des acteurs piliers ne tient pas complètement, puisque la priorité transversale 3 fait l'objet d'une ouverture à projet/acteur.

Fait marquant, l'analyse des budgets attribués met en évidence que là où les ouvertures n'ont pas été opérées pour les objectifs transversaux, **des budgets ont toutefois été attribués à des acteurs** (ayant introduit des demandes en dehors des appels) **développant ces priorités dans leurs actions et que pour celui où un tel appel avait été prévu, aucun budget n'a finalement été alloué** (Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre).

Ces constats pourraient pencher vers une stratégie future plus prudente visant une ouverture de principe, pour l'ensemble des priorités (thématiques ou transversales) ciblées dans le Plan, indépendamment de l'analyse préliminaire devant servir à identifier les acteurs potentiellement éligibles.

2.2.4. Appel à réseau

Le Décret met en lumière les types de finalités que les **réseaux de promotion de la santé** peuvent endosser (encadré 5, voir § 1^{er}); il n'en précise toutefois pas l'objet central.

Cet instrument constitue un **levier d'action de deuxième ligne**, dans la mesure où il vient soutenir les activités de promotion de la santé développées en faveur de la population.

Encadré 5 : Titre VI, Article 12

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

§ 2. – Dans le cadre du plan de promotion de la santé, le Collège désigne des réseaux en promotion de la santé.

§ 3. – Le Collège accorde des subventions liées à des conventions triennales renouvelables à ces réseaux de promotion de la santé. Le Collège fixe le montant des subventions forfaitaires octroyées aux réseaux en promotion de la santé. Ces subventions forfaitaires sont indexées suivant les modalités fixées par le Collège et liquidées suivant les modalités visées à l'article 19.

§ 4. – En fonction du plan de promotion de la santé et lorsque cela est nécessaire, les réseaux de promotion de la santé collaborent avec les réseaux de santé « ambulatoires » agréés en vertu du Décret du 5 mars 2009, relatif aux services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé.

Seuls **quatre appels à réseaux avec une couleur « thématique »** (et **aucun sur base géographique**) ont été ouverts au sein du Plan; tous les quatre ont été pourvus.

Trois d'entre eux préexistaient de fait à l'appel et il s'agissait dans ces cas d'acteurs menant la concertation sur ces thèmes au sein de leur mission de service et donc sans budget spécifiquement dédié à ce travail de mise en réseau :

- Prévention et réduction des risques liés à la consommation d'alcool (dans le cadre de la priorité thématique 1 – comportements favorables à la santé).
- Promotion de la santé et MGF (dans le cadre de la priorité thématique 6 – santé sexuelle).
- Milieu festif (dans le cadre de la priorité thématique 7 – consommation de drogues (il)licites)

Cette ouverture a permis de légitimer ce travail et de le soutenir, au travers de budgets relativement réduits (<= 40.000 euros).

Le seul nouveau réseau « genre, femmes et promotion de la santé » prend place au sein de l'objectif transversal 3 qui constitue, pour rappel, **une priorité politique** au sein de ce Plan (via un budget de 50.000 euros).

On ignore ici si d'autres réseaux méritaient d'être ouverts. Mais quant à la question de la prise de position éventuelle du secteur, il semble d'après les précisions fournies par la Ministre en Commission santé ⁽⁶⁶⁾ que ce choix correspondait effectivement à une demande du secteur, en termes de priorisation. La question des publics migrants a également été soulevée et considérée comme intégrée aux missions du service support « littératie en santé ». Enfin la Ministre a clôturé sur ce point en précisant que le travail de réseau(tage) était une pratique déjà majoritaire au sein du secteur. Ceci pouvant être interprété, selon nous, comme une réponse à l'éventuelle critique du manque de réseaux déployés dans ce Plan.

2.3. Les concertations

Un travail important de mise en lumière des **concertations interministérielles** comme autant de moyens venant soutenir l'articulation de la politique de promotion de la santé avec les instances et politiques œuvrant sur les différents objectifs du Plan mais en dehors de la promotion de la santé a été produit (moyen de soutien à la cohérence externe).

Ce travail rencontre l'attendu plébiscité tant par le politique, que par les scientifiques ou le terrain de voir améliorée les points d'articulations entre compétences pouvant toucher à la santé des Bruxellois.

Il faut toutefois déplorer que ne soit **pas explicitement précisé qui s'occupera de ce travail et à l'aide de quelles ressources éventuelles** (hormis le *reporting* dans le cadre de la mission de suivi du Plan). Ceci transparaît tout particulièrement dans le cadre de l'absence de moyens alloués à l'objectif transversal 2 visant à « favoriser et promouvoir la santé dans toutes les politiques » : les moyens financiers sont à tout le moins non spécifiés et le travail de concertation n'est pas explicitement attribué à l'un ou l'autre acteur du secteur (ou à l'administration). Cette absence de cadre et de moyens n'augure pas de résultats importants. Mais seule l'analyse *ex post* permettra d'en tirer les conclusions appropriées.

3. Conclusion sur l'évaluation de la cohérence interne du Plan stratégique

Nous l'avons vu, les moyens à disposition de la politique de promotion de la santé de la Commission communautaire française sont réduits au regard de l'ambition de sa finalité (Décret) et de ses objectifs et priorités (plan stratégique). Au-delà de ce constat peut-être trop facilement émis, et qui pourrait inciter au découragement, il nous semble important de souligner trois points d'attention sur lesquels il pourrait s'avérer plus aisé de rebondir dans le cadre du(des) prochain(s) plan(s) de promotion de la santé.

Tout d'abord, **l'équilibre entre une approche à visée universaliste** – visant à améliorer la santé de la population générale – **et une approche à visée ciblée** – pour les groupes en situations de vulnérabilités – devrait pouvoir être optimisé et rendu plus lisible. Ainsi l'approche par milieu de vie ou groupe cible ne permet pas nécessairement de se figurer si le resserrement couvre uniquement une problématique spécifique (intervention « sur mesure » pour tel public ou dans tel contexte) ou s'il concerne également une problématique prioritaire en termes de vulnérabilité(s). Une meilleure compréhension de la complémentarité des moyens (missions, budgets, actions) alloués sur ces deux niveaux permettrait de mieux saisir l'approche globale de « nivellement par le haut » ou d'implémentation du principe d'universalisme proportionné.

Ensuite, sur les stratégies déployées, il nous semblerait qu'un soutien renforcé devrait pouvoir être accordé à des **stratégies** identifiées comme **prioritaires au sein du Décret** et n'ayant pourtant été que peu développées dans le cadre de ce plan stratégique (sachant que ceci peut aussi être le résultat involontaire d'une absence de pratique éprouvée sur le terrain des acteurs). Citons ici, de façon non exhaustive, la « participation des publics » qui semble fort absente. L'équilibre demeure bien sûr à trouver afin de garantir les moyens nécessaires à chacune des stratégies déployées.

Enfin au vu de la prégnance de l'**action concertée** dans le Décret, tant sur le plan de la conception des interventions que sur leur déploiement sur le terrain (dans et hors du secteur de la promotion de la santé), il semblerait

(66) Parlement francophone bruxellois. *Opcit* : séance du 4 juillet 2017.

utile de pouvoir évaluer dans quelle mesure cette mission centrale principalement déléguée au service d'accompagnement est suffisamment soutenue en l'état ou si des moyens supplémentaires (instruments de formalisation avec/dans les autres secteurs; mission d'appui d'autres services ou acteurs, budgets ...) seraient nécessaires. Et dans cette même logique, une réflexion sur une allocation effective de moyens au plaidoyer pour la santé dans toutes les politiques (qui n'en dispose pas explicitement dans le cadre du présent plan).

TROISIÈME PARTIE L'ÉVALUATION DE LA PRATICABILITÉ DU PLAN : LE POINT DE VUE DES OPÉRATEURS

I. ÉVALUATION DE LA PRATICABILITÉ RÉALISÉE PAR L'ADMINISTRATION

1. Le cadre d'évaluation

1.1. *L'administration comme évaluateur du plan*

Par essence, l'élaboration d'un plan constitue un exercice théorique formel. S'il s'est appuyé sur la réalité du secteur de promotion de la santé tel qu'hérité de la Communauté française, le plan stratégique de la COCOF a organisé cette réalité d'une certaine manière.

Comme le rappellent Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès, les instruments de l'action publique sont « *révélateurs des changements des politiques publiques* »⁽⁶⁷⁾. Les instruments ne sont donc pas des outils neutres, ils produisent des effets spécifiques et indépendants des objectifs poursuivis, et ce, en plus de structurer l'action publique selon leur propre logique. Ainsi, on ne sait pas dissocier les propriétés des finalités qui sont attribuées à chaque instrument, porteur de sa propre histoire.

Dans le cadre de ce chapitre, nous souhaitons évaluer la praticabilité du plan au regard des expériences des acteurs de terrain. Étudier l'instrument d'action publique implique de s'intéresser à « *un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur* »⁽⁶⁸⁾, mais aussi de prendre une posture spécifique qui consiste à chercher à comprendre l'opérationnalisation de l'action publique.

Le plan a notamment proposé une structuration et une formalisation spécifiques des objectifs, priorités et stratégies de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé. Il a émis une série de points d'attention pour la mise en œuvre des actions, reconnu des modalités d'action principales. Enfin, il a défini des moyens de mise en œuvre et mobilisé les ressources prévues par le décret. Parmi ces ressources on compte les opérateurs de terrain qui ont offert leurs expertises pour mettre en œuvre le plan via des appels à candidatures et à projets. S'intéresser au caractère praticable et à l'accessibilité du plan permet de mieux cerner comment le plan a été reçu ou appréhendé par les opérateurs, premiers destinataires du plan. Ce qui nous intéresse tout particulièrement dans le cadre de cette évaluation c'est donc l'impact du plan sur les dispositifs sectoriels de promotion de la santé, ainsi que l'appropriation, par les acteurs, des différents types d'effets qui en découlent.

Afin de clarifier la position de l'Administration, il nous apparaît important d'insister sur trois éléments propres à cette évaluation :

1.1.1. *Dimension évaluative*

Dans le cadre de cette démarche, nous souhaitons nous distancier de toute démarche de contrôle. Si le contrôle vise à maîtriser le fonctionnement d'institutions, la préoccupation première de l'évaluation d'une politique publique n'est pas d'évaluer les acteurs individuellement. Contrairement au contrôleur, l'évaluateur doit se saisir de la dimension plus politique de l'opportunité de la mesure. L'évaluation est plus ouverte sur la capacité de transformation, d'adaptation. Elle doit être vue par les acteurs concernés comme un atout et non une menace. Les informations obtenues devant également leur servir pour adapter leurs actions.

1.1.2. *Dimension opérationnelle*

Cette évaluation n'est pas seulement un mode de connaissance. Elle comporte une forte dimension opérationnelle qui suppose une orientation du processus global vers la prise de décision. Si la démarche doit tendre à l'objectivité, ses résultats ne sont jamais neutres (jugements évaluatifs). Chaque étape du processus implique des choix qui pourront orienter le résultat final : le choix des politiques à évaluer, le choix des données à utiliser, le choix des résultats à mettre en valeur, ...

(67) Lascoumes et Le Galès, *Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences Po, Paris, 2004, p. 357

(68) *Opcit.*, p. 13.

1.1.3. *Dimension collaborative*

Dans la limite du temps imparti à l'exercice, nous avons également veillé à associer le plus grand nombre de parties prenantes. À partir de questionnaires et de focus groupes, différentes questions ont été investiguées afin d'évaluer le plan 2018/2022 et ce dans le but de guider et de nourrir le plan 2023/2028. Le fait de rassembler les parties prenantes dans le cadre d'une évaluation commune s'inscrit dans une dynamique collaborative propice à la mise en œuvre du prochain plan.

1.2. *Méthodologie d'évaluation*

La démarche d'évaluation que nous avons mise en œuvre nécessite également de procéder avec méthode. Notre vision de cette évaluation repose sur une méthodologie intégrant différentes techniques de collecte de données développées dans une vision participative. Les techniques de collecte des données ont été variées afin d'englober un maximum d'informations et de les recouper entre elles pour consolider l'analyse. Nous pouvons notamment citer :

1. La lecture des documents administratifs, des avis du Conseil Consultatif, des rapports d'activités et des rapports budgétaires des services. Cette lecture a donné une vision brute des actions menées, et a mis en évidence le contexte institutionnel dans lequel elles étaient mises en œuvre ainsi que les différents acteurs qui interviennent dans les partenariats. Elle a permis d'identifier pour chaque dimension les tendances, les récurrences, les exceptions, etc. De là, nous avons pu produire les hypothèses qui ont alimenté la rédaction des questions de l'enquête en ligne.
2. L'envoi d'un questionnaire en ligne à l'ensemble des opérateurs du secteur. Les questions, essentiellement qualitatives, avaient pour vocation d'approfondir l'analyse des rapports d'activité. Nous avons demandé aux participants de se positionner par rapport aux éléments et aux indicateurs identifiés, tout en laissant la possibilité d'ouvrir la discussion à de nouvelles dimensions importantes. Vous trouverez le questionnaire complet en annexe 4. Au total, **33 personnes ont complété le questionnaire** dans son ensemble et ont donc été prises en compte pour l'analyse. Les réponses étaient très développées et argumentées, ce qui atteste d'un intérêt réel des participants à ce processus d'évaluation.
3. Suite à l'analyse des questionnaires, deux rencontres ont été organisées au sein de l'Administration en novembre 2021. Ces rencontres avaient pour objectif d'inviter les participants à se repositionner par rapport aux éléments produits lors du questionnaire afin d'approfondir certains points. Toutes les structures ayant répondu aux questionnaires ont été conviées. Vu les délais très courts d'organisation et les difficultés inhérentes à la situation sanitaire, plusieurs structures ont décliné l'invitation. Au total, 12 structures étaient représentées lors de ces deux rencontres.

1.3. *Le décret comme instrument du plan*

Si la mission conférée par le législateur à l'Administration se centre principalement sur l'évaluation de l'instrument « plan », il nous semble important de prendre brièvement en compte un autre instrument législatif qui impacte et oriente directement le travail de l'Administration : le décret de promotion de la santé. Celui-ci définit les objectifs et les modalités d'actions assignés à l'Administration notamment en termes d'évaluation. Nous souhaitons attirer particulièrement l'attention du lecteur sur trois points ayant engendré certaines difficultés à l'Administration lors de l'exécution et de l'évaluation de ce premier plan.

1.3.1. Le cycle du plan

Voici un tableau reprenant le cycle global de ce premier plan.

2018		
Année 1 désignation	janv-18	Passage en Collège et désignation
	févr-18	Paiement
2019		
Année 2 désignation	mars-19	Réception des RA 2018
		Réception des preuves de respect des conditions de désignation des centres de référence en médecine préventive
2020		
Année 3 désignation	mars-20	Réception des RA 2019
		Réception des preuves de respect des condition de désignation des centres de référenceen médecine préventive
	avr-20	Entretien évaluation "expertise" acteurs et réseaux
	juin-20	Evaluation "expertise" en Collège"
	juil-20	Notification des reconductions et non reconduction
	juillet/août 2020	Elaboration rapport évaluation <i>intermédiaire à mi-parcours</i> de la mise en œuvre pour réorientation éventuelle des conventions et appels à projets
2021		
Année 4 de désignation	mars-21	Réception RA 2020
		Réception des preuves de respect des condition de désignation des centres de référenceen médecine préventive
	juin-21	Elaboration rapport final
2022		
Année 5 de désignation	janv-22	Rapport d'évaluation finale du Plan
	mars-22	Réception RA 2021
		Réception des preuves de respect des condition de désignation des centres de référenceen médecine préventive
	avril - mai 22	Evaluation finale des piliers (expertise et adéquation aux mission)
		Adpotion et Publication du Plan et des appels à candidature et à projets
	juin-22	Réception des demandes de désignation en tant que centre de référence en médecine préventive
	juin-22	
2023		
Année 1 de désignation	janv-23	Passage en Collège et désignation
		Réception RA 2022
	mars-23	Réception des preuves de respect des condition de désignation des centres de référenceen médecine préventive

À la lecture du tableau ci-dessus, on constate plusieurs difficultés liées à la temporalité du plan :

- La première concerne l'évaluation finale. Afin de respecter les prescrits du décret, l'évaluation finale du plan doit être finalisée en janvier 2022. Elle ne peut donc, *de facto*, pas prendre en compte les rapports d'activités de l'année 2021 et de l'année 2022. Corollairement, cela pose la question du sens à conférer à ces rapports.
- Le deuxième point concerne l'évaluation des piliers. D'une part, cette évaluation ayant lieu après la rédaction du nouveau plan, elle ne peut être prise en compte lors de la rédaction de celui-ci. D'autre part, la reconduction automatique des piliers en cas d'évaluation positive pourrait, en théorie, engendrer une situation problématique. Un pilier thématique pourrait être évalué positivement pour les actions menées durant le premier plan et donc automatiquement reconduit comme le stipule le décret alors que la thématique dont il a l'expertise n'est plus mise en avant dans le nouveau plan.
- Enfin, comme le stipule le Conseil Consultatif dans un avis rendu, le temps prévu dans le cycle du plan pour l'évaluation (4 mois) semble trop court. Il appartiendra à l'Instance de pilotage de se saisir de cette question lors de la rédaction du nouveau plan afin de baliser davantage l'évaluation et ses attendus.

« Concernant l'évaluation, la question du temps et des moyens dont disposent les opérateurs mais aussi l'administration a été soulevée par le Conseil consultatif. Le plan d'évaluation présenté mériterait d'être priorisé ou davantage échelonné. On pourrait sélectionner un aspect spécifique à développer dans un premier temps. Il s'agit d'une alternative entre ratisser très large avec une analyse minimale ou de sélectionner quelques items que l'on

décide d'approfondir. Les modalités d'observation de ces items dans le plan (et a fortiori dans les projets/programmes) pourraient être construites de manière concertée et faire l'objet d'un outil. »

De manière générale, les **temporalités de l'ensemble du dispositif méritent une réflexion approfondie. Elles doivent gagner en clarté.** La réflexion devrait permettre de dégager une ligne du temps précisant les échéances et d'éviter les embouteillages en fin ou en début de parcours : évaluation des acteurs, évaluation de la politique et du plan, réalisation du plan, rédaction des programmes, évaluation des programmes rentrés.

1.3.2. L'instance de pilotage

Le décret prévoit qu'une Instance de Pilotage (organe composé de représentants du Collège, de l'Administration et d'invités associatifs et institutionnels) soit constituée au sein du dispositif de promotion de la santé.

Ses objectifs sont définis comme suit dans le décret :

- proposer au Collège des orientations actualisées;
- analyser et approuver le plan de promotion de la santé à soumettre au Collège;
- assurer le suivi concernant l'exécution du plan et son évaluation;
- déterminer les indicateurs servant de base au recueil de données;
- analyser et approuver le rapport d'évaluation préparé par l'administration, qui comprend l'évaluation après cinq ans du fonctionnement du dispositif dans son ensemble et formuler des recommandations. (Article 4)

Dans le cadre de l'évaluation, cela induit que l'Administration est à la fois chargée de produire et de valider le rapport d'évaluation finale. Il nous semblerait judicieux, à ce titre, d'**élargir le comité de pilotage afin de limiter les conflits d'intérêts** et le caractère endogène du processus. Ce point a également été soulevé par le Conseil Consultatif.

« La section recommande que l'**évaluation de la politique** soit menée par une instance externe au secteur, à l'administration et au politique, mais en concertation avec ces derniers (confer supra). Cette mission devrait être confiée à des structures non-marchandes. En lien avec les remarques liées au rôle de l'administration, le dispositif gagnerait à distinguer la fonction d'**évaluation-contrôle** des acteurs, réseaux et piliers (mise en œuvre relative aux prescrits des conventions) de celle d'**évaluation-formative** (réflexion sur les effets, les processus mis en œuvre voire les impacts au niveau d'une politique publique). »

Cette instance de pilotage est, du point de vue des opérateurs, « trop peu définie » et son fonctionnement gagnerait également à être « plus transparent ». Deux propositions sont faites à ce sujet :

- Élargir sa composition minimale en y incluant par exemple un représentant de l'Observatoire, un représentant de la Fédération bruxelloise de promotion de la santé, un représentant des services piliers voire un représentant d'organismes représentant les usagers/patients/citoyens.
- Penser à faire figurer un mécanisme de communication publique des travaux de l'instance (par exemple, en prévoyant la publication d'un rapport par an).

1.3.3. Le rôle de l'Observatoire

L'Observatoire a fourni un travail important lors de la conception et de l'évaluation du plan. Or ce travail fait suite à une demande relativement peu formalisée de la part du cabinet et de l'Administration. Il nous semble important, lors du prochain plan, de formaliser davantage ce travail à travers la **rédaction d'une convention de collaboration** définissant clairement les attendus respectifs et leurs limites.

2. Vision globale du plan par les opérateurs

2.1. Le plan comme levier de la politique de promotion de la santé

2.1.1. Un cadre commun

Pour les opérateurs, l'apport le plus important de ce plan est le cadre qu'il confère au secteur ainsi que le sentiment d'appartenance et d'identité commune qui en découle. De manière générale, le plan a donné un **cadre de référence** par rapport aux missions des opérateurs et a servi de levier.

« Le plan a été en cadre de référence lors des négociations, prises de décisions et contextualisation de nos actions. Sans le plan nous aurions eu plus difficile dans la mise en place des certaines de nos actions. »

« Le fait d'avoir le plan sous les yeux et de prendre connaissance de la vision de la Cocof en promotion de la santé a permis de s'inscrire clairement dans une vision partagée »

« On sent qu'on fait partie d'un ensemble d'acteurs qui « œuvrent » tous et toutes dans la même direction, la promotion de la santé [...] Le fait d'avoir un plan commun, partagé par les différents acteurs en promotion de la santé, permet de parler le même langage et de partir d'un minimum commun. Ce contexte est en effet propice à la collaboration entre intervenants en promotion de la santé »

Outre le cadre, certains répondants considèrent le plan comme le garant des valeurs qui doivent sous-tendre le secteur. À ce titre certains souhaiteraient que les **principes clés de la promotion de la santé** soient davantage utilisés comme éléments structurants du plan. Ils regrettent un focus trop important du plan sur la prévention des maladies au détriment de la promotion de la santé au sens large.

« La définition de l'objectif bien-être reste encore très fortement centrée sur la prévention des maladies et des traumatismes. La Section privilégie une formulation axée sur la qualité de vie et les préoccupations des citoyens bruxellois en ce qui concerne leur santé et ses déterminants. »

Notons qu'à la lecture des questionnaires, on constate un positionnement différent entre les piliers et les acteurs lorsqu'on mesure l'impact du plan sur la nature de leurs pratiques. Les piliers mettent moins en avant la dynamique d'innovation initiée par le plan. Globalement, ils signalent moins de changement dans leur pratique suite à l'adoption du plan. Nous pouvons faire l'hypothèse que l'implication plus importante des piliers dans la conception du plan et le souhait du législateur de prendre appui sur l'existant expliquent en partie ce constat.

2.1.2. Un cadre sécurisant et ouvert

Pour de nombreux acteurs ou initiatives, le plan rassure sur le fait qu'ils choisissent leurs priorités en adéquation avec les attentes du pouvoir subsidiant tout en leur garantissant une marge de manœuvre tant sur les domaines à investiguer que sur les méthodologies à déployer. La mise en œuvre du plan a professionnalisé leurs pratiques et a permis qu'elles se développent. Très concrètement, le soutien financier reçu par la Cocof, leur a permis de développer leurs activités, de réfléchir à leur impact, de les évaluer et de s'ajuster de façon continue aux situations.

« D'abord, très stimulant de répondre à un appel à moyen terme. 3 ans, c'était déjà plus confortable. Nous sommes en effet épuisés par l'insécurité financière liée aux projets en initiative qui amène à rédiger des contrats en CDD et qui nous empêche de sécuriser les travailleurs. »

« Bien sûr. Déjà le fait de pouvoir être financées de manière pluriannuelle est important et confortable, surtout dans le cadre d'un travail communautaire qui s'envisage généralement sur des temps moyens et longs. »

Plusieurs structures, généralement plus petites ou moins structurellement financées, se sentent plus éloignées du secteur et parfois moins soutenues. Ce sentiment est d'autant plus marqué que la structure a intégré le plan au cours de celui-ci. Ainsi, leurs marges de manœuvre pour l'implémentation des dynamiques de promotion de la santé ont été impactées par le manque de temps, de moyens ou même de connaissances de certains concepts de promotion de la santé.

« Nous sommes une jeune asbl. Nous n'avons pas participé à la conception du plan ni connu ses versions antérieures. En revanche, nos pratiques sont en accord avec les lignes directrices de celui-ci et s'inscrivent dans la vision de la promotion de la santé qu'il défend. Nous n'avons jamais eu l'occasion de rencontrer l'administration malgré notre demande. Une rencontre annuelle ou des comités de suivi permettraient de mieux appréhender le plan dans son ensemble et de réfléchir conjointement aux opportunités qu'il offre. »

« Nous trouvons que le financement par projet représente un frein à l'innovation et à la pérennisation dans le sens où une énergie considérable et un temps précieux sont consacrés à la rédaction et à la défense des projets. »

Concernant le financement, le conseil consultatif privilégierait une temporalité de 5 ans. Afin d'assurer des perspectives financières à plus long terme pour les acteurs et les réseaux, afin de mieux garantir des actions porteuses d'effets à long terme, afin de simplifier la structure et le pilotage du dispositif, la section recommande d'abandonner le mode de financement des acteurs et des réseaux en 3 années + 2.

2.1.3. Un cadre vecteur de collaborations

Le plan a induit plus de concertation entre opérateurs du secteur pour mener un travail sur les lignes de fond communes et transversales. Le plan a permis de formaliser davantage les collaborations et de mutualiser certaines réponses aux demandes entre services. Il a été le moteur de nouvelles collaborations en donnant accès à un réseau d'intervenants qui peuvent soutenir tant sur le plan de la planification d'un programme que sur le plan de l'évaluation. Il a permis de clarifier et visibiliser la place et le rôle des services support vis-à-vis des autres opérateurs.

« Le plan a permis une meilleure connaissance et compréhension des activités des autres acteurs de PS, des rôles et actions de chacun. »

« Le plan c'est l'opportunité d'une politique de PS construite sur la complémentarité des opérateurs. »

2.2. Le plan comme obstacle de la politique de promotion de la santé

2.2.1. Difficulté d'appropriation du plan et manque de lisibilité

Le plan stratégique apparaît comme un outil dont la structure est complexe et peu lisible de prime abord. Il nécessite un **long temps d'appropriation** surtout pour les opérateurs moins familiers avec les principes de la promotion de la santé. Il en découle, chez certains, une difficulté pour remplir les canevas d'introduction des demandes de subsides puisque cela implique un positionnement de leurs futures actions au sein des axes, objectifs et priorités du plan. De plus, la structure du plan (différenciation entre objectifs transversaux et thématiques) semble difficilement compréhensible pour les acteurs hors promotion et santé.

« Il m'a fallu plusieurs heures pour entrer dans le plan et comprendre sa structure. [...] finalement on oublie le plan et on se focalise sur le canevas de demande. »

« Par moment, le travail de « mise en mots » de ce que l'on fait a été chronophage. Étant une très petite équipe (un mi-temps et un tiers temps), il est parfois difficile d'être à la fois entièrement dans nos actions, qui nous demandent énormément de temps et d'énergie et dans la « justification » de nos actions. »

2.2.2. Augmentation de la charge de travail

L'augmentation de la charge de travail suite à l'introduction de plan est principalement mise en avant par les services piliers. Ils ont constaté, au cours de ces 3 dernières années, un accroissement sensible du nombre de demandes entraînant une multiplication du travail de concertation, de partenariats, rédaction des rapports, etc.

« L'augmentation des demandes de support suscité par le plan et la nécessité de participer aux réunions de concertation entre services piliers (en sus de la multiplication des arènes de consultation, de la FBPS, en passant par les GT du futur PSSi) ont rendu l'accomplissement d'autres missions plus compliqué (et le rythme de travail globalement anxiogène !). »

« Le fait d'avoir davantage de demandes de supports (soutien aux acteurs, renforcement des capacités, empowerment, appui et soutien méthodologique...) fait intégralement partie de notre vision de la promotion de la santé. Mais elles prennent le pas sur nos recherches et réflexions sur les déterminants des épidémies, sur la compréhension des évolutions récentes en termes de santé sexuelle; éléments qui font tout autant partie d'une approche de promotion de la santé. »

Suite à cette augmentation de la charge de travail, les opérateurs mettent en avant **l'inadéquation croissante entre les objectifs assignés et les moyens** qui leur sont alloués.

2.2.3. Difficultés d'articulation avec d'autres actions

Une autre difficulté mise en avant est le manque d'articulation entre ce plan et d'autres plan ou actions. Le plan donne une conception transversale de la promotion de la santé, mais, dans un même temps, **il soumet une partie de l'opérationnalisation de sa démarche à des démarches intersectorielles** (cohésion sociale, handicap, ambulatoire ...) ou à des accords de coopérations ministériels. Or le manque de cohérence entre les différentes approches et le manque de visibilité du plan hors du secteur de la promotion de la santé limitent ce travail intersectoriel et favorisent une tendance à une forme de fonctionnement du secteur en autarcie.

« On aimerait qu'il y ait plus d'incitation à la collaboration avec des partenaires hors du secteur de la PS (comme la 1^{re} ligne de soin), et qu'il manque parfois d'une certaine marge de manœuvre pour pouvoir tester des actions/projets novateurs/originaux et/ou des thématiques d'actualité sans devoir introduire une nouvelle demande. »

Plusieurs opérateurs souhaitent une plus grande **harmonisation entre le plan bruxellois et le plan wallon**. En effet, un nombre important d'acteurs de promotion de la santé exercent leurs activités à la fois en Région bruxelloise et en Région wallonne. Comme le souligne le Conseil Consultatif, ce manque d'articulation entre ces deux plans pose plusieurs difficultés aux opérateurs.

« La Section souhaite **qu'une attention soutenue soit portée à l'articulation entre les plans des deux Régions**. Pour ce faire, des moyens devraient être alloués à l'Administration pour participer à un travail de concertation. De même, le Comité de concertation interministériel devrait être activé dans ce sens. »

3. La structure du plan

La question de la structure du plan et plus précisément de la pertinence des objectifs et priorités du plan et de leur articulation avec la problématique de promotion de la santé a déjà été largement commentée par l'Observatoire dans le chapitre précédent. Nous nous limiterons donc, dans cette partie, à recenser, de manière synthétique, les différents manquements, questionnements ou propositions émises par les opérateurs interrogés.

Au niveau de la structure globale du plan, plusieurs opérateurs regrettent que le plan semble davantage structuré sur base des compétences promotion santé attribuées à la Cocof via la 6^e réforme de l'État, que sur les principes d'action de la promotion de santé. Par exemple, l'enfance, public souvent défini comme prioritaire par les opérateurs, n'est plus de la compétence de la promotion de la santé. De plus, à leurs yeux, le plan semble davantage mettre l'accent sur une approche segmentée de la santé que sur une approche globale de la santé.

« Il y a un dans le plan, un focus plus marqué sur la dimension physique de la santé que sur l'équilibre entre les dimensions physique, mentale et sociale de la santé, ainsi que des priorités plus centrées sur les problèmes, les risques et les milieux à risque que sur déterminants transversaux et facteurs de protection de ces problèmes et risques. »

3.1. Objectifs transversaux

Pour rappel, le plan reprend 3 objectifs transversaux :

- Améliorer la qualité des interventions en promotion de la santé
- Favoriser et promouvoir la santé dans toutes les politiques
- Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre

À la question, « *pensez-vous que ces objectifs sont rencontrés par les opérateurs et plus globalement par le plan ?* », ils ne semblent pas tous rencontrés de manières équivalentes. Pour les répondants, les objectifs d'« améliorer la qualité des interventions en PS » et de « lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre » sont davantage rencontrés que l'objectif de « favoriser et promouvoir la santé dans toutes les politiques ».

« Améliorer la qualité des interventions en promotion de la santé : oui tout à fait, les opérateurs tentent par tous les moyens d'améliorer la qualité de leurs interventions.

« Favoriser et promouvoir la santé dans toutes les politiques : probablement l'objectif le moins rencontré par les opérateurs, mais parce qu'ils n'en ont pas les moyens (ou que ces derniers sont insuffisants) et qu'ils se heurtent généralement à un éparpillement des compétences entre différents niveaux de pouvoir. L'impulsion doit venir du politique ! »

La formulation de ces objectifs pose question :

« Formulés comme ça, ces objectifs transversaux donnent à voir une intention, mais ne constituent pas des objectifs à atteindre pour autant. La qualité est par exemple difficile à définir et peut renvoyer à des critères très différents selon les personnes. Pourtant les acteurs ont souvent la volonté de bien faire et agiront pour mener des interventions de qualité, en leur sens et au regard du contexte d'action. Selon il serait plus accessible de parler d'« amélioration continue » plutôt que de « qualité » »

« Il n'y a pas d'opérationnalisation de l'objectif transversal II : La santé dans toutes les politiques. Il y a nécessité d'enrichir l'objectif (ou de le dédoubler) et d'ouvrir la question aux pratiques pour qu'il soit appropriable par les acteurs. Il y a donc besoin de promouvoir à la fois la santé dans toutes les politiques (et la responsabilité se trouve au niveau politique), mais aussi la santé dans toutes les pratiques (intersectorialité). »

L'objectif transversal « genre » est perçu comme souvent noyé dans les autres déterminants sociaux de santé. Il y a, pour les opérateurs, une nécessité de mieux comprendre ce que signifie la transversalité du genre et d'être davantage accompagné dans ce travail. L'absence de service support en matière de genre a également été relevée par plusieurs opérateurs comme un frein à la réalisation de cet objectif transversal.

« Les questions de genre concernent tout le monde et appellent à des remises en question professionnelles et personnelles, que les travailleurs et travailleuses ne sont pas toujours prêt-es à affronter. Cela peut donc susciter des résistances. »

« Cet objectif est insuffisamment rencontré, souvent par manque de connaissances ou de compréhension (cet objectif est souvent compris comme « politique pour les femmes »), par la difficulté de prise en compte réelle, d'implémentation dans les programmes, voire parfois par méfiance ou même posture « anti-genre » »

« Il faut garder cet objectif transversal, par contre il se doit d'être plus inclusif des autres identités de genre, très binaire pour l'instant (on parle souvent d'hommes/femmes). »

3.2. Objectifs thématiques et priorités

Pour rappel, le plan reprend 3 objectifs thématiques constitués de 10 priorités

- Maladies non-transmissibles
 - Promouvoir et soutenir les environnements comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation de tabac et d'alcool
 - Soutenir des démarches de promotion de la santé mentale
 - Poursuivre les programmes de dépistage organisés du cancer du sein et du cancer colorectal
- Infections et maladies transmissibles
 - Contribuer à la prévention des IST dont le VIH et le VHC
 - Contribuer à la prévention et au dépistage de la tuberculose

- Santé et bien-être des publics sur des territoires et dans des milieux de vie spécifiques
 - Favoriser et promouvoir la santé sexuelle
 - Prévenir l'usage de drogues licites et illicites et en réduire les risques
 - Favoriser et promouvoir la santé au sein des divers milieux de vie des jeunes
 - Favoriser et promouvoir la santé en milieu carcéral
 - Favoriser et contribuer à promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité

Les opérateurs semblent globalement critiques par rapport à la structuration de ces 3 objectifs thématiques et à leur plus-value dans le dispositif global. L'articulation entre les objectifs thématiques et les objectifs transversaux posent également questions. Certains répondants se demandent, par exemple, pourquoi la lutte contre les inégalités sociales de santé n'est pas un objectif transversal, à la différence de la lutte contre les inégalités liées au genre.

Pour plusieurs d'entre eux, il n'est **pas nécessaire de subdiviser la thématique des maladies transmissibles de celle des maladies non-transmissibles**. Cela va dans le sens de la conclusion de l'Observatoire dans sa partie consacrée à la cohérence des objectifs thématiques. *« Ainsi pour l'axe santé/prévention, l'objectif général se trouve décomposé en deux objectifs thématiques : Contribuer de manière ciblée à prévenir les maladies non transmissibles et les traumatismes; Contribuer de manière ciblée à prévenir les infections et maladies transmissibles. [...] Ce niveau de hiérarchie d'objectifs nous semble surtout relever de la structuration des idées et non d'un niveau de compréhension ou d'orientation politique plus spécifique. »*

A contrario, il serait intéressant pour certains de **séparer la thématique de l'alimentation de celle de l'activité physique**. Cela permettrait d'une part d'apporter une attention particulière aux thématiques telles que l'insécurité alimentaire, l'alimentation durable, l'activité physique, la sédentarité, le sommeil,... et d'autre part de limiter le déséquilibre entre alimentation et activité physique actuellement perçu au sein des projets qui annoncent aborder les deux.

Le caractère trop figé du plan est également pointé du doigt. Le plan devrait potentiellement être plus ouvert à d'autres problématiques de santé émergentes afin de favoriser les innovations.

« Les objectifs transversaux figent le cadre de l'intervention, en laissant peu de place à l'arrivée de nouveaux opérateurs et de nouvelles priorités d'actions en fonction de la conjoncture et des besoins qui émergent dans la population. »

Concernant les **publics prioritaires**, plusieurs cibles semblent être oubliées. Parmi ceux cités par les répondants, nous trouvons notamment : les adolescent·e·s, familles monoparentales, les groupes d'origine étrangère, les migrants, les personnes vivant en rue, les jeunes et moins jeunes en rupture sociale, personnes en perte d'autonomie, les personnes vivant avec une maladie chronique et en situation d'handicap, les personnes âgées, la petite enfance et leurs parents, ...

Enfin, les répondants relèvent le manque de place donnée aux approches territoriales et par milieu de vie au profit d'approches par problématiques de santé. Dès lors, ils proposent que les notions de **« milieu de vie »** et de **« territoire »** soient développées dans des objectifs distincts afin de leur conférer une plus grande visibilité. S'agissant des milieux de vie, sans tenir compte de la répartition des compétences entre les entités belges, ils ajouteraient notamment, des priorités telles que le milieu sportif et de loisirs, le milieu scolaire, le milieu des établissements de soins, le milieu familial, milieu du quartier, le milieu festif, le milieu carcéral, ...

« L'investissement des territoires, des quartiers via le soutien aux associations/organismes de proximité dans leur démarche de promotion de la santé et la mise en œuvre de contrats locaux de santé. Des professionnel·les formé·es à la promotion de la santé devront y jouer un rôle central. Ces lieux doivent pouvoir fertiliser et opérationnaliser des projets collectifs en santé, permettre un meilleur accès aux informations et aux services, constituer un point d'appui pour faire remonter les besoins du terrain et pour valider les outils qui à terme s'y déploieront, permettre le développement de démarches éducatives renforçant la littératie en santé et le pouvoir de dire et d'agir des habitant·es, les soutenir dans leurs initiatives. »

Pour conclure, voici quelques propositions concrètes émises par les opérateurs en vue de modifier ou d'ajuster ces objectifs thématiques :

- « *Il nous semble utile d'y ajouter des thématiques santé-environnement (développement durable). La santé environnementale nous semble une priorité de plus en plus d'actualité qui n'est pas encore abordée.* »
- « *L'association de la santé communautaire avec la question des publics précaires n'est pas pertinente. Par ailleurs, la place de celle-ci est somme toute peu centrale dans le dispositif.* »
- « *Dans l'objectif 3 : Favoriser la santé (et donc le bien-être) des publics sur des territoires et dans des milieux de vie : y inclure la notion de communauté.* »
- « *Soutenir les démarches communautaires et la participation des citoyen.nes et personnes concernées par les problématiques de santé qui les concernent.* »
- « *Déplacer la promotion de la santé mentale (située dans objectif 1, maladies non-transmissibles) dans l'objectif 3 (santé et bien-être des publics sur les territoires), car la promotion de la santé n'envisage pas la santé mentale sous le versant « maladie », mais davantage comme santé et bien-être.* »
- « *Soutenir les actions mobilisant les données de recherche ou étayées par des recommandations (evidence-based approach) ?* »
- « *Modifier le libellé « tabac » par « produits du tabac ou associés au tabac » afin d'y intégrer tous les (nouveaux) modes de consommation : chicha, e-cigarette, pouches de nicotine, joint, CBD, alcool, médicaments, etc.* »
- « *Modifier le libellé « Prévenir l'usage de drogues licites (notamment l'alcool) et illicites et en réduire les risques » par « Déconstruire et prévenir les usages (avec ou sans produits) dans une perspective de réduction des risques » quel que soit le milieu de vie.* »
- « *Maintenir les efforts de prévention des IST dont le VIH et le VHC, pour la population générale et plus spécifiquement pour les jeunes adultes belges et européens, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, les HSH, les publics à risques (usagers de drogues et travailleurs du sexe.* »
- « *Donner une place plus importante dans le plan aux maladies chroniques et plus spécifiquement aux maladies neurodégénératives [...] dont les réponses ne peuvent pas être exclusivement médicales.* »

4. Les opérateurs

Pour rappel, si l'on se réfère au décret, les opérateurs du dispositif sont :

- L'Instance de pilotage (représentant du Gouvernement francophone bruxellois – administration – invité associatif et/ou institutionnel).
- La section promotion de la santé du Conseil Consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la santé.
- Le service d'accompagnement et les services de supports sont désignés pour 5 ans sur la base d'**appels à candidatures**. Leur **mission** première est d'apporter leurs expertises aux acteurs de terrain. Ils sont évalués tous les 5 ans, sur leurs expertises et leur adéquation aux missions définies par le décret (voir *infra*). En cas d'évaluation positive, la désignation est reconduite pour 5 ans sans nouvel appel public à candidature.
- Les **acteurs** désignés et subventionnés en promotion de la santé. Les acteurs sont désignés pour 3 ans sur la base d'**appels à projets**. En cas d'évaluation positive, la désignation est reconduite pour 2 ans maximum sans nouvel appel public à projets.
- Les centres de références désignés, mettant en œuvre des programmes de médecine préventive ⁽⁶⁹⁾.

(69) Le décret de Promotion de la santé ne prévoit pas d'évaluation des Réseaux ni des programmes de médecine préventive.

- Les réseaux désignés et subventionnés, sur la base d'**appels à réseaux**;
- Les relais (personnes, associations, services, ...) non subventionnés dans le cadre du décret;
- Et un élément qui n'est pas spécifié dans le décret, mais qui s'impose de lui-même : les usagers et leurs représentants.

Plusieurs éléments concernant tant la définition des fonctions des différents opérateurs que leur financement ont été soulevés par les intervenants.

4.1. Les services supports

La **diversité des services support** (certains sont transversaux et d'autres thématiques) apparaît à la fois comme une force, mais aussi un frein à la concertation des piliers. Ainsi, pour différents aspects, notamment la **concertation transversale**, un certain flou persiste.

« La concertation des piliers a eu lieu; néanmoins, ses finalités ne sont toujours pas claires. »

« Le plan a contribué aux collaborations entre les services piliers, même si le cadre de travail n'était pas assez clair. »

La question de la priorisation des bénéficiaires des services support a également été posée. Face à un nombre de demandes supérieur à leur capacité d'action, les services support doivent prioriser leurs actions et donc leurs bénéficiaires. Or le plan ne définissant que très partiellement les différents bénéficiaires des services support, cette priorisation est problématique. Faut-il privilégier le support d'opérateurs du plan ou, dans une volonté d'intersectorialité, ouvrir ce support à d'autres secteurs du Social et de la santé ?

« Il y a peu, voire pas de définition à la fonction support dans le plan. Nous avons créé sur notre propre mode la fonction et nous nous sommes retrouvés face à une masse de travail que nous n'avons pas mesurée. Il n'y a pas d'adéquation entre les besoins et les moyens réels. »

Or ce travail de soutien a été souligné par les acteurs pour qui les différentes rencontres et groupes de travail (évaluation réaliste, démarches communautaires, ...), mais aussi les moments de soutien individuel ont été une réelle plus-value.

Néanmoins, plusieurs acteurs rencontrés mentionnent un **manque de définition et de connaissance du rôle et des missions des services support**. Ils ne savent pas exactement ce qu'ils peuvent attendre d'eux.

« Parfois on a l'impression que c'est nous qui devons leur apporter de la matière et pas eux qui nous supportent. On ne sait pas dans quelle mesure ils doivent répondre à nos sollicitations et dans quel cadre ils travaillent. »

Enfin, deux nouveaux services support semblent être préconisés par les opérateurs. L'absence de service support dans le plan pour ce qui concerne d'une part la question du genre et d'autre part la santé communautaire a souvent été soulevée. Ainsi, selon les répondants, il serait opportun de créer :

- Un **service support en matière de démarches communautaires** permettant une meilleure coordination des organismes développant des démarches communautaires, un partage des outils et de pratiques.
- Un **service support « genre »** afin de poursuivre la réalisation de l'objectif transversal 3, « genre et promotion de la santé ». Dans le cadre du premier appel, un réseau « genre » a été financé, mais il apparaît cohérent, au vu des missions réalisées, de lui accorder le statut de support.

4.2. Les acteurs

Deux points ont été abordés concernant plus précisément les acteurs : le **renforcement des actions de première ligne** et leur **mécanisme de financement**.

Plusieurs répondants estiment qu'il est important de renforcer la première ligne en consolidant les équipes et associations pouvant constituer des relais communautaires de promotion de la santé et initier des projets dans ce domaine.

« Nous nous rendons compte qu'il serait nécessaire de revaloriser les actions de première ligne (ateliers de santé des femmes ainsi que soutien de groupes en santé communautaire). En effet, ces allers-retours entre le public, les professionnel·les et les politiques nous semblent une nécessité pour garantir un accompagnement des professionnel·les, ainsi qu'un plaidoyer ancré dans les réalités. Nous recevons régulièrement des demandes pour intervenir en première ligne, auprès de groupes de femmes, de manière ponctuelle ou régulière ... Demandes auxquelles nous ne pouvons pas répondre. »

Parallèlement, ils ne souhaitent pas être cantonnés dans des missions de première ligne. Selon eux, les acteurs mènent et peuvent mener à la fois des actions directement auprès du public final, mais aussi développer des approches de soutien auprès d'autres professionnels ou secteurs. Ce qui, de facto, pose la question de la **spécificité des services support** puisque les acteurs estiment également réaliser des actions de support. Le titre de « service support » est alors perçu, aux yeux de certains, davantage comme « un fait du prince » que comme le gage d'une réelle spécificité.

Concernant le mécanisme de financement et de reconnaissance des acteurs et des réseaux, la section du Conseil Consultatif plaide pour « *un mécanisme de **reconnaitances renouvelables** en fonction d'une évaluation portant sur l'adéquation des missions avec les besoins identifiés dans le plan. Les appels à projets pourraient être utilisés en faveur de dynamique d'impulsion notamment pour faire entrer de nouveaux acteurs dans le circuit.* »

Ce mécanisme pose néanmoins deux questions fondamentales. Premièrement, comment les acteurs et les réseaux peuvent-ils entrer dans le plan si ce n'est via un appel à projets ? Deuxièmement, comment inclure dans les programmes et les projets une attention pour les axes déterminés par le nouveau plan ? C'est précisément la difficulté que nous risquons de rencontrer avec le mécanisme de reconduction des piliers actuellement prévu dans le décret.

4.3. Les initiatives

À la lecture du décret et du plan, on constate le **peu de place accordée aux initiatives**. Il semble indispensable de clarifier leur place au sein du décret. Dans la pratique, un flou existe entre les initiatives santé (hors décret) et les subventions annuelles prévues à l'Article 11, § 4. Cet article ne prévoit pas de cadre explicite puisqu'il mentionne simplement que le collège peut accorder en fonction de l'agenda défini dans le plan de promotion de la santé des subventions annuelles.

Face à ce **cadre peu explicite**, les structures hors promotion santé qui ont demandé un financement en tant qu'initiatives se sentent parfois « en dehors du plan ». Elles ont une connaissance très parcellaire du plan et des rôles des différents opérateurs. Elles souhaiteraient un accompagnement plus important de la part de l'Administration et des services support. Cet accompagnement leur permettrait notamment de s'inscrire pleinement dans les principes de la promotion de la santé.

4.4. La fédération

La reconnaissance et le financement structurel d'une fédération ont été plébiscités par de nombreux opérateurs lors des rencontres organisées dans le cadre de cette évaluation finale. Le travail de fédération des acteurs de promotion de la santé, de représentation, de concertation et de négociation notamment avec les autres secteurs et les décideurs politiques nécessite une reconnaissance ainsi qu'une légitimité qui lui permettent de négocier avec et pour ses membres. Or, le financement en initiative ne permet pas d'inscrire la place de la Fédération dans le dispositif global ni de s'inscrire dans une démarche pérenne.

Ce point de vue est également soutenu par le Conseil Consultatif pour qui la mise en place et l'animation d'une plateforme des acteurs reconnus dans le cadre de la promotion de la santé doit être endossées par la Fédération bruxelloise de promotion de la santé et non pas par le service d'accompagnement. Pour ce faire, la section juge

« indispensable de donner une place et un financement structurel à la Fédération bruxelloise de promotion de la santé qui rassemble les acteurs de promotion de la santé bruxellois. Elle est aujourd'hui financée en tant qu'initiative annuelle. Il est donc proposé d'ajouter un titre « *Fédération de promotion de la santé* » après le titre 6 et de faire figurer la fédération dans les définitions de l'article 2. Ses missions y seraient définies et relatives à la représentation unitaire du secteur (interlocuteur pour les administrations et le politique notamment), au soutien à celui-ci notamment dans ses activités de plaidoyer pour la promotion de la santé et la santé dans toutes les politiques, à la participation à des instances nationales (comme l'instance de pilotage) et internationales. Les missions pourront être formulées sur base de la note de positionnement émise par la FBPsanté en novembre 2019. »

5. Intersectorialité

L'intersectorialité est définie par les chercheurs, comme un processus, mobilisé par des secteurs d'activités différents et défini par des expertises et/ou des savoirs et par des cadres institutionnels. L'objectif poursuivi est de mobiliser les ressources des participants et de leur permettre de se concerter afin d'élaborer des analyses, des objectifs et des stratégies communes pour résoudre une/des problématique(s) complexe(s) ⁽⁷⁰⁾.

Cette intersectorialité est un élément central du plan et trouve tout son sens dans une politique de promotion de la santé telle que définie par le décret. La collaboration entre acteurs issus de secteurs différents apparaît indispensable à la réalisation des objectifs du plan et plus particulièrement l'objectif transversal « Favoriser et promouvoir la santé dans toutes les politiques » puisqu'il s'agit d'une part de soutenir l'intégration d'une dimension santé dans toutes les politiques et d'autre part de favoriser la concertation de toutes les politiques ayant la santé dans leurs compétences.

Or, comme nous l'avons vu, cet objectif est perçu, par les opérateurs, comme peu atteint. Les raisons évoquées sont multiples et relativement classiques (son aspect chronophage, les freins institutionnels, la mise en commun d'identités professionnelles différentes, ...)

5.1. Des identités professionnelles plurielles

Les difficultés qui peuvent être rencontrées dans l'application de cette intersectorialité sont en partie d'ordre valoriel et méthodologique. Sur un plan méthodologique, on constate dans les récits des dissensions entre des **approches descendantes** définies par des experts, et des **logiques ascendantes**, définies avec les bénéficiaires. Ce fut notamment le cas dans le cadre des dispositifs mis en place pour lutter contre la pandémie Covid. Il est donc nécessaire de faire comprendre la teneur de la promotion de la santé aux autres secteurs pour qu'elle ne soit pas réduite à une dimension « santé publique » ou à une approche épidémiologique.

Si le développement de liens structurels entre la promotion de la santé et certains secteurs (ambulatoire, cohésion sociale, environnement, logement ...) permettrait de renforcer au sein de ceux-ci les approches de promotion de la santé et l'appropriation de ses outils et méthodologies, plusieurs répondants notent néanmoins un risque de dilution de la promotion de la santé dans les autres politiques.

« Il y a un risque face à cette intersectorialité et la diffusion de nos pratiques : voir disparaître la spécificité de la promotion de la santé ! Si tout le monde peut postuler à des appels à projets en promotion de la santé, mais qu'on n'a pas les garanties qu'ils en respecteront les principes fondamentaux, la promotion de la santé va se diluer petit à petit dans les autres politiques au risque de disparaître. »

Pour soutenir cette intersectorialité, la présence d'une fédération semble être un atout. Elle permet de rassembler les visions et parler d'une seule et même voix auprès d'autres secteurs et plus spécifiquement des autres fédérations. Lors de ce premier plan, la Fédération a partiellement joué ce rôle d'interface auprès d'autres secteurs par le biais de diverses initiatives même si l'absence d'une définition décrétable de ses missions l'a sans doute déforcée face à ses interlocuteurs.

(70) Intersectorialité – L'intersectorialité on n'est pas tombé dedans quand on était petit – Centre Bruxellois de Promotion de la Santé, p. 7

Il y a donc lieu de repenser le cadre de financement pour rendre effectif des rapprochements entre la promotion de la santé et d'autres secteurs. **La diffusion des appels à projets de promotion de la santé vers d'autres secteurs** (ambulatoire, cohésion sociale ...) devrait être améliorée afin de stimuler les démarches et les partenariats avec la promotion de la santé et soutenir concrètement les opérateurs de ces autres secteurs dans la conception et la mise en œuvre de ces projets de promotion de la santé. Néanmoins, si on vise une **réelle intersectorialité elle ne peut être portée (méthodologiquement et financièrement) par un seul partenaire**. Il est donc nécessaire que les autres secteurs (par exemple : cohésion sociale, ambulatoire) ouvrent leurs appels à projets à la promotion de la santé quand ceux-ci entrent en cohérence avec leurs pratiques.

5.2. Le découpage institutionnel

Le manque de lien entre les programmes des différents secteurs et les différentes autorités publiques et le « saucissonnage » des compétences ont également été identifiés comme des freins majeurs au déploiement de cette intersectorialité.

« Dans la mesure où l'efficacité de la démarche de promotion santé repose sur la mise en place d'actions qui couvrent tous les âges de la vie, la disparition du public de l'enfance du champ de la promotion santé bruxellois [...] est assez incohérente pour une démarche qui travaille sur les déterminants de la santé. »

« On le voit également en matière de vaccination, le suivi des maladies infectieuses et la vaccination sont une matière Cocom : le site vaccination.info a cependant été cofinancé par la Cocof parce que la sensibilisation sur la vaccination a été considérée comme une matière Cocof. »

Ainsi, lorsque l'intersectorialité a pu se développer, cela s'est fait principalement dans des **démarches informelles**, interpersonnelles et spontanées. **Si le plan a permis de la soutenir dans les pratiques, il n'a pas stimulé son déploiement au niveau des politiques sectorielles.**

Les stratégies et moyens de mise en œuvre initialement prévus dans le plan ont largement été sous exploités. Pour rappel, voici ce que le plan prévoyait :

1. Engager des accords de coopérations, synergies ... avec les ministres compétents dans les matières internes à la Cocof, dans les matières relevant des entités fédérées et particulièrement au niveau de la Région.
2. Intégrer différents réseaux et concertations au niveau des inter-cabinets régionaux, communautaires et fédéraux, pour favoriser l'articulation des décisions – sociales – économiques – culturelles – qui impactent la santé, avec notamment l'ONE, la Commission Communautaire Commune, la Région de Bruxelles Capitale, la VGC et la FWB.
3. Collaborer activement au projet « Bruxelles-Ville santé » de l'OMS, via un partenariat entre la Cocof santé et l'Observatoire de la santé et du Social de la Cocom,
4. Œuvrer au développement de volets « promotion de la santé » dans les différentes politiques à destination des bruxellois, comme les contrats de quartiers durables, par exemple;
5. Soutenir activement le développement d'un intercabinet « santé » en Région de Bruxelles-Capitale dans le but de partager des visions communes en termes d'objectifs santé et de moyens de les atteindre. Veiller à son articulation avec les Conférences Interministérielles au niveau Fédéral et les autres intercabinets au niveau région/communautés;

Afin d'améliorer sa mise en œuvre, plusieurs propositions concrètes ont été émises par les répondants ou le Conseil Consultatif :

- « Définir l'intersectorialité comme objectif transversal du plan. »
- « Une cohérence et complémentarité est nécessaire pour les acteurs de promotion de la santé travaillant dans les écoles. Cette articulation est nécessaire à deux niveaux : au niveau politique et administratif et au niveau des opérateurs. »

- « *Soutenir la participation des opérateurs de promotion de la santé et des publics destinataires à la conception des campagnes et des outils d'information venant des autorités ou d'acteurs d'autres secteurs.* »
- « *Encourager les démarches d'interconnaissance entre les secteurs Cocof-Cocom et promotion de la santé, en soutenant les Fédérations de secteurs à échanger et développer des stratégies communes.* »
- « *Inscrire un critère « promotion de la santé » dans l'ensemble des appels à projets de la Cocof voire de la Cocom de type « gender streaming » (par exemple : Est-ce que le projet ne renforce pas les inégalités sociales de santé ?).* »
- « *Inscrire un axe promotion de la santé dans les orientations spécifiques du décret de cohésion sociale.* »
- « *Inviter des représentant-es des opérateurs de promotion de la santé dans les organes d'avis d'Iriscare et de la Cocom et penser les articulations entre les différents conseils consultatifs Cocom et Cocof.* »
- « *Ouvrir une réflexion concertée avec l'ensemble des parties potentiellement concernées (ministres, administrations, secteurs) sur les compétences en matière de promotion de la santé et leur répartition/cohérence.* »

6. L'impact de la crise sanitaire sur le plan

Sans entrer dans les détails de l'impact de cette crise sur chaque opérateur individuellement, celle-ci a eu pour effet d'obliger les opérateurs à naviguer entre la nécessité de faire face à la pandémie en respectant le confinement imposé et la nécessité de ne pas dénaturer les pratiques et les logiques de travail. Cette période a été marquée par un **processus d'adaptation continue** qui a touché divers aspects de l'organisation du travail (équipement logistique, maladies, nature des demandes, activités menées, ...).

Les opérateurs ont dû mobiliser le travail d'une grande partie des équipes et adapter les agendas et priorités (certaines parties des programmes ont dû être postposées) afin d'assurer la qualité du travail face à la situation d'urgence des demandes. Ces différents éclatements ont eu pour effet, dans un premier temps, de réduire les actions à plus long terme pour se concentrer sur la gestion opérationnelle de la crise.

La crise sanitaire et les injonctions de distances requises ont imposé l'utilisation d'outils numériques et la diversification des modes de communication afin de maintenir à minima le contact. Ainsi l'impact sur les liens, le bien-être, la sédentarité a été extrêmement important.

« Nous pensons que nous avons soutenu de nombreuses personnes seules chez elles en perte de sens et de contact notamment avec l'équipe et l'institution dans laquelle celles-ci travaillent. Certaines réunions étaient vraiment revigorantes pour certain-es travailleurs/euses, un lien social dans un océan de solitude. »

6.1. Réaffirmer les logiques d'action en promotion de la santé

La crise sanitaire a amené les opérateurs à repenser leurs pratiques, parfois à en inventer de nouvelles, tout en défendant les logiques de la promotion de la santé. En effet, la gestion la crise sanitaire basée sur des logiques de santé publique perçues par les opérateurs comme trop monofactorielle, les a parfois mis en **porte à faux au regard de leurs logiques d'action**.

« La crise sanitaire nous a propulsés dans des sphères avec lesquelles nous n'avons pas de liens directs : les services santé et communication de la COCOM, la Task force fédérale santé ... Cela nous a fait vivre la complexité institutionnelle belge et bruxelloise. Cela amène également son lot de questions : place réelle de la promotion de la santé au niveau institutionnel bruxellois, démultiplication des outils par chaque entité (fédéral, Bruxelles, Wallonie) et démultiplication des efforts avec parfois tension et concurrence entre nos différents pouvoirs subsidiaires ..., ce qui n'a pas toujours été facile à concilier. »

Selon les répondants, la question du collectif doit également être posée et repensée. Il faut insister sur la place de la promotion de la santé lors de situations d'épidémie et privilégier une stratégie qui se base sur un universalisme proportionné et des démarches qui incluent les populations.

« Un des enseignements à tirer de cette crise nous semble être qu'une logique descendante et qui n'attire qu'aux attitudes et comportements individuels. Or, la promotion de la santé inscrit au cœur même de ses pratiques le collectif comme ressource fondamentale. Il faut affirmer la nécessité de promouvoir un travail de première ligne en promotion de la santé tel le travail des démarches communautaires en santé comme moyen de remailler des dispositifs citoyens mis à mal et d'agir sur les déterminants de la santé. »

À cet égard, la Section juge pertinent de s'inspirer des expériences et des démarches communautaires menées dans d'autres contextes épidémiques (par exemple : dans celui du VIH/Sida) dans lesquelles les personnes concernées – au sens large du terme – par la maladie jouent un rôle central et au sein desquelles un discours solidaire et constructif peut se faire entendre. Elle propose également de renforcer les actions soutenant méthodologiquement les acteurs de terrain (en ce compris des pairs-éducateur·rices issus·es des communautés) afin qu'ils puissent contribuer à la prévention et à la réduction des risques liés à l'épidémie.

6.2. Adapter le nouveau plan

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette crise pour la rédaction du futur plan.

Le premier est l'importance de trouver un juste **équilibre entre la formulation en amont des objectifs et moyens et la possibilité de mise en place de nouveaux projets** en fonction de besoins émergents en cours de plan.

« La crise sanitaire a influé sur plus de la ½ de la durée du plan. Ce qui a manqué, c'est l'adaptabilité du plan à cette crise. Comment le plan peut-il faire face à des choses qui ne sont pas intégrées au départ et soutenir le secteur dans ce sens ? Si l'on s'en était tenu strictement au plan, on ne travaillait pas sur la question Covid, et on était hors jeu. [...] C'est bien plus la crise sanitaire qui a impacté et modifié nos missions que le plan ! »

Le deuxième est la prise en compte des **nouvelles priorités et pratiques** identifiées par les opérateurs pour répondre aux besoins créés par la crise. Il semble évident qu'il faudra considérer les nouveaux enjeux de santé qui se sont profilés avec l'épidémie afin d'établir les priorités du futur plan. Plus précisément, les opérateurs nomment : la prévention des maladies transmissibles, la santé des aînés, la santé mentale, les risques psychosociaux, le report de soins, la communication sur l'incertitude et la complexité, la prise en considération différenciée des milieux de vie (quartier, école, maison de repos, travail, collectivité ...). La Section met également en évidence l'importance de visibiliser et de documenter les projets citoyens qui ont émergé pendant la crise sanitaire, pour pouvoir en tirer des enseignements et envisager leur transférabilité dans d'autres contextes.

Le troisième est l'**augmentation de la fracture numérique**. La pandémie a révélé de manière accrue toute l'ampleur de la fracture numérique avec un nombre étendu de publics. Énormément d'informations ou de démarches sont désormais en ligne et non plus au travers d'une relation directe. Cela pose un vrai problème d'égalité en termes d'accessibilités aux informations et aux services de santé.

II. CONSTATS DE LA CONCERTATION DES SERVICES PILIERS

1. Introduction et méthode

Dans le cadre de la démarche d'évaluation du Plan Stratégique de Promotion de la santé 2018-2022, la COCOP exprime le souhait, en mai 2021, que la Concertation des Services Piliers ⁽⁷¹⁾ contribue à la démarche en remettant, en regard de leur expérience, ses recommandations pour la construction du Plan Stratégique de Promotion de la Santé 2023-2027.

La Concertation s'est donc mise d'accord sur une méthode de travail en vue de faire émerger des constats sur lesquels reposeront ses recommandations. Ces dernières sont donc le fruit de la pratique de support aux opérateurs du Plan et aux professionnel·le·s et organisations relais des secteurs de la santé et du social.

(71) Elle regroupe les services désignés suivants : le Centre bruxellois de promotion de la santé (service d'accompagnement), Cultures&Santé, Eurotox, l'Observatoire du Sida et des sexualités-ULB, Question Santé, Repères, SIPES-ULB et l'UCLouvain RESO (tous services de support).

Concrètement, afin de faire ressortir la transversalité de cette pratique plutôt que la compilation de la pratique de chaque service support, la démarche choisie a été de combiner, de manière discursive, des temps de travail en service, en sous-groupe de travail rassemblant plusieurs services et lors de la Concertation de l'ensemble des Services Piliers.

Pour l'établissement des constats, le passage du spécifique à l'établissement de récurrences partagées s'est effectué en 4 étapes :

- 1) définition de modalités de travail en Concertation et propositions de questions à traiter pour faire émerger les constats relatifs au Plan,
- 2) collecte et analyse des informations par un service (grille de questions semi-directives (voir **Annexe 5**) et analyse des convergences et divergences entre les services,
- 3) soumission, discussions et approbation des résultats de l'analyse en Concertation,
- 4) formalisation des résultats des échanges de la Concertation par 3 services.

En ce qui concerne, les recommandations, la Concertation a décidé de partir d'une part, des constats communs établis dans la première étape et d'autre part, des réponses apportées par chaque service aux questions relatives aux objectifs transversaux, thématiques et prioritaires du questionnaire envoyé par la COCOF à l'ensemble des acteurs en vue de l'évaluation du Plan (voir **Annexe 6**). L'établissement des recommandations a été ensuite effectuée en 4 phases :

- une phase préparatoire avec 2 axes de travail :
 - un service est parti des constats de la Concertation et d'un travail d'analyse de Plans ⁽⁷²⁾ réalisé dans la phase d'écriture du Plan Stratégique de Promotion de la Santé 2018-2022 pour établir des premières pistes de recommandations,
 - un service a rassemblé les réponses apportées par chaque service aux questions retenues du questionnaire COCOF et un autre a identifié les convergences dans les réponses apportées;
- une phase de co-construction des recommandations, par un sous-groupe de 5 services, sur base des travaux préparatoires;
- une phase de formalisation des résultats de l'ensemble de la démarche en un rapport réalisé principalement par un service avec l'aide d'un autre service;
- une phase de discussion, d'affinement et d'approbation des résultats en Concertation des Services. L'ensemble du processus s'est déroulé de juin à décembre 2021.

2. Principaux constats

Pour les Services Piliers, à la suite de la promulgation du décret, le **Plan** a joué un rôle, plus ou moins important, dans l'exercice de leurs missions. Il a notamment :

- posé un **cadre de référence** à l'exercice des missions des Services Piliers, au déploiement et l'accentuation de leurs actions à l'égard de nouveaux publics, de nouvelles thématiques de travail et de nouvelles collaborations,
- favorisé la **reconnaissance** de la part de la COCOF du travail et de l'expertise des Services Piliers,
- renforcé la **visibilité** voire la légitimité de ceux-ci auprès des opérateurs du secteur de promotion de la santé,

(72) MALENGREAU S., Une analyse de « Plans » pour promouvoir la santé en Flandre, en France, au Québec et en Suisse. Woluwe-Saint-Lambert : RESO, 2017.

- été l'occasion d'établir de **nouvelles relations** avec l'Administration qui, pour une part des services supports, ont été vues comme un soutien à l'exercice de leurs missions et comme un moyen de renforcer la cohérence du dispositif de promotion de la santé,
- stimulé les **partenariats** et collaborations avec les autres acteurs du secteur, notamment entre les services supports et, pour une part des services, avec les acteurs de terrain d'autres secteurs,
- permis l'**accroissement des demandes** des professionnel·le·s envers les services et, pour certains, des demandes d'accompagnement de projets qui exige un investissement plus conséquent,
- pour une partie des services, consolidé des **pratiques** éprouvées antérieurement et/ou pour une autre partie des services, entraîné la réorientation des pratiques et la mise en place de nouvelles missions.

Les Services Piliers ont, de leur point de vue, pu identifier une série de **freins** à la pleine opérationnalisation du Plan et à la poursuite de ses objectifs. La Concertation pointe entre autres :

- si l'exercice de l'**intersectorialité** peut être observée au niveau du travail mené notamment par les Services piliers auprès des professionnel·le·s de terrain, cela ne se vérifie peu voire pas du tout au niveau des organismes d'autres secteurs et au niveau politique; sur ce point les différences entre les secteurs de la promotion de la santé, du social et de la santé et le renforcement des synergies et des articulations entre ces secteurs sont à clarifier (**Recommandation 7**) ⁽⁷³⁾;
- une **faible lisibilité et visibilité** du Plan et de la promotion de la santé en dehors du secteur de la promotion de la santé. Malgré les nombreux points d'ancrage qu'il offre (et c'est un atout), le Plan est perçu, pour une part des services piliers, comme complexe et peu lisible en raison, notamment, de la diversité des portes d'entrée (publics, milieux de vie, maladies ...), d'une adéquation des priorités aux besoins qui n'est pas toujours claire, d'un manque d'explicitation et d'appropriation des stratégies de promotion de la santé en dehors du secteur (**Recommandation 9**);
- une **faible flexibilité** du Plan qui a tendance à figer les priorités d'action, les publics ciblés et les opérateurs, laissant peu de place à l'arrivée de nouveaux opérateurs, à la transformation éventuelle d'un projet d'initiative en un projet ou service plus structurel, à la possibilité de prendre en compte des thématiques émergentes (par exemple, la crise sanitaire) et de nouveaux publics (Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé, fracture numérique, personnes âgées ...), voire de repenser les catégories de publics pour en permettre plus de transversalité (**Recommandation 11**);
- une vue limitée de la manière dont le Plan vit et se déploie, avec somme toute, peu d'échanges institués entre les acteurs qui mettent en œuvre le plan à différents niveaux (politique, administratif, sectoriel et intersectoriel), des échanges qui pourraient faciliter l'identification des rôles de chacun et de soutenir des complémentarités (**Recommandation 10**);
- une difficulté à remplir sereinement les missions de support et à répondre aux demandes du terrain compte tenu des **moyens alloués** aux services (**Recommandation 6**);
- la place et les missions de la Concertation des services piliers et de la **Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé**, qui jouent un rôle dans la mise en œuvre du Plan, ne sont pas inscrites dans le Plan (**Recommandation 6**).

Les Services piliers ont, par ailleurs, pu faire des **constats supplémentaires** sur des axes particuliers :

Sur le plan des professionnel·le·s accompagné·e·s par les Services piliers :

- les connaissances et compétences de base en matière de promotion de la santé sont globalement acquises pour les acteurs du secteur ce qui n'est pas le cas des acteurs des **autres secteurs** qui réalisent des projets de promotion de la santé. En ce sens, la Concertation note que la promotion de la santé est un socle rassembleur et robuste pour renforcer les pratiques des secteurs du social-santé. Elle représente un cadre théorique

(73) Les recommandations de la concertation des Services pilier sont développées en annexe 6.

et pratique de référence dans lequel une série d'acteurs de ces secteurs peuvent se retrouver et sur lequel ils peuvent s'appuyer (**Recommandations 6 et 8**);

- l'atout principal des acteurs de 1^{ère} ligne (de proximité) est la bonne connaissance de leurs publics; cela se révèle indispensable pour mettre en œuvre des démarches de promotion de la santé. Les besoins de ces acteurs sont davantage d'ordre **méthodologique** (appliquer des techniques d'animation participative, disposer d'un regard critique et extérieur sur leurs pratiques, connaître les acteurs impliqués dans la même thématique, renouveler leurs pratiques, etc.) et social (reconnaissance au niveau administratif, cadre de travail sécurisant, renforcer dans leurs compétences, etc.) (**Recommandation 3**).

Sur le contenu du plan et sa structure :

- Les approches par **problématiques**/risques sont omniprésentes dans le plan bridant l'émergence d'actions axées sur les déterminants socio-écologiques et fondées sur une approche globale et positive de la santé (**Recommandation 1**).
- Outre la mention de missions de services attitrées, les besoins en termes de **support** (couverts ou pas par des opérateurs de 2^e ligne) y sont insuffisamment définis (**Recommandation 6**).

Sur les objectifs transversaux :

- **L'intersectorialité** est peu promue (articulation entre médecine préventive et promotion de la santé, synergies entre la promotion de la santé et d'autres secteurs ...) et devrait constituer un objectif transversal en soi (**Recommandations 2 et 8**).
- Intimement lié à des responsabilités politiques, l'objectif transversal « favoriser et promouvoir la **santé dans toutes les politiques** » n'a que trop peu été opérationnalisé (**Recommandation 7**).
- Le plan développe, somme toute, insuffisamment l'ensemble des stratégies de promotion de la santé. Si certaines sont présentes, d'autres pourraient être valorisées transversalement (à travers la formulation d'objectifs transversaux) comme les **démarches communautaires** (diagnostic, participation, actions collectives, recherche-action), la **création d'environnements favorables** à la santé voire le **plaidoyer** (**Recommandations 3 et 5**).
- Pour que l'intégration de la dimension **genre** dans les actions de promotion de la santé soit plus effective (cf. objectif transversal 3), il semble nécessaire que les acteurs puissent s'appuyer sur un service de support spécifique sur la question et l'articuler avec d'autres formes d'inégalités (**Recommandation 4**).

Sur les objectifs thématiques :

- Si les objectifs thématiques permettent d'indiquer des grandes priorités de santé publique, ils peuvent avoir tendance à **figer** le secteur et ses priorités d'action, notamment autour d'enjeux de prévention (**Recommandation 1**).
- Il existe des **incohérences dans la formulation et la classification** des objectifs thématiques. Certains sont orientées *promotion de la santé* mais sont associés à un objectif de prévention des maladies (**Recommandation 1**).

Par exemple, l'objectif thématique « contribuer de manière ciblée à prévenir les maladies non transmissibles ainsi que les traumatismes » devrait être reformulé de manière à ce que la porte d'entrée ne soit pas la maladie (ou la non maladie), mais plutôt un état complet de bien-être physique, mental et social. La reformulation de cet objectif thématique permettrait par ailleurs d'éviter des incohérences entre les objectifs et les priorités telles que la priorité « soutenir des démarches de promotion de la santé mentale » qui se trouve dans l'objectif thématique susmentionné, qui renvoie vers la prévention de maladies.

Sur les priorités thématiques :

- Afin de mieux correspondre à la réalité des besoins et de répondre aux défis qui se profilent, une diversification des publics et des milieux de vie à prioriser est souhaitée en y incluant notamment les personnes âgées (**Recommandation 11**).
- La **fracture numérique**, la **santé environnementale** et la promotion de la santé en situation de crise épidémique et/ou sanitaire semblent des enjeux fondamentaux à faire figurer dans le nouveau plan (**Recommandations 11 et 5**).
- Maintenir une focale sur les situations de **vulnérabilités** et leurs croisements tout en définissant mieux celles-ci est indispensable (**Recommandation 11**).

ANNEXES

1. Présentation des stratégies relatives aux trois objectifs transversaux du Plan
2. Ventilation du budget de la promotion de la santé au sein du plan stratégique
3. Questionnaire Évaluation de plan stratégique de promotion de la santé 2018/2022 du Gouvernement franco-phone bruxellois
4. Grille de questions semi-directives en vue de faire émerger les constats spécifiques à chaque service par rapport au Plan
5. Questions du questionnaire COCOF utilisées par les Services Piliers pour compléter les constats initiaux et établir les recommandations
6. Recommandations de la Concertation des Services Piliers pour le futur Plan Stratégique de Promotion de la Santé COCOF 2023-2027

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

Priorité tr1 : Promouvoir la visibilité, l'accessibilité et l'appropriation des informations et ressources en promotion de la santé [**Cible = outillage de la population bruxelloise + univ proportionné – ISS et Pop migrantes**]

- S1 Soutenir le développement de la littératie en santé, veiller à la réception - compréhension - appropriation des outils et productions en promotion de la santé par les publics cibles
- S2 Diversifier et moderniser les moyens de communication
- S3 Utiliser les moyens et technologies de la communication de façon adaptée

Priorité tr2 : Soutenir le développement et le renforcement des compétences des acteurs et opérateurs [**cible = outillage du secteur d'activités PS**]

- S1 Développer l'expertise thématique et méthodologique des acteurs et intervenants
- S2 Former, accompagner et soutenir les acteurs de terrain et les relais dans la mise en œuvre de la promotion de la santé
- S3 Favoriser la formation continue des acteurs
- S4 Soutenir les opérateurs dans l'évaluation des projets et programmes
- + S1 in Priorité th1: transférer ces connaissances [en matière de mécanismes d'adoption de pratiques favorables ou défavorables à la santé] auprès des opérateurs afin de guider l'action
- + S1 in Priorité th8 : Accompagnement et formation des acteurs opérant au sein des milieux de vie des jeunes
- + S1 in Priorité th9 : Formation des professionnels exerçant au sein du milieu carcéral
- + S2 in Priorité th10 : Soutien et diffusion des pratiques de santé communautaire

Priorité tr3 : Favoriser le transfert des connaissances dans et hors du secteur de la promotion de la santé [**cible = plaidoyer PS au-delà du secteur**]

- S1 Participer à diffuser la culture de la promotion de la santé et les connaissances produites
- S2 Organiser et mettre à disposition de la documentation, des données et informations destinées à soutenir les acteurs psycho-socio-médicaux et les décideurs politiques
- S3 Soutenir les acteurs en ce qui concerne l'évaluation des actions (processus, résultats et transférabilité des bonnes pratiques)
- + S2 in Priorité th1: Faire connaître les ressources disponibles [en matière d'alimentation et d'activités favorables à la santé] aux habitants et responsables institutionnels et politiques

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

S1 Développer des synergies avec les Ministres et leurs Administrations ayant des compétences liées aux priorités du Plan, et formaliser ces synergies si nécessaire, avec la Cocof, les entités fédérées (Région, Communautés) et la Région

- + Priorité th1 S3 [comportements de santé]: Contribuer activement aux différentes concertations entre Etat fédéral et entités fédérées en ce qui concerne le développement de cadres et de politiques favorisant la santé au départ de l'alimentation, de l'activité physique, de la consommation d'alcool et de tabac
- + Priorité th3 S3 [cancers] : Pour les deux programmes (dépistage sein et colorectal), poursuivre les concertations avec le Fédéral
- + Priorité th5 S2 [tuberculose] : Contribuer à la mise en cohérence des politiques en la matière aux niveaux belge et bruxellois
- + Priorité th6 S1 [santé sexuelle] : Contribuer à la généralisation de l'EVAS avec ONE et FWB
- + Priorité th8 S2 [milieux de vie des jeunes] : Développement de synergies entre PS et PSE ; enseignement ; ATL; AJ
- + Priorité th10 S1 [publics cibles] : Concertation des acteurs psycho-médicosociaux et institutionnels pour des actions de santé globale à destination de zones où cumulent de vulnérabilités

S2 Intégrer différents réseaux et concertations au niveau des inter-cabinets régionaux, communautaires et fédéraux, pour favoriser l'articulation des décisions – sociales – économiques – culturelles – qui influencent la santé, avec notamment la Commission Communautaire Commune, la Région, la VGC, la FWB (Education, ONE) et la Wallonie (Santé)

- + Priorité th1 S3 [comportements de santé]: Contribuer activement aux différentes concertations entre Etat fédéral et entités fédérées en ce qui concerne le développement de cadres et de politiques favorisant la santé au départ de l'alimentation, de l'activité physique, de la consommation d'alcool et de tabac
- + Priorité th4 S5 [IST/Sida] : contribuer de manière transversale à la lutte contre la sérophobie
- + Priorité th7 S6 [drogues] : Contribuer à la lutte contre la stigmatisation des usagers de drogues de manière transversale
- + Priorité th9 S2 [milieu carcéral] : Renforcement de la cohérence des politiques de santé en milieu carcéral

S6 Soutenir activement le développement d'un inter-cabinet « santé » en Région bilingue de Bruxelles-Capitale dans le but de **construire une vision commune** en termes d'objectifs de santé et de moyens de les atteindre. Veiller à son articulation avec les Conférences Interministérielles au niveau Fédéral, avec le Plan santé de la Cocom et les autres inter-cabinets régionaux et communautaires

- + Priorité th1 S3 [comportements de santé]: Contribuer activement aux différentes concertations entre Etat fédéral et entités fédérées en ce qui concerne le développement de cadres et de politiques favorisant la santé au départ de l'alimentation, de l'activité physique, de la consommation d'alcool et de tabac
- + Priorité th2 S1 [santé mentale]: Contribuer aux nouvelles politiques de santé mentale pour adultes (107) et enfants et adolescents (0-18) organisée par le SPF-SP
- + Priorité th4 S1 [maladies transmissibles] : participer au suivi du Plan national Sida
- + Priorité th6 S1 [santé sexuelle] : Contribuer à une vision coordonnée en matière d'EVAS avec ONE et FWB
- + Priorité th6 S4 [santé sexuelle] : Développer vision concertée de la lutte contre les MGF (action sociale et santé)

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

Deux stratégies sont reprises dans le descriptif, bien qu'elles ne soient pas explicitement ventilées de la sorte dans le descriptif.

- S1 Soutien transversal aux acteurs en vue de l'intégration de la dimension 'genre' dans leurs actions
- S2 Soutien à des projets spécifiques visant l'amélioration de la santé des femmes, et notamment des femmes les plus vulnérables
 - + S3 in Pth6 – santé sexuelle (MGF, IST, violences de genre)

Annexe 2
Ventilation du budget de la promotion de la santé au sein du plan stratégique

OTr1 - Améliorer la qualité des interventions <u>910.000€</u>	
OTr2 - Favoriser et promouvoir la 'santé dans toutes les politiques' <u>0€</u>	
OTr3 - Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre <u>50.000€</u>	

OG1 – CONTRIBUER DE MANIÈRE CIBLÉE À LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES, AINSI QUE DES TRAUMATISMES	• OTh1 - Maladies non transmissibles et traumatismes • P1 – Promouvoir et soutenir les environnements et comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabac <u>499.369€</u> • P2 – Soutenir des démarches de promotion de la santé mentale <u>203.000€</u> • P3 – Poursuivre les programmes de médecine préventive et le dépistage organisé des cancers <u>330.000 €</u> • OTh2 – Infections et maladies transmissibles • P4 – Contribuer à la prévention des IST, dont le VIH et le VHC <u>830.000€</u> • P5 – Contribuer à la prévention et au dépistage de la tuberculose <u>445.000€</u>
OG2 – RENFORCER LES FACTEURS FAVORABLES À LA SANTÉ	• OTh3 - Publics, territoires et milieux de vie • P6 – Favoriser et promouvoir la santé sexuelle <u>222.000€</u> • P7 – Prévenir l'usage de drogues licites et illicites et en réduire les risques <u>598.000€</u> • P8 – Favoriser et promouvoir la santé au sein des divers milieux de vie des jeunes <u>27.000€</u> • P9 – Favoriser et promouvoir la santé en milieu carcéral <u>180.000€</u> • P10 – Favoriser et contribuer à promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité <u>425.000 €</u>

Annexe 3
Questionnaire Évaluation de plan stratégique de promotion de la santé 2018/2022
du Gouvernement francophone bruxellois

Questions d'identification

Rmq : Si vous avez rentré plusieurs programmes ou projet dans le cadre du plan de promotion de la santé 2018/2022, nous vous demandons de compléter un seul questionnaire pour l'ensemble de ces programmes/projets.

- Nom de l'association porteuse du/des projet(s) rentré(s) dans le cadre du plan de promotion de la santé :
- Vous avez rentré ce(s) projet(s) en tant que : Piliers / acteurs / réseau / initiative (plusieurs réponses possibles)

Questionnaire évaluation Plan PS 2018-2022

1. La mise en œuvre du plan a-t-elle modifié vos pratiques ? Expliquez
2. Ces modifications s'inscrivent-elles dans votre vision de la promotion de la santé ?
3. Le plan a-t-il été un levier pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de vos activités ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?
4. Le plan a-t-il créé des obstacles à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de vos activités ? Si oui, lesquels ?
5. La structure du plan vous semble-t-elle en adéquation avec les principes de la promotion de la santé ?

Objectifs transversaux

Pour rappel, le plan reprend 3 objectifs transversaux :

- *Améliorer la qualité des interventions en Promotion de la santé*
- *Favoriser et promouvoir la santé dans toutes les politiques*
- *Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre*

Ces objectifs transversaux doivent être rencontrés par les opérateurs.

1. Pensez-vous qu'ils le sont ?
2. Pouvez-vous identifier, par rapport à vos projets, les difficultés à les rencontrer ?
3. Souhaiteriez-vous en modifier certains ou en ajouter d'autres ? Lesquels ?

Objectifs thématiques et priorités

Pour rappel, le plan reprend 3 objectifs thématiques constitués de 10 priorités

- *Maladies non-transmissibles*

- *Promouvoir et soutenir les environnements comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation de tabac et d'alcool*
- *Soutenir des démarches de promotion de la santé mentale*
- *Poursuivre les programmes de dépistage organisés du cancer du sein et du cancer colorectal*
- *Infections et maladies transmissibles*
 - *Contribuer à la prévention des IST dont le VIH et le VHC*
 - *Contribuer à la prévention et au dépistage de la tuberculose*
- *Santé et bien-être des publics sur des territoires et dans des milieux de vie spécifiques*
 - *Favoriser et promouvoir la santé sexuelle*
 - *Prévenir l'usage de drogues licites et illicites et en réduire les risques*
 - *Favoriser et promouvoir la santé au sein des divers milieux de vie des jeunes*
 - *Favoriser et promouvoir la santé en milieu carcéral*
 - *Favoriser et contribuer à promouvoir la santé des personnes en situations de vulnérabilité*

1. Sur base des quatre dernières années, ces 3 objectifs thématiques vous semblent-ils pertinents ? Expliquez votre réponse
2. Pouvez-vous identifier les 4 priorités qui vous apparaissent les plus importantes et expliquer votre choix
3. Avez-vous éprouvé des difficultés à inscrire vos projets dans une ou des priorités du plan ? Pourquoi ?
4. Souhaiteriez-vous modifier certaines priorités ou en ajouter d'autres. Si oui lesquelles et pourquoi ?

Collaboration

1. Le plan a-t-il, selon vous, contribué aux collaborations entre acteurs, réseaux, et services pilier ? Expliquez votre réponse
2. Le plan a-t-il, selon vous, soutenu l'intersectorialité ? Expliquez votre réponse

Crise sanitaire

1. En quoi la crise sanitaire a-t-elle impacté vos pratiques ?
2. Comment, selon vous, le plan peut-il contribuer à répondre à ces nouveaux besoins ?

Autres commentaires ?

Annexe 4

Grille de questions semi-directives en vue de faire émerger les constats spécifiques à chaque service par rapport au Plan

- En quoi le plan PS 2018-2022 a-t-il été un frein ou un facilitateur pour remplir nos missions de services supports ?
- Quelles sont les forces et les faiblesses de ce plan dans la mise en place de nos missions ?
- En quoi la mission de support a-t-elle modifié notre pratique ?
- Sur la base de votre expérience, quels besoins apparaissent chez les professionnels de 1^{ère} ligne en termes de savoir, savoir-faire, savoir-être ? Pouvez-vous les différencier selon les secteurs d'appartenance ?

Annexe 5
Questions du questionnaire COCOF utilisées par les Services Piliers
pour compléter les constats initiaux et établir les recommandations

Q1. La structure du plan vous semble-t-elle en adéquation avec les principes de la promotion de la santé ?

Q2. Par rapport aux objectifs transversaux

Pour rappel, le plan reprend 3 objectifs transversaux :

- Améliorer la qualité des interventions en promotion de la santé
- Favoriser et promouvoir la santé dans toutes les politiques
- Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre

Souhaiteriez-vous en modifier certains ou en ajouter d'autres ? Lesquels ?

Q3. Par rapport aux objectifs thématiques

Pour rappel, le plan reprend 3 objectifs thématiques constitués de 10 priorités

1. Maladies non-transmissibles

- Promouvoir et soutenir les environnements comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation de tabac et d'alcool
- Soutenir des démarches de promotion de la santé mentale
- Poursuivre les programmes de dépistage organisés du cancer du sein et du cancer colorectal

2. Infections et maladies transmissibles

- Contribuer à la prévention des IST dont le VIH et le VHC
- Contribuer à la prévention et au dépistage de la tuberculose

3. Santé et bien-être des publics sur des territoires et dans des milieux de vie spécifiques

- Favoriser et promouvoir la santé sexuelle
- Prévenir l'usage de drogues licites et illicites et en réduire les risques
- Favoriser et promouvoir la santé au sein des divers milieux de vie des jeunes
- Favoriser et promouvoir la santé en milieu carcéral
- Favoriser et contribuer à promouvoir la santé des personnes en situations de vulnérabilité

Souhaiteriez-vous en modifier certains ou en ajouter d'autres ? Lesquels ?

Q4. Par rapport aux 10 priorités du plan

- Promouvoir et soutenir les environnements comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation de tabac et d'alcool
- Soutenir des démarches de promotion de la santé mentale
- Poursuivre les programmes de dépistage organisés du cancer du sein et du cancer colorectal

- Contribuer à la prévention des IST dont le VIH et le VHC
- Contribuer à la prévention et au dépistage de la tuberculose
- Favoriser et promouvoir la santé sexuelle
- Prévenir l'usage de drogues licites et illicites et en réduire les risques
- Favoriser et promouvoir la santé au sein des divers milieux de vie des jeunes
- Favoriser et promouvoir la santé en milieu carcéral
- Favoriser et contribuer à promouvoir la santé des personnes en situations de vulnérabilité

Souhaiteriez-vous en modifier certains ou en ajouter d'autres ? Lesquels ?

Annexe 6
Recommandations de la Concertation des Services Piliers
pour le futur Plan Stratégique de Promotion de la Santé COCOF 2023-2027



I. RECOMMANDATIONS

Pour que le futur PSPS soit davantage **cohérent avec les fondamentaux de promotion de la santé** et suffisamment **adaptatif** que pour répondre aux besoins de la population bruxelloise (que ceux-ci aient été mis en exergue lors de la crise sanitaire ou pas), qu'il soit un **levier à l'intersectorialité** pour la santé physique, mentale et psycho-sociale des populations, et à la prise en compte de la santé dans toutes les politiques, la concertation des services piliers formule les 11 recommandations suivantes.

NB : Ces recommandations ne suivent pas un ordre d'importance.

Recommandation 1 : Réviser la structure du Plan afin que celui-ci soit le témoin d'une approche globale de la santé plutôt que d'une approche par problématiques de santé ⁽⁷⁴⁾.

Action 1.1. : Reformuler des objectifs transversaux, généraux et thématiques d'une telle manière que ceux-ci soient cohérents avec une définition holistique de la santé, et non une définition de la santé se résumant à l'absence de maladie.

Action 1.2. : Reformuler l'objectif général « santé/bien-être » qui associe le bien-être à l'absence de maladie uniquement (cf. p. 31 du Plan ⁽⁷⁵⁾).

Action 1.3. : Différencier les priorités du plan à destination des acteurs de terrain et celles à destination des acteurs de l'action publique.

Recommandation 2 : Renforcer la cohérence et l'articulation des démarches de médecine préventive avec les démarches de promotion de la santé.

Action 2.1. : Expliciter davantage les articulations entre les démarches de médecine préventive et les démarches de promotion de la santé.

Action 2.2. : Soutenir la rencontre et la collaboration entre les acteurs de médecine préventive et les acteurs de promotion de la santé, notamment via la création effective de la concertation interministérielle notamment.

(74) Cette reformulation contribuera par ailleurs à ce que les acteurs des secteurs ambulatoires, social, santé, etc. se reconnaissent dans le Plan.

(75) « [...] la prévention et la promotion de la santé agiront en amont et viseront à éviter l'entrée dans la maladie (prévention primaire), à détecter celle-ci de manière précoce (prévention secondaire), à éviter les rechutes (prévention tertiaire) ou encore à réduire la surmédicalisation (prévention quaternaire). »

Recommandation 3 : Renforcer des approches *bottom-up* dans le Plan et dans son implémentation, telles que l'action communautaire et l'approche « par quartier ».

Action 3.1. : Articuler cette dimension du Plan avec des dynamiques politiques similaires (par exemple les contrats locaux de social-santé) et les politiques locales.

Action 3.2. : Intégrer explicitement l'approche communautaire comme une stratégie du Plan.

Action 3.3. : Mettre à disposition un support en matière d'approche communautaire et de participation des publics.

Action 3.4. : Financer des projets émanant de dynamiques *bottom-up*.

Action 3.5. : Mettre à disposition des acteurs de terrain les données socio-sanitaires existantes présentées par quartier/commune pour soutenir la réalisation de diagnostics et la priorisation des actions.

Recommandation 4 : Soutenir les opérateurs du Plan dans la prise en compte de la dimension du genre, en tant que déterminant transversal de la santé, dans leur projet et dans son articulation avec d'autres formes d'inégalités.

Action 4.1. : Mettre à disposition un support en matière de genre.

Recommandation 5 : Renforcer le lien entre santé et enjeux climatiques et l'articuler dans l'implémentation du Plan.

Action 5.1. : Expliciter le rôle des acteurs de promotion de la santé dans la réponse à donner aux enjeux climatiques actuels et à venir.

Action 5.2. : Articuler cette dimension avec des dynamiques politiques similaires (comme par exemple Good Food) et, si pertinent, les politiques locales.

Recommandation 6 : Soutenir structurellement le développement du secteur de promotion de la santé.

Action 6.1. : Allouer des moyens à la hauteur des attentes pour l'implémentation du Plan sur le terrain.

Action 6.2. : Allouer des moyens aux services piliers pour leur permettre de répondre aux besoins des acteurs des secteurs social/santé et de promotion de la santé et des politiques d'une part, et pour susciter et mettre en place des espaces de concertation, d'autre part.

Action 6.3. : Intégrer la Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé comme acteur de l'implémentation du Plan.

Recommandation 7 : Rendre effectif et explicite le principe de « santé dans toutes les politiques »

Action 7.1. : Assurer des moyens pour promouvoir la santé dans le cadre de politiques connexes au futur Plan Stratégique de Promotion de la Santé (par exemple : le Plan Social Santé Intégré)

Action 7.2. : Nouer des accords de coopération entre les différents secteurs de l'action publique.

Action 7.3. : Mettre en place un outil de visibilité des actions des acteurs de l'action publique en matière d'intersectorialité politique (« santé dans toutes les politiques »).

Recommandation 8 : Insister davantage sur l'importance de l'intersectorialité dans les pratiques (inter-secteurs).

Action 8.1. : Ajouter dans le PSPS un objectif transversal de « santé dans toutes les pratiques » à destination des opérateurs et des relais.

Action 8.2. : Donner les moyens aux opérateurs de faire support à l'ensemble des acteurs des secteurs social/santé.

Recommandation 9 : Augmenter la lisibilité et la visibilité du Plan, ce qui permettrait de favoriser son appropriation par les acteurs de l'action publique et de terrain œuvrant dans d'autres secteurs que celui de la Promotion de la Santé.

Action 9.1. : Faire un effort de présentation et de diffusion du PSPS à une large audience d'acteurs de terrain (des secteurs ambulatoires, santé, social, etc.), d'acteurs politiques (aux différents niveaux de pouvoir, aux différents ministères), de services de l'Administration bruxelloise.

Recommandation 10 : Préciser vis-à-vis des opérateurs comment et par qui la mise en œuvre du Plan sera coordonnée et pilotée, et le faire de manière dynamique et mobilisatrice

Action 10.1. : Prévoir dans le Plan par qui et comment le Plan sera piloté et puisse faire la jonction entre les objectifs du Plan et les actions de terrain d'une part, et entre les différents plans et politiques en lien avec la santé des populations d'autre part.

Action 10.2. : Clarifier le rôle des lieux et espaces, dans les autres secteurs de compétences social/santé de la COCOF, où les objectifs du Plan peuvent trouver résonance.

Action 10.3. : Organiser des événements tout au long de la mise en œuvre du nouveau Plan, coordonnée par la COCOF, visant à échanger entre acteurs (intersectoriels) et à mettre en avant des nouvelles connaissances et des stratégies d'action en lien avec la finalité et les objectifs du Plan.

Recommandation 11 : Adapter le PSPS en tenant compte des conséquences et besoins (re)mis en évidence par la crise sanitaire, tels que la fracture numérique, la santé environnementale et la promotion de la santé de publics spécifiques ayant eu peu ou pas accès aux services de prévention et de promotion de la santé en fonction de leur contexte de vie (tels que les personnes âgées institutionnalisées et à domicile, les jeunes – y compris les étudiant·e·s et jeunes adultes – en période de rupture social, économique, scolaire, familial, etc.).

Action 11.1. : Rendre le Plan plus adaptatif en donnant une place à l'émergence de nouveaux enjeux (adaptive policy).

Action 11.2. : Intégrer ces priorités aux objectifs (une fois actualisés, comme recommandé au point 1.) du Plan, et non en supplément de ceux-ci (plus concrètement, ne pas faire de la Covid-19 une partie spécifique dans le Plan).

Action 11.3. : Soutenir la co-construction d'un cadre de référence pour promouvoir la santé en contexte pandémique.

BIBLIOGRAPHIE

I. LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE ET GRISE

Albarello L, Aubin D, Fallon C et Van Haepere B (dir). 2016. *Penser l'évaluation des politiques publiques*. Louvain-La-Neuve : de Boeck supérieur.

Commission on the Social Determinants of Health (CSDH). 2008. *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization : Geneva. https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf (dernier accès 15/12/2021).

Coppieters Y, Scheen B. Enjeux de la planification publique participative d'un Plan régional de promotion de la santé dans le contexte institutionnel belge. *IUHPE – Global Health Promotion* 2019. <https://doi.org/10.1177/1757975919840663>

Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants : 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health* 2021, 199 : 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>

Dahlgren G, Whitehead M. 2007. *European strategies for tackling social inequities in health : levelling up Part 2*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf (dernier accès : 15/12/2021)

Diderichsen F, Hallqvist J, Whitehead M. Differential vulnerability and susceptibility : how to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities. *Int J Epidemiol* 2019;48(1) :268e74. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy167>

Direction générale de la santé (DGS). 2009. *Recommandations pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans nationaux de santé*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandation_V_FINALE.pdf (dernier accès 15/12/2021).

Jabot F, Marchand A-C. L'évaluation des plans de santé publique : un levier de changement pour les politiques régionales de santé en France ? *IUHPE – Global Health Promotion* 2014, 21(suppl. 1). <https://doi.org/10.1177/1757975913510535>

Knoepfel P, Larrue C, Varone F. 2006. *Analyse et pilotage des politiques publiques*. Verlag Rüegger. Zurich : 2^{ème} édition.

Lascombes, Le Galès, 2004. *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences Po. Paris.

Malengreaux S. 2017. *Tirez votre plan ! Une analyse de « plans » pour promouvoir la santé en Flandre, en France, au Québec et en Suisse*. Woluwe-Saint-Lambert : RESO. https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=18033 (dernier accès 15/12/2021).

Muller P. 2010. Référentiel. In Boussaguet L et al. *Dictionnaire des politiques publiques*. Presses de Sciences Po. Pp. 555-562.

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles. 2020. *Baromètre social 2020*. Bruxelles : Commission communautaire commune. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2019. *Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé*. Commission communautaire commune, Bruxelles. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Obyn C, Cordon A, Devos C, Kohn L, Léonard C. 2017. *Étapes exploratoires vers la formulation d'objectifs pour le système de santé belge*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). <https://kce.fgov.be/fr>

RÉFIPS. 2012. *25 ans d'histoire. Les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*. Montréal. www.refips.org

Saunders M, Barr B, McHale P, Hamelmann C. 2017. *Key policies for addressing the social determinants of health and health inequities*. Health Evidence Network (HEN) synthesis report 52. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/345798/HEN52.pdf (dernier accès 15/12/2021)

Sizaret A. 2018. *Faire le tour de la promotion de la santé ... en 180 minutes (ou presque)*. Bourgogne-Franche-Comté : IREPS. https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/2.4.dossier_documentaire.pdf (dernier accès 15/12/2021)

Solar O, Irwin A. 2010. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Geneva : World Health Organization. <https://www.who.int/publications/item/9789241500852> (dernier accès 15/12/2021).

WHO Europe. 2014 (updated). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region : final report*. Copenhagen : WHO : Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf (dernier accès 15/12/2021).

WHO Europe. 2017. *Promoting intersectoral and interagency action for health and well-being in the WHO European Region : working together for better health and well-being*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/348099/Complete-Paris-meeting-report_30-08-17-15h00.pdf (dernier accès 15/12/2021).

II. TEXTES LÉGISLATIFS

Commission communautaire française. *Décret relatif à la promotion de la santé*. 18 février 2016. http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2016/04/05_1.pdf#page=47 (dernier accès 15 janvier 2021)

Conseil de la Communauté française. *Décret initial relatif à la promotion de la santé à l'école de 2001*. https://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/26358_006.pdf (dernier accès 15 janvier 2021)

Conseil la Communauté française. *Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française*. 14 juillet 1997. https://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/20356_002.pdf (dernier accès 15 janvier 2021)

Parlement de la communauté française. *Décret relatif à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités*. 14 février 2019. https://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/46329_000.pdf (dernier accès 15 janvier 2021)

Parlement francophone bruxellois, *Arrêté du Collège de la Commission communautaire française portant exécution du décret de la Commission communautaire française du 18 février 2016 relatif à la promotion de la santé*. 16 février 2017. Bruxelles http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2017/03/09_1.pdf#Page109 (dernier accès 15/12/2021)

III. TRAVAUX DU PARLEMENT FRANCOPHONE BRUXELLOIS

1. Commission santé

Parlement francophone bruxellois, Assemblée de la Commission communautaire française, *Présentation du plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022 du gouvernement francophone bruxellois*. Bruxelles : séance du 4 juillet 2017.

Parlement francophone bruxellois. *Mise en œuvre du Plan stratégique de promotion de la santé 2018/2022 du Gouvernement francophone bruxellois. Rapport de la Commission Santé*. Bruxelles : séance du 6 mars 2018.

2. Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé

Parlement francophone bruxellois, Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. *Rapport d'activités pour l'année 2016*. Bruxelles : 10 octobre 2017.

Parlement francophone bruxellois, Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. *Rapport d'activités pour l'année 2017*. Bruxelles : 15 janvier 2019.

Parlement francophone bruxellois, Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. *Rapport d'activités pour l'année 2018*. Bruxelles : 25 novembre 2019.

