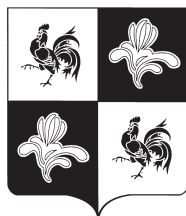


Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



6 mars 2018

SESSION ORDINAIRE 2017-2018

**MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE
DE PROMOTION DE LA SANTÉ 2018/2022
DU GOUVERNEMENT FRANCOPHONE BRUXELLOIS**

RAPPORT

fait au nom de la commission de la Santé

par M. André du Bus de Warnaffe

SOMMAIRE

1.1. Désignation du rapporteur.....	3
1.2. Exposé introductif de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé	3
1.3. Exposé de Mme Mira Goldwicht, coordinatrice de la cellule « Promotion de la Santé » de la Commission communautaire française	3
1.4. Exposé complémentaire de la ministre Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé	24
1.5. Discussion	26
1.6. Approbation du rapport.....	33

Membres présents : M. André du Bus de Warnaffe, M. Hasan Koyuncu, M. Zahoor Ellahi Manzoor, Mme Martine Payfa (présidente), Mme Magali Plovie, M. Michaël Vossaert et Mme Kenza Yacoubi.

Étaient également présentes à la réunion : Mme Cécile Jodogne (ministre) et Mme Mira Goldwicht, coordinatrice de la cellule « Promotion de la Santé » de la Commission communautaire française.

1.1. Désignation du rapporteur

M. André du Bus de Warnaffe est désigné en qualité de rapporteur.

1.2. Exposé introductif de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé

La ministre se déclare particulièrement contente de la tenue de la présente réunion et tient à remercier la présidente de la commission pour son organisation.

En effet, il y a quelques mois, en date du 4 juillet 2017, l'administration et elle-même avaient présenté le contenu du Plan de promotion de la santé et les échanges tenus ensuite s'étaient révélés particulièrement intéressants.

Aujourd'hui, c'est avec plaisir qu'est présenté le dispositif concret de promotion de la santé à Bruxelles, tel qu'il a été défini par le Gouvernement francophone bruxellois sur la base du même Plan.

La ministre entend céder la parole à Mme Mira Goldwicht qui avait déjà présenté les lignes de force du Plan en juillet de l'année passée. La ministre en profite pour la remercier pour la qualité de son travail, au même titre que toute la cellule Santé du Service public francophone bruxellois.

Au terme de sa présentation, la ministre souhaite reprendre la parole pour pointer certains éléments qui lui semblent importants dans le cadre de la politique du Gouvernement en matière de santé.

1.3. Exposé de Mme Mira Goldwicht, coordinatrice de la cellule « Promotion de la Santé » de la Commission communautaire française

Mme Mira Goldwicht (coordinatrice de la cellule « Promotion de la Santé » de la Commission communautaire française) se réjouit d'être présente en commission aujourd'hui pour présenter la suite de ce qui a été expliqué en juillet 2017, c'est-à-dire la couverture des priorités du Plan de promotion de la santé après première analyse (visuel 1).



Service Public Francophone Bruxellois

Plan stratégique de promotion de la santé 2018/2022

Opérateurs désignés dans le cadre de la mise en œuvre du Plan

Couverture des priorités

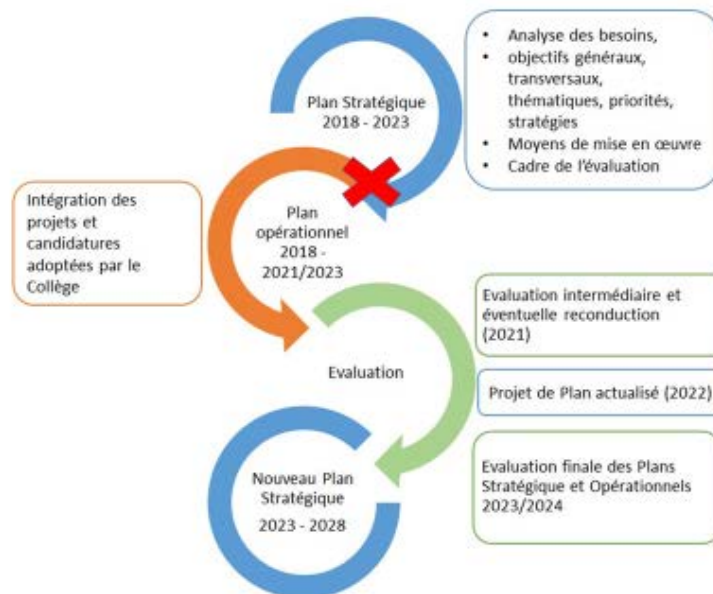
→ Première analyse (mars 2018)

Service de la santé
Commission communautaire française

www.spb.bruxelles
rue des Palais, 42 - 1050 Bruxelles

Rappel du processus général (visuel 2)

Rappel du processus général



L'oratrice présente le deuxième visuel et indique que la croix rouge représente l'étape actuelle dans le processus général.

Elle rappelle que le Plan qui a été élaboré était stratégique, en ce sens qu'il ne reprenait pas d'aspect opérationnel.

Les auteurs se sont arrêtés aux stratégies et aux moyens qu'il convenait de mettre en œuvre.

Dans le cadre de leurs projets, les opérateurs ont proposé les voies d'opérationnalisation de ce Plan. Ceci signifie qu'aujourd'hui le processus est arrêté à la charnière entre le stratégique et l'opérationnel. Les projets des opérateurs désignés par le Collège seront agrégés au Plan stratégique pour donner à voir le Plan opérationnel.

La suite de ce processus implique une évaluation qui permettra d'aboutir en 2023 au nouveau Plan stratégique.

La transition du décret au Plan a été réalisée pour aboutir, aujourd'hui, aux opérateurs désignés. Le squelette dessiné par le décret et le Plan prend donc vie (visuel 3).

Du Décret au Plan aux opérateurs

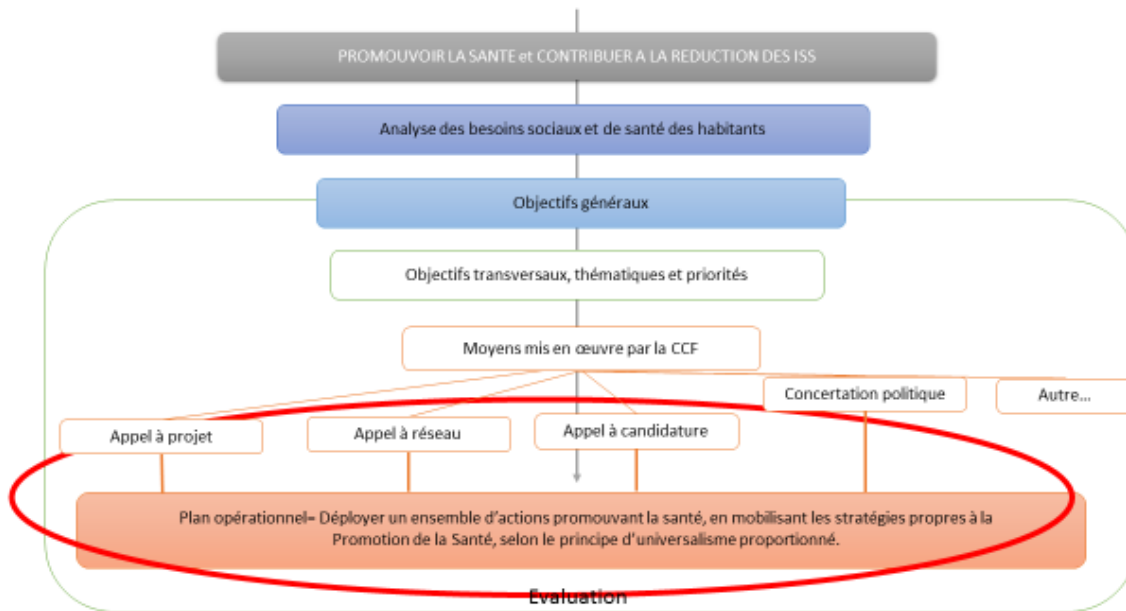
Donner vie au squelette...



Il est amusant de constater que l'étape actuelle est l'aboutissement de neuf mois de travail. Quel bel accouchement !

Du Plan stratégique au Plan opérationnel (visuel 4)

Du Plan stratégique au Plan opérationnel



Ce visuel constitue un rappel des finalités à atteindre ainsi que les différents moyens de mise en œuvre donc la Commission communautaire française s'est dotée pour atteindre ses finalités (dans le cercle rouge).

Avoir celles-ci en point de mire est fort important puisque la cellule Santé de la Commission communautaire française a vraiment essayé de rechercher dans chaque projet introduit si ce dernier tendait effectivement vers la mise en œuvre de ces finalités, à savoir promouvoir la santé et contribuer à la réduction des inégalités de santé.

Dans le Plan, a été réalisée une analyse des besoins sociaux et de santé des habitants. On a posé des objectifs généraux, des objectifs transversaux, des thématiques et des priorités, avant d'aborder les moyens à mettre en œuvre.

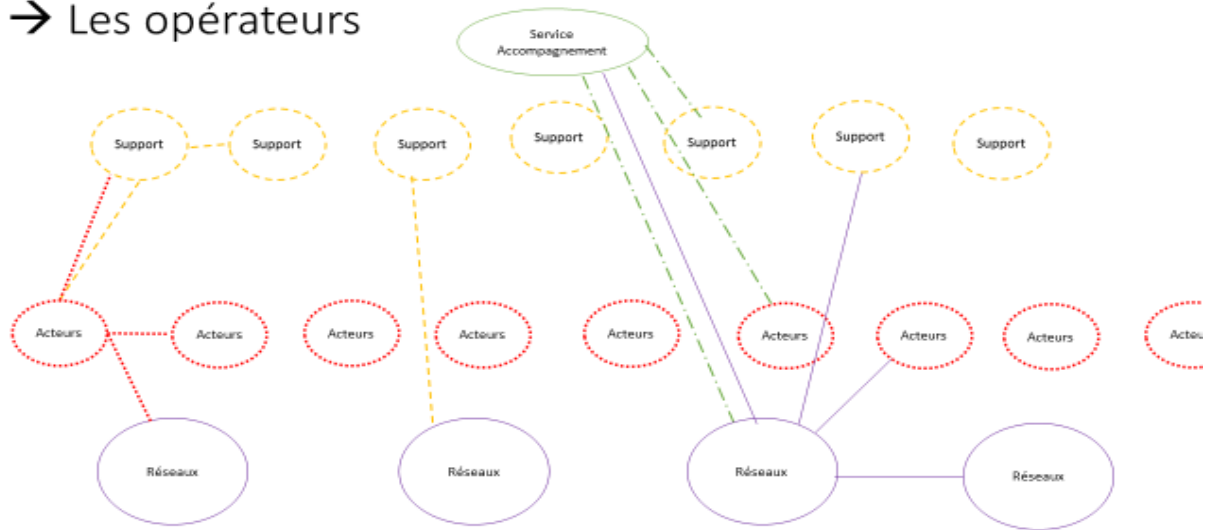
Parmi ces moyens, il faut distinguer trois types d'appels : les appels à projets, les appels à réseaux et les appels à candidatures.

Donc, les opérateurs ont été classés dans ces trois cadres-là. Ces trois types de projets introduits et qui ont fait l'objet d'une désignation dans un second temps constituent déjà et vont constituer le Plan opérationnel.

Architecture du Plan (visuel 5)

Architecture du Plan en fonction du Décret

→ Les opérateurs



C'est ainsi que se dessine l'architecture du Plan, nouveau dispositif établi en fonction du décret.

Le schéma qui est présenté est certes vertical mais il faut bien comprendre qu'il n'y a aucune verticalité dans le futur dispositif. Ceci signifie qu'il n'y aura pas de services qui auront plus d'autorité que d'autres.

Le visuel présenté permet seulement d'expliquer graphiquement l'architecture du Plan.

Il y aura un service d'accompagnement tout à fait transversal à la promotion de la santé et qui sera en lien avec une série d'autres services et acteurs :

- 1) Il s'agit des services-supports. Soit ils sont dits supports transversaux, comme par exemple le support formation qui concernera toute la formation de la santé, soit ils sont qualifiés de « thématiques », comme par exemple le support en usage de drogues.
- 2) Ensuite, il faut distinguer d'acteurs que l'on peut qualifier, de manière générale, de thématiques.
- 3) Enfin, on trouvera les réseaux de promotion de la santé.

Tous ces opérateurs devraient, *in fine*, être en lien les uns avec les autres. Il s'agit là d'un très important enjeu opérationnel dans la mise en œuvre du Plan.

Il est évident que ce schéma prendra plus de sens quand sera abordé plus concrètement le contenu.

Plan stratégique : objectifs et priorités (visuels 6 à 8)

Plan Stratégique : Objectifs et priorités - transversalités

2 objectifs généraux		3 objectifs transversaux	
1. « Santé/bien-être » : renforcer les facteurs favorables à la santé, un des déterminants du bien-être		3. « Améliorer la qualité des interventions en Promotion de la santé »	
2. « Santé/prévention »		4. « Favoriser et promouvoir la 'santé dans toutes les politiques' »	
		5. « Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre »	
		3 objectifs thématiques	
		6. « Contribuer de manière ciblée à prévenir les maladies non-transmissibles »	
		7. « Contribuer de manière ciblée à prévenir les infections et maladies transmissibles »	
		8. « Favoriser la santé et le bien être des publics, sur des territoires et dans des milieux de vie spécifiques »	

L'oratrice rappelle que le Plan stratégique comporte deux objectifs généraux à savoir « la santé et le bien-être », d'une part, et « la santé et la prévention », d'autre part.

À ces objectifs généraux s'ajoutent les objectifs transversaux : « améliorer la qualité des interventions », « favoriser et promouvoir la santé dans toutes les politiques » et « lutter contre les inégalités basées sur le genre ».

Ces objectifs transversaux sont mis œuvre par le service d'accompagnement et les services de support. Tous œuvrent à la rencontre de ces trois objectifs.

Enfin, il convient d'aborder les trois grands objectifs thématiques dans lesquels vont se situer les acteurs, porteurs de projets.

OBJECTIFS, PRIORITES ET STRATEGIES	
TRANSVERSALITÉS	
THÉMATIQUES	
Obj : « Maladies non-transmissibles »	
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
2.	Soutenir des démarches de promotion de la santé mentale
3.	Poursuivre les programmes de dépistage organisés du cancer du sein et du cancer colorectal
Obj : « Infections et maladies transmissibles »	
4.	Contribuer à la prévention des IST dont le VIH et le VHC
5.	Contribuer à la prévention et au dépistage de la tuberculose
Obj : « Santé et bien-être des publics sur des territoires et dans des milieux de vie spécifiques »	
6.	Favoriser et promouvoir la santé sexuelle
7.	Prévenir l'usage de drogues licites et illicites et en réduire les risques
8.	Favoriser et promouvoir la santé au sein des divers milieux de vie des jeunes
9.	Favoriser et promouvoir la santé en milieu carcéral
10.	Favoriser et contribuer à promouvoir la santé des personnes en situations de vulnérabilité

Dans les objectifs thématiques, il faut pointer l'objectif d'« agir sur les maladies transmissibles » dans lequel on retrouve tout ce qui concerne la promotion et le soutien aux environnements et comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activités physiques, de consommation de tabac et d'alcool, d'une part, et le soutien aux démarches de promotion de la santé mentale, les programmes de dépistage du cancer du sein et colorectal, d'autre part.

Cette priorité ne sera davantage examinée ce jour puisque le décret ne prévoit pas d'appel à projets pour ces acteurs-là. Ils sont néanmoins désignés dans le cadre d'autres procédures qui n'ont pas été intégrées dans la présente analyse.

L'objectif thématique suivant est celui qui vise à agir sur les infections et les maladies transmissibles. Il concerne essentiellement les IST et la tuberculose. Cette dernière, à l'instar du dépistage des cancers susmentionnés, ne sera pas examinée aujourd'hui.

Ensuite, on trouve cinq objectifs qui ont trait à « la santé et au bien-être des publics sur des territoires et dans des milieux de vie spécifiques ». Il s'agit là de la santé sexuelle, de l'usage de drogues, de la promotion de la santé dans les milieux de vie des jeunes, de la promotion de la santé en milieu carcéral et enfin de la promotion de la santé des personnes en situation de vulnérabilité.

Il convient de préciser ici que viennent d'être exprimées des spécificités du Plan. Ce dernier doit être vu comme comportant trois portes d'entrée :

- la porte d'entrée thématique (exemple : les IST);
- la porte d'entrée par milieu de vie (exemple : le milieu carcéral);
- la porte d'entrée par public (exemple : les jeunes).

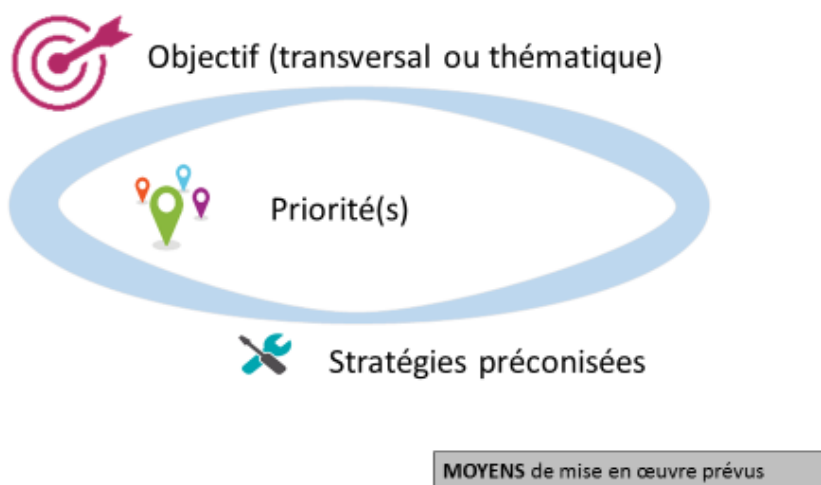
Ces trois portes d'entrée font vraiment sens au niveau du terrain et des besoins de la population mais complexifient l'analyse.

Dès qu'on sort d'un travail thématique, il convient de mener une analyse plus fine qui n'a pas encore été réalisée aujourd'hui.

L'existence des trois portes d'entrée n'a pas facilité le travail de certains nouveaux acteurs. Il ressort de la présente expérience que le monde associatif a davantage l'habitude de travailler de façon thématique (la culture, le sport, ...).

La promotion de la santé, telle que balisée par le décret et le Plan, constitue avant tout une mise en œuvre de stratégies de santé. Il s'agit de manières très spécifiques de faire la santé. Ce n'est pas tant quelle thématique est travaillée mais surtout comment elle est travaillée.

Pour des acteurs qui étaient hors champ, cette problématique n'a pas été aisée à appréhender. Pour l'administration, il y a eu là un enjeu pédagogique fort, de même que pour les services d'accompagnement et de supports qui vont devoir communiquer et partager ce qu'est la promotion de la santé et la mise en œuvre des stratégies susmentionnées.



L'oratrice aborde le visuel 8 qui constitue un petit rappel de l'architecture du Plan : les objectifs transversaux et thématiques, les priorités dégagées et les stratégies préconisées.

Ce qui est présenté aujourd'hui est une vue large des priorités par rapport à ce que les acteurs ont déclaré être le cœur de leurs activités.

À titre d'exemple, l'usage de drogues est un cœur d'activités mais les acteurs concernés vont agir aussi sur les IST et la santé sexuelle.

C'est pour cette raison notamment que l'administration a décidé de rencontrer tous les acteurs désignés de manière à pouvoir baliser avec eux les programmes sur lesquels ils vont travailler pendant trois ou cinq ans en fonction des budgets qu'ils ont obtenus.

Au fil du temps, des recoupements vont s'opérer.

Procédure d'appels à candidatures, projets et réseaux (visuels 9 à 14)

Procédure d'appels à candidatures, projets et réseaux

- Juin 2017 : lancement des appels
- Septembre 2017 → 87 dossiers ont été réceptionnés → parmi lesquels :
- 8 non recevables (absence de respect des critères de forme principalement)
 - **79 dossiers** reçus et analysés par l'administration, et par la section « promotion de la santé » du conseil consultatif *
 - **38 projets et candidatures** ont été **désignés** par le Collège
 - 41 n'ont pas été désignés.

→ Quels ont été les critères d'analyse?

L'oratrice entend rappeler le processus initié en juin 2017 par les appels à projets.

En septembre 2017, l'administration a réceptionné quatre-vingt-sept dossiers parmi lesquels huit dossiers étaient non recevables. Pour l'essentiel, ils ne respectaient les critères de forme, de délai ou de formulaire.

Les septante-neuf dossiers restants ont été examinés par l'administration et, pour partie, par la Section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif. Ce dernier n'a analysé que les projets pour lesquels la subvention demandée dépassait 50.000 euros pour une des années.

À termes, trente-huit projets et candidatures ont été désignés et quarante et un ont été refusés.

Outils et critères d'analyse

1. La grille d'analyse, annexe du Décret du 16 février 2016 relatif à la promotion de la santé
2. Adéquation du projet et de la candidature au modèle et au dispositif proposé par le Plan stratégique

Tableau 1 : Grille d'analyse de la candidature

Critères	Présence	Non présence	Non renseigné
1. Pertinence et cohérence des priorités définies			
2. Pertinence et cohérence des objectifs définis			
3. Pertinence et cohérence des projets et activités qui seront mis en place			
4. Pertinence et cohérence du projet d'évaluation			
5. Pertinence et cohérence du budget détaillé			
6. Pertinence et cohérence du calendrier d'actions			
7. Plus-value et priorité			

3. Finalité et stratégies



Pour ce faire, l'administration disposait de trois outils :

- la grille d'analyse qui est une annexe du décret de Promotion de la santé,
- l'adéquation du projet et de la candidature aux modèles et dispositifs proposés par le Plan stratégique,
- l'adéquation du projet avec les finalités et les stratégies du décret de Promotion de la santé.

Le Conseil consultatif a également travaillé sur base de la grille d'analyse.

Pour ce faire, différents items ont été définis dans cette grille.

1) Critères de la grille d'analyse

Tableau 2 : Grille d'analyse de la candidature

Critères	Présence	Non présence	Non renseigné
1. Pertinence et cohérence des priorités définies			
2. Pertinence et cohérence des objectifs définis			
3. Pertinence et cohérence des projets et activités qui seront mis en place			
4. Pertinence et cohérence du projet d'évaluation			
5. Pertinence et cohérence du budget détaillé			
6. Pertinence et cohérence du calendrier d'actions			
7. Plus-value et priorité			

- ✓ Pertinence et cohérence des **priorités** définies
- ✓ Pertinence et cohérence des **objectifs** définis
- ✓ Pertinence et cohérence des **projets et activités** qui seront mis en place
- ✓ Pertinence et cohérence du projet d'**évaluation**
- ✓ Pertinence et cohérence du **budget** détaillé
- ✓ Pertinence et cohérence du **calendrier** d'actions
- ✓ **Plus-value** et priorité

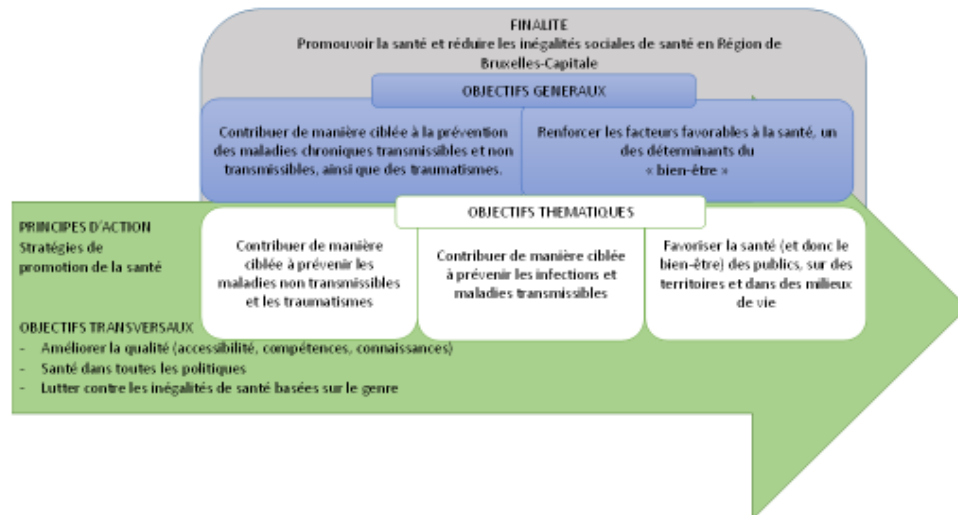
Pour ce qui concerne les plus-values, il faut avoir à l'esprit les questions suivantes :

- le projet tient-il compte de la participation des publics ?
- le projet vise-t-il la réduction des inégalités sociales et de santé ?
- le projet a-t-il des stratégies pour mettre ces dernières en œuvre ?

Cette grille a été utilisée de manière très systématique.

L'oratrice aborde ensuite le modèle d'intégration des opérateurs et des projets.

2) Le modèle d'intégration des opérateurs et projets



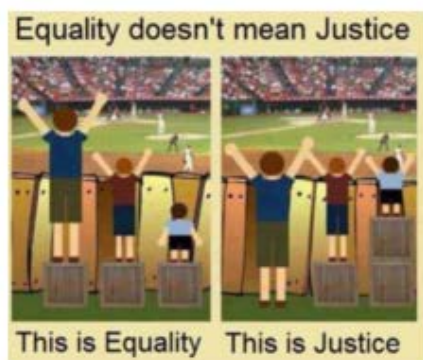
Comme évoqué *supra*, il s'agit ici de la finalité du décret : les objectifs généraux, les objectifs thématiques, la mise en œuvre des stratégies de promotion de la santé.

Il va de soi que certains acteurs qui n'ont pas saisi la particularité de la promotion de la santé n'ont pas reçu d'emblée un avis favorable.

Il y a aussi des acteurs qui mettent en œuvre ces stratégies spontanément mais qui n'ont pas encore les mots ou le savoir pour en fournir l'expression. Ceux-là ont pu être « récupérés » par l'administration.

Celle-ci s'est également basée sur le critère de l'équité des projets dans un cadre d'universalisme proportionné. Ceci signifie que l'on donne plus à ceux qui ont plus besoin mais, à terme, on vise quand même toute la population, même si c'est avec un *scoop* différent.

3) Présence des 3 niveaux d'intervention sur les déterminants de la santé



L'administration s'est également posé la question de savoir si les projets introduits présentaient des actions qui interviennent sur plusieurs niveaux de déterminants de la santé.

Le premier niveau comporte tout ce qui va relever des comportements individuels (qu'est-ce qu'on mange ?, est-ce qu'on fume ?, quel individu est concerné ?, ...).

Le deuxième niveau touche aux aspects communautaires et sociaux (dans quel environnement social vit-on ? est-on en lien avec ses voisins, sa famille) et permet de déterminer comment le projet peut modifier les environnements pour qu'ils deviennent favorables.

Le troisième niveau a trait aux conditions de vie et de travail et environnementales de manière plus large comme les conditions socio-économiques et culturelles ou la qualité de l'air. Il est évident que, si un projet rentré ne visait, par exemple, qu'une action sur un comportement individuel sans essayer de toucher l'ensemble des déterminants, il ne pouvait recevoir un avis favorable.

L'administration s'est donné une balise supplémentaire en accord avec la finalité du décret : est-ce que le programme proposé vise bien une réduction des inégalités de santé ?

Considérant que le Plan désignait une série d'acteurs, il a été nécessaire de déterminer si le porteur de projet pouvait s'insérer dans le futur dispositif en ayant pris soin d'appréhender le Plan.

→ 35 opérateurs désignés – 38 « projets »



- ✓ Qui?
- ✓ Pour faire quoi?
- ✓ Quels enjeux pour le Dispositif de Promotion de la Santé?

Au final, ce sont trente-cinq opérateurs qui ont été désignés pour trente-huit projets, puisque trois opérateurs portent chacun deux projets.

Détail des rôles – qui fait quoi ? (visuel 15)

→ 8 Piliers dont 1 service d'accompagnement et 7 services de support



Il convient de distinguer huit « services-piliers ». Il s'agit d'un terme du décret.

Ces services sont sensés soutenir tout le dispositif : un service d'accompagnement tout à fait transversal (le CBPS) et sept services de support.

Il y a des supports transversaux : Repères, pour la formation – UCL RESO pour le transfert des connaissances et de l'évaluation.

Ensuite, il y a des services de supports thématiques tels que l'Observatoire du sida et des sexualités, Eurotox, ... Ces derniers vont prendre une place différente dans le dispositif.

Parmi ces services, certains assumaient déjà une fonction de service communautaire tandis que d'autres étaient reconnus en promotion de la santé mais pas au titre de service communautaire ou de support. Ainsi, pour les années à venir, un enjeu sera de renforcer, nourrir et habiter cette fonction de support.

Ce nouvel agencement reconfigure aussi les rôles, les fonctions et les programmes des opérateurs. Certes, ce n'est guère évident puisque chacun doit se mettre au diapason du Plan, notamment en réajustant des pratiques ou des thématiques parfois historiques. Aussi bien l'administration que les opérateurs disposent de trois à cinq ans pour ce faire.

Ensuite, il faut mentionner les vingt-six acteurs (visuel 16) parfois anciens, parfois nouveaux, certains uniquement en initiatives. Ce faisant, l'administration a pu solidifier des projets qui existaient depuis longtemps en initiatives et qui ont maintenant été intégrés dans le dispositif présentement décrit.

26 acteurs

- ✓ Alias
- ✓ Alzheimer Belgique ASBL
- ✓ Appétit des indigestes
- ✓ Entr'aide Marolles
- ✓ Espace P
- ✓ FLCPF
- ✓ FMM
- ✓ Fonds des affections respiratoires (FARES)
- ✓ FQS
- ✓ GAMS acteur
- ✓ I-Care
- ✓ Infor drogues
- ✓ Liaison antiprohibitionniste
- ✓ MdM
- ✓ Méridien
- ✓ MM Asaso
- ✓ Modus Vivendi acteur
- ✓ Mutualités chrétiennes
- ✓ Mutualités socialistes
- ✓ Pissenlits
- ✓ Plateforme prévention sida & Sireas
- ✓ PSMG-SSMG
- ✓ Question Santé
- ✓ RAPA - L'Autre lieu
- ✓ Réseau santé diabète
- ✓ Sida SOS

Parmi ces vingt-six acteurs figurent quatre nouvelles initiatives de promotion de la santé qui n'ont pas reprises dans la présente analyse mais qui ont été reclassées en fonction de leur cœur d'activités, même si cela pose certaines questions méthodologiques.

Enfin, il convient de mentionner les quatre réseaux indiqués dans le visuel 17.

4

Réseaux

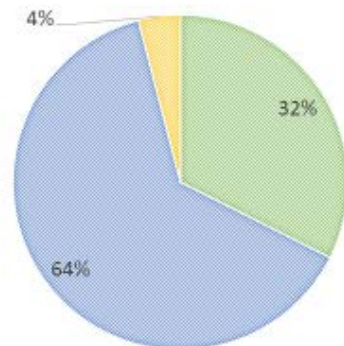
Femmes et santé	Réseau genre : Plateforme pour Promouvoir la Santé des Femmes	Réseau	Transversal genre
GAMS réseau	Coordination bruxelloise des Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines (CB SC-MGF)	Réseau	P6_santé sexuelle
Modus Vivendi réseau	Safer Fiesta	Réseau	P7_usage de drogues
Univers Santé asbl	Réseau: Groupe porteur "Jeunes, alcool et société"	Réseau	P1_attitudes saines

Parmi ceux-ci, il faut constater trois nouveaux projets.

Répartition du budget « promotion de la santé » (visuel 18)

RÉPARTITION BUDGET PROMOTION SANTÉ (APPELS)

Piliers Acteurs Réseaux



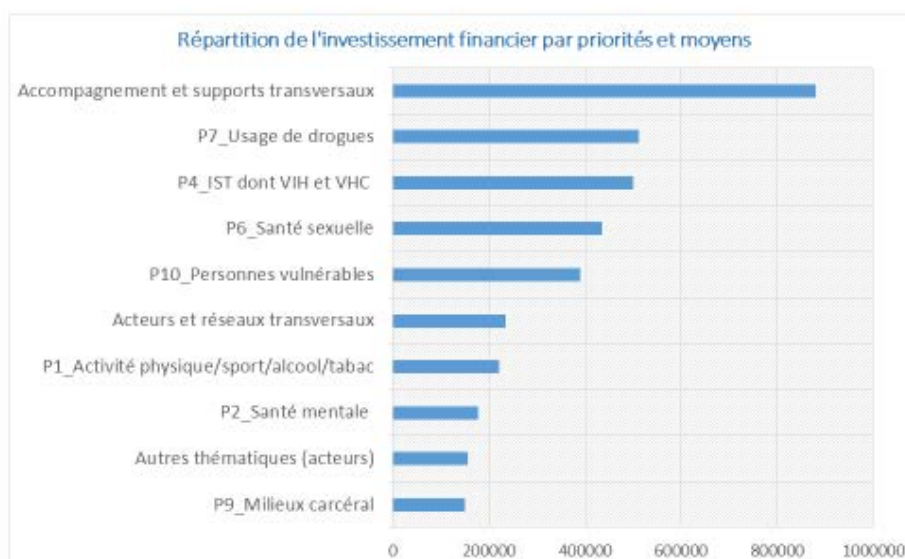
Sur base des appels à candidatures et à projet (hors désignation Médecine préventive, TBC) et « initiatives »

L'oratrice évoque ensuite la répartition du budget.

Il faut constater une répartition 1/3 pour les piliers et 2/3 pour les supports. Ce *ratio* est intéressant dans la durée puisque les supports bénéficient d'une désignation pour cinq ans tandis que les projets le sont pour trois ans + deux ans renouvelables.

Ce sont donc les piliers qui sont bien inscrits dans le dispositif et qui seront théoriquement capables de le porter.

En termes de thématique, le graphique est également intéressant (visuel 19).



Les supports transversaux accaparent une part importante du budget. Le solde est ensuite réparti soit sur des thématiques (exemple : IST), soit sur des publics (exemples : personnes vulnérables ou les jeunes – pour lesquels l'analyse n'est pas réalisée), soit sur les milieux de vie (exemple : le milieu carcéral).

Il faut également attirer l'attention sur le fait que de nombreux recoupements sont possibles et permettent plusieurs lectures du dispositif. Par exemple, le milieu carcéral présente une population majoritaire de personnes

très vulnérables du fait de l'éducation ou de parcours complexes. Autre exemple, l'usage des drogues ne vise pas seulement que des personnes vulnérables.

L'interaction avec les différents milieux de vie est importante.

Accompagnement et supports transversaux

L'oratrice estime qu'il est temps de rentrer dans le cœur des services (visuel 20).



Accompagnement et supports transversaux

CBPS	SAPS	Service accompagnement
Cultures & Santé	SeSu Littératie - ISS	Service support
Question santé	SeSu Communication	Service support
Repères	SeSu Formation	Service support
UCL RESO	SeSu Transfert et évaluation	Service support

Ce visuel reprend tout ce qui est transversal, c'est-à-dire tout ce qui va vraiment soutenir l'ensemble des opérateurs.

Il y a un support en Littératie qui concerne tout ce qui est alphabétisation en santé (comment aider la population à avoir accès aux données et à s'approprier celles-ci).

Cultures & Santé est également spécialiste pour tout ce qui concerne l'action contre les inégalités sociales en santé.

Questions santé travaillera davantage sur la communication en promotion de la santé et les nouveaux médias.

Repères abordera la formation et l'UCL RESO se focalisera sur le transfert des connaissances et les évaluations.

Il existe d'autres supports bien entendu qui ont été placés dans les thématiques. L'objectif est de parvenir à construire de manière durable cette fonction de support qui soutient, d'une part, et fédère, d'autre part.

Il conviendra également de construire une collaboration pérenne avec l'administration dans sa mission de balise.

Les priorités (visuels 21 à 29)



P1_Activité physique/sport/alcool/tabac

Fonds des affections respiratoires (FARES)	Contribuer à la réduction de l'usage des produits du tabac et de la vape, chez les jeunes de 11 à 24 ans à travers différents milieux de vie	Acteur
MM Asaso	Renforcement de la Santé Communautaire	Acteur
Réseau santé diabète	Approche globale, intégrée et participative de la santé, dans le quartier des Marolles et ses alentours : Alimentation équilibrée, exercice physique, estime de soi et liens sociaux	Acteur
SIPES ULB	SeSu Données att saines	Service support
Univers Santé asbl	Réseau: Groupe porteur "Jeunes, alcool et société"	Réseau

➤ Une « initiative » soutenue non reprise ici

La priorité 1, Activité physique/sport/alcool/tabac, a engendré certaines difficultés en ce sens que, historiquement, peu d'acteurs travaillaient ce sujet en promotion de la santé.

Cela a eu pour conséquence que l'administration s'est posé la question de sa capacité à ouvrir ce dispositif et à communiqué sur ce qu'il est et sur ce qu'est la promotion de la santé.

Il y a un enjeu avec le centre de recherches SIPES qui devra investir une fonction de support aux acteurs et à la communauté, parallèlement à ses activités premières. C'est un bel exemple des enjeux de dynamisme requis dans le chef des acteurs désignés.

Il y a également ici une initiative qui n'est pas reprise dans la présente analyse.



P2_Santé mentale

Appétit des indigestes	Ateliers théâtre et créativité autour de la folie	Acteur
Méridien	« Promouvoir la santé mentale communautaire dans des quartiers populaires à Bruxelles »	Acteur
RAPA - L'Autre lieu	Dispositif commun de promotion et de renforcement des facteurs favorables à la santé mentale	Acteur

➤ Pas de service support
➤ Certains axes remplis via le secteur ambulatoire (cfr Plan)

En ce qui concerne la santé mentale, il faut souligner qu'il n'y a pas de support; ce qui constituera un enjeu : comment va-t-on fédérer, comment va-t-on coordonner, comment va-t-on créer ce lien entre les différents acteurs désignés.

Cette priorité de santé mentale est heureusement fort bien comblée en ambulatoire. Il y aura donc des balises fines à fixer avec le secteur ambulatoire.

À propos des priorités 3, Médecine préventive, et 5, Tuberculose, l'oratrice précise que les désignations sont en cours et que, dès lors, elles ne sont citées que pour mémoire.



P3_Méd Préventive et P5_Tuberculose

➤ Hors appel, désignation en cours

Évoquant les IST, l'oratrice rappelle que le Plan prévoit une différenciation entre la prévention des IST et la santé sexuelle.

L'oratrice souligne que l'enjeu sera de travailler davantage avec certains acteurs afin qu'ils ciblent leurs projets vers une action sur les IST, parallèlement au sida ou à l'hépatite C, le cas échéant moyennant certains petits ajustements.



P4_IST dont VIH et VHC

Observatoire sida&sexualités	SeSu VIH-IST	Service support
Plateforme prévention sida & Sireas	Programme de prévention et de dépistage du VIH et des IST	Acteur
Sida SOS	Prévention des IST /VIH et sensibilisation du public jeune et FSF à la santé sexuelle via l'éducation par les pairs sur leurs milieux de vie	Acteur

- Recoupement avec la P6 Santé sexuelle → classement en fonction de ce qui est déclaré par l'opérateur
- Une « initiative » soutenue, non reprise ici



P6_Santé sexuelle

➤ Pas de support spécifique,
raccroché au support IST

Alias	Programme de promotion de la santé à destination des hommes et personnes trans prostitués/travailleurs du sexe en Région de Bruxelles-Capitale	Acteur
Espace P	Programme de Promotion de la Santé en milieu de prostitution en région bruxelloise	Acteur
GAMS acteur	Mutilations génitales féminines : approche inclusive de prévention et promotion de la santé sexuelle	Acteur
FLCPF	« Programme de formation, coordination de projets et sensibilisation en santé sexuelle dans différents milieux de vie »	Acteur
GAMS réseau	Coordination bruxelloise des Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines (CB SC-MGF)	Réseau

Il y a également un enjeu avec l'Observatoire du sida qui est un centre universitaire de recherches qui investit fort dans cette fonction de support avec la coordination des stratégies concertées sida. Il devra réactualiser certaines de ses positions puisqu'il sera amené à supporter et à mettre en lien les acteurs de la santé sexuelle.

Une spécificité est à souligner en ce sens que l'on dépasse les relations sexuelles pour travailler les compétences individuelles, relationnelles ou affectives, les lieux de vie, en intégrant tout ce qui concerne les nouveaux médias et la manière dont ceux-ci reconfigurent les relations à l'autre et, notamment, les relations affectives.

C'est ici que figure le nouveau réseau reclassé au sein de cette thématique. Il faut constater que les acteurs se connaissent entre eux et ont déjà établi des méthodes de travail et des liens.

Abordant la priorité 7 consacrée à l'usage de drogues, l'oratrice souligne qu'existent de nombreux croisements avec le secteur ambulatoire.



P7_Usage de drogues

Eurotox	SeSu Obs drogues	Service support
Infor drogues	Projet en promotion de la santé et prévention des assuétudes visant à renforcer une approche globale du phénomène des usages de drogues et des dépendances	Acteur
Liaison antiprohibitionniste	Réduire les risques, les stigmatisations, les discriminations et les déterminants négatifs de santé générés par la prohibition et la criminalisation de certains produits psychotropes.	Acteur
Modus Vivendi acteur	Réduction des risques liés à l'usage de drogues licites et illicites	Acteur
Modus Vivendi réseau	Safer Fiesta	Réseau

Le service est clairement thématique. L'administration de la Commission communautaire française aimerait réussir à retravailler tout ce qui est déterminant en amont des problématiques de consommation.

Il s'agit d'opérer une prévention de base dans le temps et d'étudier comment l'articuler avec le secteur ambulatoire.



P8_Milieus vie "jeunes"



A faire émerger de l'analyse

En ce qui concerne les jeunes, l'oratrice précise qu'elle ne peut en parler davantage parce qu'il est apparu nécessaire de retourner dans le cœur de chaque projet pour déterminer, au niveau des stratégies de mise en œuvre, qui s'occupera de l'action en milieu de vie « Jeunes », tant pour le sport que l'alimentation, le tabac, l'usage de drogues ou la santé mentale.

Il s'agit ici d'une importante priorité largement transversale et d'une thématique qui présage d'une articulation nécessaire entre les politiques et les administrations puisque l'on touche notamment aux domaines de la Famille, de l'ONE, ...

Il y aura donc immanquablement une mise en lien des opérateurs entre eux, indépendamment de leur thématique.

Les opérateurs se connaissent très bien dans « leur niche ». Par contre, les opérateurs en usage de drogues ou des IST ne connaissent pas forcément ce qui se fait au niveau du sport ou de l'alimentation.

La priorité « Milieu carcéral » est caractérisée par le fait qu'il n'y a qu'un opérateur : I-CARE.



P9_Milieus carcéral

I-CARE: Programme de promotion de la santé en milieu carcéral
→ acteur

Il s'agit des mêmes enjeux de liens avec le secteur ambulatoire. Il faudra déterminer comment on peut favoriser au niveau politique et des administrations la mise en œuvre du travail de cet opérateur-là, considérant que celui-ci a du mal à pénétrer le milieu carcéral.

Il conviendra de penser aussi à couvrir l'ensemble des enjeux qui se jouent en milieu carcéral, sachant que l'opérateur est axé « Assuétudes » et « Santé mentale ».

La spécificité du milieu carcéral ne rend pas toujours aisé d'y travailler des thématiques telles que le sport ou l'alimentation. L'enjeu de ce milieu est assez complexe.

La priorité consacrée aux personnes vulnérables touche à la santé communautaire qui fait l'objet d'une stratégie spécifique.



P10_Personnes vulnérables

Entr'aide Marolles	Vivre en santé dans le quartier des Marolles Habitants et professionnels au cœur de l'action	Acteur
FQS	Démarches communautaires en santé dans des quartiers populaires de Forest et St Gilles : s'appuyer sur le quotidien des personnes pour apporter, avec l'ensemble des acteurs, des réponses à leurs besoins de santé	Acteur
MdM	Programme pour améliorer l'accès aux soins des plus vulnérables, avec une attention particulière pour les femmes.	Acteur
Pissenlits	Démarche communautaire de Cureghem en santé	Acteur

- Pas de support spécifique
- Une « initiative » soutenue non reprise ici

À nouveau, il n'y a pas de service de support. Aussi, l'administration et les services transversaux sont face à l'enjeu de mettre en lien les acteurs désignés et de garantir une cohérence des priorités.

Les recoupements possibles vont aider à mettre en place certaines articulations.

Acteurs et réseau transversaux (visuel 30)



Acteurs et réseau transversaux

Femmes et santé	Réseau genre : Plateforme pour Promouvoir la Santé des Femmes	Réseau
FMM	Soutien aux MM bruxelloises dans leur mission de promotion de la santé et leur rôle psycho-social, en vue de réduire les inégalités sociales de santé	Acteur
Mutualités chrétiennes	Revue Education Santé	Acteur
Mutualités socialistes	Outilthèque santé	Acteur

- Pas de support spécifique

Il faut savoir que le Plan ne les avait pas prévus ainsi, mais dans la mesure où ces acteurs faisaient sens, des adaptations ont été opérées.

On y retrouve notamment la Fédération des Maisons médicales et le réseau genre particulièrement transversal.

La thématique « genre » n'a pas été évidente à combler, étonnement. C'est un point qu'il faudra creuser, eu égard aux mêmes enjeux du fait de l'absence de support spécifique.

Les réseaux sont également face à un enjeu, celui d'arriver à couvrir nombre de thématiques tout en étant inscrits dans la promotion à la santé. Il s'agit parfois d'une posture particulière à investir pour les opérateurs.

Autres thématiques soutenues et acteurs (visuel 31)



Autres thématiques soutenues (acteurs)

Alzheimer Belgique ASBL	Soutien et accompagnement des personnes confrontées à la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés pour favoriser le bien-être et la santé au quotidien, durant toute l'évolution de la maladie.	Acteur
PSMG-SSMG	Soutien à la prévention dans une approche « promo santé » en médecine générale	Acteur
Question Santé	7 Jours Santé – projet « Santé et entreprises »	Acteur

- Pas de support spécifique
- Une « initiative » soutenue non reprise ici

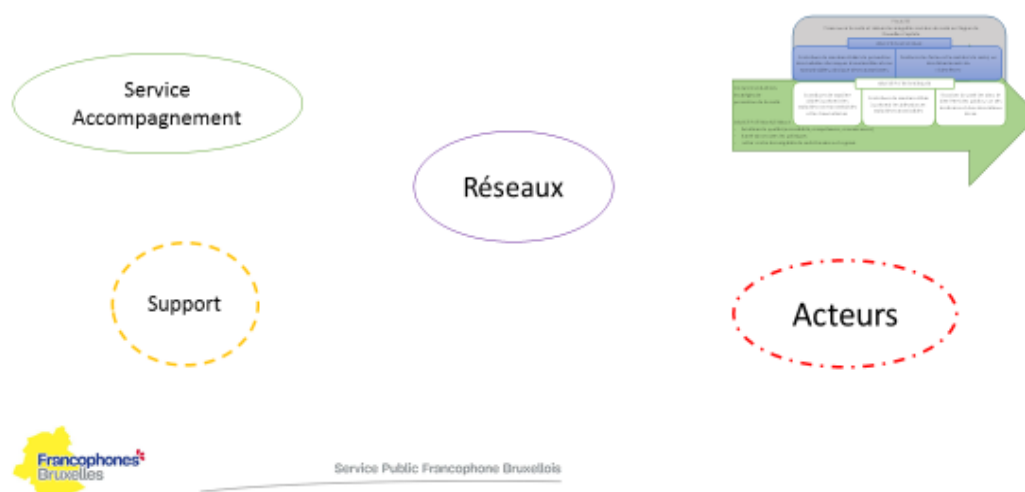
L'oratrice souligne que trois autres thématiques sont soutenues à travers certains acteurs ainsi qu'une initiative. Il s'agit de « Question santé » qui travaille en entreprises, « Promotion santé médecine générale » qui œuvre avec la « Société scientifique de médecine générale » et « Alzheimer Belgique asbl ».

Ces acteurs mettaient en œuvre des stratégies de promotion de la santé, agissaient sur les déterminants et ont réussi à bien défendre leurs projets et les finalités de ceux-ci.

Il conviendra de les inscrire dans le dispositif, tout en sachant qu'ils sont hors priorité, avec des acteurs comme Alzheimer Belgique qu'il faudra mettre en lien avec des acteurs plus historiques qu'ils ne connaissent pas a priori.

Récapitulatif des enjeux (visuel 32)

Récapitulatif des enjeux



Les services de support ont pour objectif d'investir leur rôle, particulièrement les centres de recherches universitaires. Ils doivent rester des plateformes et éviter les prises de pouvoir sur des orientations ou des définitions. Ils doivent également veiller à investir une fonction de service à la communauté et au terrain; fonction spécifique et différente des missions de centre de recherche. C'est un rôle qui ne sera pas évident à tenir mais ce sont au moins cinq années qui sont prévues pour y parvenir.

Pour les nouveaux acteurs, il conviendra d'intégrer et de solidifier la mise en œuvre des stratégies de promotion de la santé et des priorités.

Pour les acteurs connus, l'objectif sera d'ajuster leurs thématiques et orientations au Plan stratégique.

Il y a également un enjeu de territoire puisqu'il faut vraiment concerner toute la population bruxelloise dans ses multiples spécificités.

Dans le chef de l'administration, il importe qu'elle arrive à accompagner l'ensemble des opérateurs, d'une part, fonder un dispositif réel et cohérent qui articule des spécificités dans un modèle intégré, d'autre part.

Il faut rappeler également l'enjeu de départ qui consiste à repenser le recouvrement ou les liens qui peuvent exister entre la promotion de la santé et l'ambulatoire, avant de favoriser la transférabilité des acquis et des approches.

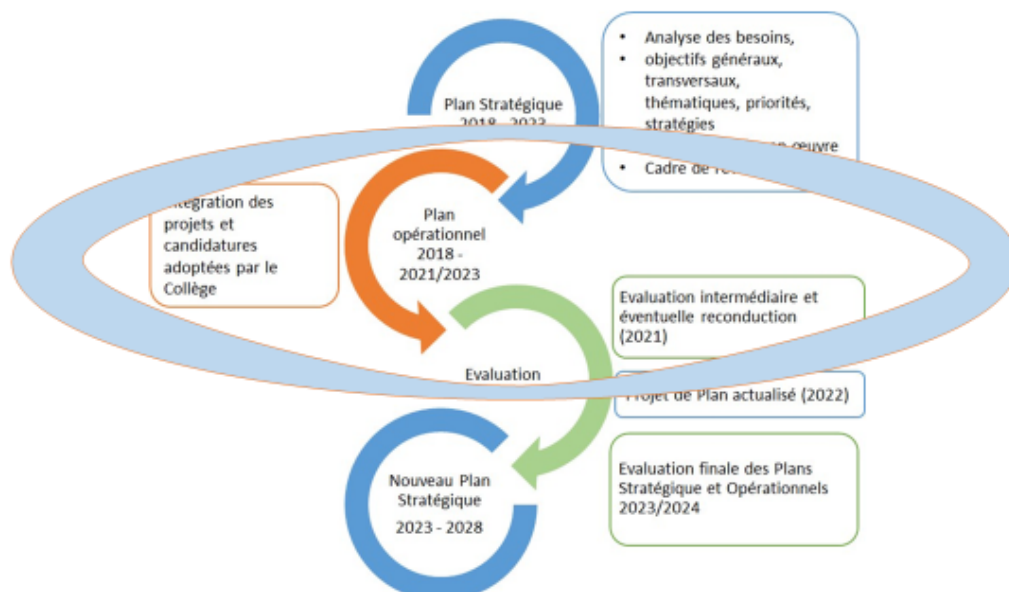
Par exemple, dans son programme, Alzheimer Belgique devrait parvenir à dégager sur sa thématique des acquis qui devraient pouvoir servir aux autres acteurs. Il appartiendra à l'administration et aux services d'accompagnement de garantir ce transfert.

Enfin, il faut pointer des enjeux globaux :

- s'inscrire dans la promotion de la santé au-delà des thématiques et des fonctions,
- garder à l'œil cette réalité bruxelloise, ses besoins et ses demandes,
- garantir l'approche territoriale,
- prendre en compte les évolutions contextuelles, notamment les nouveaux médias.

Les suites en regard du processus général (visuel 33)

Les suites en regard du processus général



La suite du processus est évidemment d'aboutir à ce que le Plan soit opérationnel.

Les prochaines étapes sont les suivantes :

- rencontrer les opérateurs pour ajuster les programmes,
- établir les relations avec les services-soutiens,
- mettre en lien les opérateurs,
- élaborer les rapports d'activités pour fonder l'évaluation prévue par la suite,
- *in fine*, parvenir à fusionner ce Plan stratégique et opérationnel et à dégager un réel outil de monitoring qui collera aussi avec l'évaluation.

Bravo et merci



Et merci!

L'oratrice souligne que le travail présenté est celui d'une large équipe qu'il convient de saluer et de remercier, tant au sein du Conseil consultatif que de l'administration de la Commission communautaire française.

1.4. Exposé complémentaire de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé

La ministre déclare reprendre la parole, en suite de l'exposé de Mme Mira Goldwicht, afin de pointer quelques éléments qui lui semblent particulièrement importants.

Tout d'abord, elle voudrait souligner l'importance des outils dont l'administration et le Gouvernement se sont dotés pour garantir l'équité dans le traitement des dossiers : des formulaires standardisés, une grille d'analyse communiquée préalablement aux opérateurs, les avis du Conseil consultatif et de l'administration formulés sur la base de la même grille. Cela permet une transparence de la procédure dès le début du processus.

Ensuite, elle entend souligner le dynamisme du secteur socio-sanitaire bruxellois. Comme cela a été dit, ce sont près de nonante dossiers qui ont été introduits. Il n'a pas été possible de répondre à toutes les demandes, certaines sortaient d'ailleurs des balises formulées dans le Plan de promotion de la santé, mais il y a bel et bien une énergie positive dans ce secteur. Bien qu'on évoque régulièrement ses inquiétudes, ses doléances ou sa fragilité, la ministre souligne son dynamisme et sa créativité.

Dans le même temps, il faudra aussi analyser pourquoi une bonne moitié des dossiers ont finalement été écartés. En effet, la ministre voudrait faire en sorte que le secteur de la promotion de la santé puisse s'ouvrir progressivement à de nouveaux acteurs et de nouveaux projets.

Le Conseil consultatif lui-même a mis en évidence dans ses débats qu'il était nécessaire de soutenir des acteurs qui, s'ils ne maîtrisaient pas toujours les termes et les concepts de promotion de la santé, développaient néanmoins des approches qui rejoignent ses principes et stratégies.

Les subsides en initiatives doivent permettre de soutenir ce type d'approches innovantes ou émergentes. Le service d'accompagnement et les services de support sont les outils adéquats pour accompagner ces approches émergentes, dans le cadre de la rédaction d'un dossier mais également dans la phase de mise en œuvre.

Au sujet de la thématique des attitudes saines

Il convient de souligner que plusieurs projets ou programmes transversaux l'abordent, parmi tant d'autres, selon une perspective de santé globale.

La ministre cite notamment :

- cultures et santé, à travers son travail en matière de littératie;
- les programmes de santé communautaire (les Pissenlits, Forest Quartier Santé, Réseau santé diabète);
- un programme de cohésion sociale qui souhaite développer un axe santé autour de l'alimentation et l'activité physique' au niveau local à Ixelles (projet en phase de réorientation vers les initiatives);
- Question Santé au travers de sa compétence en matière de communication (notamment communication 2.0) mais aussi le site mangerbouger.be;
- Le service Sipes (Ecole de santé publique de l'ULB), désigné comme service de support chargé du recueil et de l'analyse des données sur cette thématique.

Il lui semble néanmoins qu'il serait nécessaire d'analyser plus finement dans quelle mesure ces projets et programmes couvrent les pistes d'action figurant dans le Plan en lien avec cette thématique. À partir de là, les éventuels manques devront être comblés par des projets en initiatives ou par un nouvel appel spécifique à cette thématique.

Au sujet des concertations avec les autres entités

Le financement des opérateurs ne représente bien évidemment qu'une des facettes de la mise en œuvre du dispositif, comme cela a été illustré sur l'un des schémas qui ont été présentés.

L'importance de la concertation avec les autres niveaux de pouvoir doit se poursuivre et même s'intensifier sur certains points, dans le respect des compétences, mais également du rythme et des temporalités de chacun :

- avec la Commission communautaire commune dans le cadre du Plan santé qui devrait comprendre une partie significative concernant la médecine préventive;
- avec la Wallonie, puisqu'une partie importante des opérateurs sont financés par les deux entités;
- avec la Wallonie et la Fédération Wallonie-Bruxelles, pour formaliser les collaborations et les synergies sur différents dossiers : espaces gratuits pour les campagnes de promotion de la santé, articulation entre les différents plans, pistes de collaborations pour la thématique des attitudes saines, notamment;
- avec le niveau fédéral au sein de la Conférence interministérielle « Santé publique », notamment en lien avec le protocole en matière de prévention signé par tous les ministres de la Santé en début de législature.

La ministre souhaite mettre quelques points en évidence.

Le dispositif de promotion de la santé est opérationnel depuis le 1^{er} janvier 2018.

C'est important pour la Commission communautaire française qui exerce cette compétence depuis son transfert en 2014.

C'est aussi important pour le secteur. Avant même ce transfert, un audit et un projet de réforme en Fédération Wallonie-Bruxelles avaient soulevé des inquiétudes compréhensibles. L'incertitude n'étant pas un gage de stabilité, la ministre estime qu'un certain nombre d'étapes nécessaires ont été franchies à un rythme soutenu : accord sur le « *standstill* » en début de législature, élaboration et vote du décret, rédaction de l'arrêté d'exécution, élaboration du Plan et des appels à projets.

À présent, les divers opérateurs désignés peuvent développer leurs projets pour une période de trois à cinq ans. Les acteurs et réseaux qui ont été désignés pour une période de trois ans verront leur désignation prolongée de deux ans en cas d'évaluation positive.

Il s'agit d'un système qui permet un bon équilibre entre la nécessaire stabilité des institutions et la non moins nécessaire évolution des actions en fonction des besoins des citoyens bruxellois.

À propos du nouveau dispositif, il faut tout d'abord souligner qu'il permet de maintenir et de confirmer l'expertise accumulée depuis de nombreuses années par la plupart des acteurs de promotion de la santé.

En même temps, il ne s'agit pas d'une forme de « copier-coller » du secteur dont a hérité la Commission communautaire française : le dispositif constitue une nouvelle architecture, de nouvelles relations entre opérateurs seront à l'œuvre, et les rapports entre l'expertise et le terrain sont redéfinis selon des approches tantôt ascendantes, tantôt descendantes.

En termes de contenu, la ministre a tenu à soutenir des innovations qui ont trouvé une réponse dans les candidatures reçues :

- une préoccupation transversale pour la santé des femmes et pour les inégalités de santé basées sur le genre, qui se retrouve dans différents projets, mais aussi et surtout dans la constitution d'un nouveau réseau porté par l'asbl Femmes et santé;
- un soutien clair à la promotion de la santé en milieu carcéral, par le soutien renforcé à un acteur unique, l'asbl I-Care, qui est devenu en peu de temps un interlocuteur incontournable des autorités, tant au niveau régional qu'au niveau fédéral;
- en ce qui concerne les services, les expertises recherchées pour assurer le soutien nécessaire à la mise en œuvre du Plan ont toutes trouvé des candidats portant des dossiers de qualité.

1.5. Discussion

Mme Magali Plovie (Ecolo) remercie les deux oratrices pour leurs exposés respectifs.

Abordant les quarante et un projets qui n'ont été retenus, versus les trente-huit qui ont été retenus, elle demande si l'ensemble du Plan de promotion de la santé est couvert au final.

La ministre a par ailleurs précisé que certaines asbl pourraient encore être désignées en initiatives. Comment l'analyse va-t-elle se poursuivre concrètement ? Que reste-t-il comme budget disponible ? Y aura-t-il un nouvel appel à projets ?

Évoquant la volonté d'ajuster les premières analyses effectuées, la députée demande comment il est prévu d'agir concrètement à cet égard. S'agissant de dotations accordées pour trois ans ou cinq ans, quel est le processus qui sera mis en place ?

Trois visuels présentés indiquaient : « Initiatives soutenues, non reprises ici », notamment en matière d'IST et de personnes vulnérables. Qu'est-ce que cela signifie ?

Qu'en est-il de la participation du secteur ? Peut-on en savoir davantage sur le dialogue à mettre en place avec le Conseil consultatif et les associations ?

Qu'en est-il des liens et contacts menés avec la Région wallonne ? La clé de répartition 75/25 ne semble pas coller tout à fait à la réalité puisque nombre d'activités sont organisées à Bruxelles alors que le budget principal est issu de Wallonie. Les opérateurs désignés seront-ils en conséquence soutenus par la Région wallonne ? Des concertations ont-elles lieu à cet égard ?

Quant à l'objectif fondamental de transversalité – la santé dans toutes les politiques – comment sera-t-il mis en place au travers des différentes administrations et des cabinets ministériels ? Il y a quelques années existait la CIM Social-Santé. Sera-t-elle remise en place ? Comment la ministre entend-elle faire vivre cet objectif ?

À propos des milieux de vie « jeunes », comment cette partie sera-t-elle développée ? La ministre et l'administration vont-elles rediscuter avec les trente-huit opérateurs désignés ou de nouveaux projets seront-ils mis en place à travers un nouvel appel tenant compte des budgets disponibles ?

En termes de calendrier, la phase d'élaboration du Plan opérationnel est sur le point de commencer puisque l'exposé a fait état d'un processus à la charnière du Plan stratégique et du Plan opérationnel. Ce dernier sera-t-il, à un moment donné, déposé sur la table ?

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) remercie également les deux oratrices pour leurs présentations riches en enseignements, comme suite à la présentation du Plan de promotion de la santé en juillet 2017.

Il fait plaisir de constater qu'il y a toute une cohérence qui préside à la réflexion menée.

Chacun est conscient aujourd'hui que l'architecture présentée est complexe et que son accessibilité en est réservée aux initiés. Le sujet est passionnant mais difficile à appréhender dans sa globalité.

Par rapport aux objectifs généraux que la ministre et son administration se sont fixés, il serait intéressant de savoir comment seront définis les critères d'évaluation en regard de ceux-ci, à savoir la réduction des inégalités sociales de santé sur le territoire bruxellois, notamment, et celui de la transversalité. Ce dernier enjeu a déjà été abordé en commission de la Santé en d'autres circonstances. À titre d'exemple, il convient de citer la santé et le logement, l'urbanisme, la mobilité, c'est-à-dire toute une série de matières régionales qui peuvent se décliner à travers le prisme de la santé avec beaucoup de pertinence.

Quels sont les outils que l'on pourrait mettre en place afin qu'ils puissent être appropriés par les collègues ministres en charge des compétences régionales ou bicommunautaires susmentionnées ? Cette réflexion pourrait même être étendue à la dimension locale communale. L'approche du scrutin communal montre combien il fait sens d'indiquer dans les programmes une dimension locale de promotion de la santé, s'agissant d'une dimension caractérisée par la proximité, par les milieux de vie directement accessibles.

Dans quelles mesures le Plan de promotion de la santé peut-il fournir des outils aux acteurs locaux de la santé ?

Considérant que certains opérateurs désignés ont un champ d'actions aussi en Wallonie qu'à Bruxelles (par exemple, UCL RESO), il serait intéressant de savoir dans quelle mesure il y a une harmonisation dans les critères de sélection qui président au choix des projets sélectionnés.

Qu'en est-il des quarante et un projets non sélectionnés ? Quel est le sort qui leur est réservé ? Derrière leurs actions, il y a aussi des objectifs de promotion de la santé légitimes même s'ils sont différents de ceux définis dans le Plan. Ils méritent qu'un soutien leur soit apporté d'une façon ou d'une autre.

M. Michaël Vossaert (DéFI) remercie les auteures de la présentation et salue l'ensemble du travail réalisé par la cellule Santé.

Il est vrai qu'il y avait une volonté de réformer le secteur depuis au moins une dizaine d'années. La sixième réforme de l'État a permis de concrétiser cette réforme après la clause de *standstill* dont le but était de garantir la continuité des projets en cours.

La nécessité d'évaluer la réforme à moyen terme permet aujourd'hui d'esquisser des pistes pour améliorer la situation.

La valorisation du secteur se réalise à travers les appels à projets dans lesquels sont définis les objectifs transversaux. La ministre peut être félicitée à cet égard.

Abordant les dialogues menés avec les autres acteurs institutionnels, notamment la Région wallonne, ou ceux tenus en CIM, le député pointe que la ministre a été particulièrement attentive au dossier de la réduction des risques en matière d'alcool.

Ce dossier qui visait à mettre en place un Plan alcool n'a pas pu aboutir. La ministre a-t-elle été empêchée en conséquence de donner à cette problématique la place qu'elle mérite ?

Évoquant la candidature de l'asbl Ex Aequo, le député rappelle que ce dossier n'a pu être retenu alors que celle-ci mène des actions de prévention du VIH auprès d'un public d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Le service public francophone bruxellois a estimé que cette candidature était irrecevable. L'association pourra-t-elle cependant bénéficier d'un subside pour l'année 2018 ?

La priorité de prévention du VIH et autres IST est-elle adéquatement couverte aux yeux de la ministre, et ce par les réponses reçues dans le cadre de l'appel à projets ?

Plus spécifiquement, le dépistage délocalisé et démedicalisé du VIH est devenu une priorité afin de pouvoir inverser à terme la courbe de l'épidémie parmi le public particulièrement à risque. L'appel à projets a-t-il été l'occasion de soutenir des projets de dépistage de ce type ? La ministre peut-elle expliquer pour quels publics et dans quels types de lieux ces dispositifs se déploient ?

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS) se réjouit de la présentation réalisée puisqu'elle constitue l'aboutissement d'un travail gigantesque. Bien que doté d'une architecture complexe, le Plan stratégique présente une logique certaine. Il y a une gradation des priorités qui concerne d'abord l'individu, puis son environnement proche et enfin la société dans son ensemble.

Le programme 8 qui concerne les milieux de vie des jeunes est une thématique transversale qui exigera une mobilisation de plusieurs acteurs. Qui coordonnera les actions de ces acteurs de terrain ?

Les oratrices ont évoqué une évaluation à mener à l'issue de trois années. Suite à celle-ci, il sera décidé si chaque projet est amené à se poursuivre pour une durée de deux ans. Le député se demande s'il ne conviendrait pas de prévoir une évaluation intermédiaire.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) souligne que la complexité dénoncée par M. du Bus de Warnaffe était largement préexistante. Au contraire, le décret de promotion de la santé a permis de clarifier les choses notamment à travers une architecture nouvelle dans ce qui existait déjà (les services de support, les réseaux et les acteurs).

Les différents schémas ont bien montré les liens et la manière dont la promotion de la santé se présentait au travers des opérateurs susmentionnés et de leurs missions respectives. D'une situation complexe et donc riche, le décret a permis d'évoluer vers une lecture plus compréhensible des rôles de chacun.

Qu'il soit service de support, réseau ou acteur, chacun a ses missions et ses objectifs orientés vers ses publics, tenant compte de son tissu relationnel.

Pour le citoyen *lambda*, cette complexité n'a pas d'importance puisqu'elle n'est pas ressentie.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) précise que son propos n'avait pas trait à une complexité accrue du fait du décret de Promotion de la santé. Il s'agit d'une complexité existante en cette matière que ce soit avant ou après le décret susmentionné.

Il s'agit d'une réalité de terrain. Expliquer la promotion de la santé aux citoyens bruxellois, d'un point institutionnel, n'est pas évident.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS) confirme l'existence de cette complexité.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) admet que la matière est complexe compte tenu du point de vue institutionnel, d'une part, et des enjeux sociaux et de santé, d'autre part.

En ce qui concerne les projets qui n'ont pas été retenus, il faut constater effectivement que certains domaines ne sont pas directement couverts par la désignation d'un acteur. Cependant, les objectifs ou les priorités poursuivis se retrouvent de manière transversale. À titre d'exemple, la ministre cite les milieux de vie jeunes ou les projets spécifiques « femmes ».

L'appel à projets n'a donc pas couvert tous les domaines qui avaient été fixés mais il y aura la possibilité soit d'un nouvel appel à projets, soit d'une couverture par le budget Initiatives.

Le nombre de projets non retenus (41) peut sembler important. Il faut savoir que la plupart de ceux-ci sont issus de nouveaux acteurs qui ne s'inscrivaient pas correctement dans le Plan et que l'on pourrait qualifier de candidatures d'opportunité.

La très grande majorité des projets portés par les acteurs dans le « *standstill* » sont retenus. Certains ne le sont pas mais demeurent subsidiés par ailleurs, notamment via l'ambulatoire (par exemple, les maisons médicales ou les centres de planning familiaux). Ils ne se retrouvent pas sans moyen puisqu'ils bénéficient encore de subsides pour remplir leurs missions. Cependant, ils ne reçoivent pas de subsides complémentaires pour des actions spécifiques en promotion de la santé.

En ce qui concerne les outils mis à disposition, il faut souligner que tous les services de support constituent les premiers outils à disposition des acteurs qui mèneront leurs actions de promotion de la santé. L'Observatoire de la santé en est le meilleur exemple.

Évoquant la transversalité abordée par plusieurs députés, la ministre précise que le sujet revient régulièrement dans les débats. La transversalité existe déjà et se poursuivra bien évidemment.

Le *standstill* n'existe plus à Bruxelles et il en résulte que la clé de répartition a également disparu. Depuis le 1^{er} janvier 2018, Bruxelles a son décret en vigueur et la répartition budgétaire adéquate a été mise en place à l'égard des différents projets retenus. Il semble que la Région wallonne ait prolongé certains montants d'un an dans l'attente de l'adoption de leur décret prévue pour la fin de l'année.

En conséquence, certaines associations continueront à travailler pour les deux entités fédérées. Au niveau du travail avec les autres instances, il faut noter que des contacts réguliers sont établis avec la Commission communautaire commune (ministres et administrations). Le Plan santé de la Commission communautaire commune ne saurait tarder et il apparaît déjà des points de rencontres, des collaborations et des complémentarités dans certains secteurs, à l'exclusion de toute concurrence et dans un objectif permanent de clarification du système global.

La CIM Santé se réunit plusieurs fois par an et fonctionne bien. Depuis le début de la législature, il n'y a pas eu de CIM Social-Santé. À propos de la problématique alcool soulevée par M. Vossaert, la transversalité a permis la présence d'autres ministres que ceux de la Santé au sein de la CIM.

Certains dossiers nécessiteront bien sûr la poursuite de ces contacts, telle que la procédure liée aux espaces publicitaires.

Mme Mira Goldwicht (coordinatrice de la cellule « Promotion de la Santé » de la Commission communautaire française) entend préciser le processus d'affinement évoqué dans son exposé.

Le secteur a déposé un certain nombre de projets. Tous les axes proposés ne collaient pas aux priorités du Plan. L'administration a parfois remis un avis favorable pour, par exemple, deux tiers d'un programme. Un tel avis a été envoyé au cabinet de la ministre qui a lui opéré les arbitrages nécessaires. C'est pour cette raison que certains opérateurs n'ont que deux tiers du budget.

Aujourd'hui, l'étape suivante consiste à travailler avec les opérateurs pour qu'ils réajustent leurs programmes en fonction des attentes du Plan mais en tenant compte de ce que l'administration puisse être attentive à leur expertise. Il s'agit donc d'une collaboration visant à redéfinir les actions de terrain.

Pour la suite, l'administration travaillera avec les services de support et d'accompagnement pour assurer une mécanique tant ascendante que descendante. Des rencontres d'acteurs sont prévues aux seules fins de présenter le dispositif et les mettre en lien. Ceci est particulièrement important pour les acteurs qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble parce qu'ils appréhendent deux thématiques en même temps. L'administration a un rôle important à jouer.

Cette collaboration a commencé à l'élaboration du Plan et se poursuit encore.

En ce qui concerne la couverture du Plan, il n'est pas possible, en l'état, de réaliser une analyse plus fine que celle qui a été établie au niveau des grandes priorités. Il y a cependant de nombreux recoupements. La grande majorité des priorités est comblée mais il n'est pas encore possible de le donner à voir au niveau des stratégies. Par exemple, en ce qui concerne les jeunes, beaucoup d'associations leur consacrent de l'énergie. Cependant, lorsqu'elles déclarent que le cœur de leurs actions porte sur la prévention des IST, elles ne précisent pas quelles stratégies elles vont déployer pour quels publics. C'est précisément ce qui sera dégagé dans l'affinement de l'analyse, à la charnière du Plan stratégique et du Plan opérationnel.

Pour ce qui est de l'évaluation au terme de trois ans, il convient d'avoir à l'esprit que nombre d'acteurs désignés bénéficiaient déjà d'un financement quinquennal, tandis que d'autres jouissaient de budgets en initiatives, c'est-à-dire accordés annuellement.

Le délai de trois ans constitue donc un confort de travail. L'administration rencontrera les acteurs une fois par an et recevra, par ailleurs, les rapports d'activités annuels.

D'un point de vue purement pragmatique et de terrain, le choix de ce délai s'avère donc tout à fait pertinent.

Un calendrier d'évaluations est d'ores et déjà balisé. L'administration commencera à travailler avec les opérateurs au moment de la première élaboration des rapports d'activités. Les premières informations seront récoltées en 2019-2020 et la première évaluation est fixée à 2022.

Il faut avoir à l'esprit que lorsque l'on vise la réduction des inégalités sociales en santé, à partir de la promotion de la santé, il n'est pas permis de se fixer des objectifs chiffrés.

C'est avec la collaboration des services de supports et d'accompagnement ainsi que celle d'autres partenaires institutionnels que l'on va mesurer finement comment converger vers les objectifs fixés. Un des critères dans la grille d'analyse des projets déposés portait sur les stratégies mises en place par chaque opérateur pour mesurer son action sur les initiatives Social-Santé.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) souligne qu'en matière de réduction des risques en alcool, il implique d'agir tant sur la réduction de la demande que sur la réduction de l'offre. C'était tout l'intérêt d'élaborer un Plan alcool au niveau national. Ce n'a pas été possible puisque le Gouvernement fédéral a laissé des intérêts économiques prendre le dessus et omettre de laisser la priorité à la santé publique.

Cependant, cette prise de position n'empêche pas les entités fédérées, dont la Commission communautaire française, de prendre leurs responsabilités. Le Plan de promotion de la santé intègre la réduction des risques liée à la consommation de drogues illégales et légales, y inclus l'alcool.

Les désignations et les financements décidés par le Gouvernement francophone bruxellois permettent de consolider deux projets orientés spécifiquement vers ces problématiques :

- le groupe porteur « Jeunes, alcool et société » sous la forme d'un réseau de l'asbl Univers Santé. Ce groupe se compose de plusieurs associations travaillant auprès des jeunes. Il mène des actions de sensibilisation, d'information, de plaidoyers, de veilles et de recueils de données. Son approche est multidimensionnelle et permet de travailler sur divers déterminants de la consommation d'alcool, les acteurs éducationnels, environnementaux, réglementaires, etc.;
- le projet de réduction des risques en milieu étudiant, mené par l'asbl Modus Vivendi. Il était antérieurement financé en initiatives; il est dorénavant intégré dans le Plan de promotion de la santé et doté d'une subvention pluriannuelle.

À côté de ces deux projets, d'autres intègrent cette problématique de l'alcool parmi d'autres actions : les actions et réseaux « Milieux festifs » de Modus Vivendi, le renforcement des compétences des médecins généralistes en promotion de la santé (l'alcool est un thème prioritaire de ce programme porté par la Société scientifique de médecine générale et l'asbl Promotion de la santé et de la médecine générale), les actions de prévention de l'usage de drogues auprès des jeunes (Infor-Drogues), ...

Il s'agit donc d'une série d'actions de promotion de la santé qui complètent d'autres actions menées dans le cadre du décret ambulatoire.

L'asbl Ex Aequo a été le sujet d'interpellations développées lors des dernières séances plénières du Parlement francophone bruxellois. Leurs responsables ont été rencontrés suite à la décision de non-recevabilité de leur projet. L'association a alors remis un dossier en initiatives et la décision du Gouvernement, à cet égard, est imminente.

Mme Magali Plovie (Ecolo) demande s'il s'agit de projets repris dans les visuels sous les mots « une initiative soutenue non reprise ici ».

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) précise qu'au total il s'agit de quatre projets soutenus de cette manière. Il a été estimé que, même s'ils n'entrent pas parfaitement dans le cadre du Plan de promotion de la santé, ces projets présentent des profils intéressants tels qu'il importe de les soutenir en initiatives, au-delà de tout ce qui a déjà été mentionné dans les visuels 24 et 25.

La globalité de ces interventions permet de couvrir largement cette problématique primordiale du Plan de promotion de la santé.

Mme Magali Plovie (Ecolo) tient à remercier Mme la ministre et l'administration de pouvoir fournir, à ce stade-ci, une série d'éléments de clarification. La problématique globale semble complexe et les différents éléments ont l'air de s'emboîter pas à pas.

À propos de l'affinement de l'analyse des projets, il semble qu'il y ait un lien avec ceux qui sont soutenus en initiatives. Si l'affinement de l'analyse laisse apparaître que des éléments du Plan de promotion de la santé ne sont pas couverts par les projets déposés, y aura-t-il, le cas échéant, un nouvel appel à projets ? Comment va se présenter le calendrier des opérations ?

Par ailleurs, rejoignant les remarques de M. du Bus de Warnaffe, la députée s'inquiète de la perte de certaines activités, eu égard au fait que certains projets ne sont retenus que pour partie. Ces parties de projets pourraient-elles être récupérées ou reprises en initiatives ou risquent-elles d'être définitivement perdues ?

Enfin, la notion de transversalité a été largement abordée et l'importance de la Promotion de la santé dans les compétences régionales a été soulignée. Il faudrait presque réfléchir à en faire une compétence régionale tant on la retrouve dans toute sorte de matières (qualité de l'air, alimentation, logement, ...).

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) estime qu'il a reçu peu d'éléments de réponse concernant son intervention relative aux enjeux communaux. En termes de transversalité, les acteurs communaux représentent un des bras politiques intéressants du fait de leur proximité à l'égard des citoyens. En conséquence, toute une série de

pans de la promotion de la santé pourraient être appropriées par les politiques communales (activités sportives, activités physiques des seniors, ...).

Donner aux communes des outils existants déjà au niveau de la Commission communautaire française est primordial. Il faut leur donner un lien vers les acteurs de la promotion de la santé. Ceci ne demande pas de gros investissements mais il faut que se dégage une volonté politique à cet égard.

M. Michaël Vossaert (DéFI) estime que les réponses de la ministre et de son administration largement rassurantes puisqu'il a été permis de reprendre certains projets en initiatives, d'une part, et de donner à la problématique de l'alcool la place qu'elle mérite, d'autre part.

À l'attention de M. du Bus de Warnaffe, il précise que, dans le cadre des appels à projets, des structures communales peuvent répondre et s'inscrire ainsi dans la politique développée par la Commission communautaire française.

Le secteur associatif communal pourrait donc, à cet égard, être valorisé.

Concernant le solde du budget en initiatives, **Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé)** rappelle quatre allocations de base ont été créées :

- une AB pour les services (support et accompagnement);
- une AB pour les réseaux;
- une AB pour les acteurs
- et une AB générique.

Lorsque le budget a été voté, la totalité du montant figurait dans l'AB générique puisque la répartition entre les trois autres AB n'était pas encore connue.

La ministre-présidente en charge du Budget a autorisé les transferts de cette AB générique vers les trois autres susmentionnées.

Le solde figurant au crédit de l'AB générique sera attribué à l'asbl Ex Aequo et aux trois associations évoquées supra.

Par ailleurs, il subsiste d'autres initiatives qui n'ont pas souhaité s'inscrire dans le Plan de promotion de la santé.

Enfin, en cours d'année, certains ajustements peuvent être réalisés.

Il ne faut donc pas oublier que tous les projets qui étaient soutenus en initiatives n'ont pas choisi de déposer un projet dans le Plan de promotion de la santé. Il n'en demeure pas moins que leurs actions sont très intéressantes.

Abordant la thématique de la transversalité, la ministre ajoute que le sujet a déjà été largement abordé au sein de cette commission. On ne peut pas demander à un seul ministre qu'il soit à la fois le ministre de la Santé, du Logement, de la Mobilité, de l'Environnement, ... Il ne faut cependant pas croire que toutes ces matières sont cloisonnées. La ministre de l'Environnement sait à quel point la qualité de l'air est un élément essentiel de la politique de la Santé, etc.

Cette transversalité existe de facto et les ponts et liens entre les différentes matières existent bien entendu. Il y a un travail constant de conscientisation des administrations compétentes en ces matières.

En ce qui concerne le niveau communal, la ministre rappelle qu'elle n'a pas la compétence d'accorder un soutien direct aux communes. Cependant, un certain nombre d'opérateurs soutenus par la Commission communautaire française mènent des actions au niveau local. Les communes, d'un point de vue purement institutionnel, n'ont plus de compétence en matière de santé mais elles peuvent encourager la promotion de celle-ci dans le cadre d'autres actions (sociales, sportives, ...).

Les asbl qui œuvrent en matière de santé communautaire (par exemple, les maisons médicales) travaillent sur des approches de territoire. Cette approche territoriale est prise en considération à l'échelle communautaire.

Les acteurs sont présents, les services d'accompagnement les soutiennent et les communes peuvent faire appel aux opérateurs désignés.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) évoque les objectifs transversaux du visuel 6 et estime qu'il est difficilement acceptable d'afficher l'objectif de « favoriser et promouvoir la santé dans toutes les politiques », d'une part, et affirmer, par ailleurs, une certaine impuissance en se retranchant derrière des acteurs désignés, d'autre part.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) souligne que les acteurs désignés et soutenus par la Commission communautaire française peuvent mener des actions au niveau local. C'est ainsi, notamment, que s'exprime la transversalité évoquée.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) ajoute qu'à son estime, « favoriser et promouvoir la santé dans toutes les politiques » implique *a minima* de mettre à disposition un outil qui permet aux acteurs des autres niveaux politiques de comprendre ce qu'est la promotion de la santé à tous les échelons.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) précise qu'ils n'ont pas un outil à disposition mais toutes les associations actives dans ce domaine.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) conclut que ce débat renvoie à celui de la nécessité de s'accorder sur les fondamentaux de la Promotion de la santé. À partir du moment où ceux-ci seront déterminés, compris et maîtrisés, ils pourront être déclinés dans toutes les politiques.

1.6. Approbation du rapport

Il est fait confiance à la présidente et au rapporteur pour l'élaboration du rapport.

La Rapporteur,

André du Bus de Warnaffe

La Présidente,

Martine Payfa

