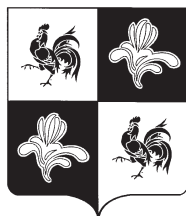


Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



4 juillet 2017

SESSION ORDINAIRE 2016-2017

**PRÉSENTATION 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. Zahoor Ellahi MANZOOR

SOMMAIRE

1. Désignation du rapporteur	3
2. Exposé de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé.....	3
3. Exposé de Mme Mira Goldwicht, chercheuse/coordinatrice au service de la Santé de l'administration de la Commission communautaire française.....	6
4. Discussion	6
5. Approbation du rapport.....	17
6. Annexes	18

Ont participé aux travaux : M. André du Bus de Warnaffe, Mme Zoé Genot, M. Amet Gjanaj, M. Abdallah Kanfaoui, M. Hasan Koyuncu, M. Fabian Maingain (supplée Mme Barbara d'Ursel de Lobkowicz, excusée), M. Zahoor Ellahi Manzoor, Mme Martine Payfa (présidente) et M. Gaëtan Van Goidsenhoven (supplée M. Alain Destexhe).

Étaient également présentes à la réunion : Mme Magali Plovie (députée), Mme Cécile Jodogne (ministre) et Mme Mira Goldwicht (service de la Santé de la Commission communautaire française).

Mesdames,
Messieurs,

La commission de la Santé a, en sa réunion du 4 juillet 2017, entendu la présentation du Plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022 du Gouvernement francophone bruxellois.

1. Désignation du rapporteur

M. Zahoor Ellahi Manzoor a été désigné en qualité de rapporteur.

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

Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé est particulièrement heureuse de présenter le Plan de promotion de la santé 2018-2022 du Gouvernement francophone bruxellois. Il s'agit, en effet, d'un moment important sur le plan politique et pour les acteurs de terrain qui travaillent au quotidien dans le secteur de la promotion de la santé.

Tout d'abord, sur le plan politique, l'entrée en vigueur de ce Plan marque une étape importante dans un processus enclenché lors du transfert de la compétence de la promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles vers la Wallonie, d'une part, et vers la Commission communautaire française, d'autre part. Pour rappel, ce transfert a été décidé lors de la précédente législature dans le cadre des accords intra-francophones faisant suite à la sixième réforme de l'État. Afin d'accueillir cette compétence à Bruxelles, un décret a tout d'abord été voté en février 2016. Ce décret prévoit l'élaboration d'un Plan de promotion de la santé définissant, pour une durée de cinq ans, les priorités thématiques et stratégiques qui seront mises en œuvre. C'est ce Plan qui est présenté aujourd'hui en commission de la Santé.

La ministre profite de l'occasion pour remercier l'administration, le Service public francophone bruxellois qui a, comme le prévoit le décret, élaboré le projet de Plan en réalisant notamment un travail de synthèse de données et de consultation de divers acteurs. Ce travail d'envergure a été réalisé dans des délais assez courts et le résultat est probant.

Pour les acteurs de terrain, la ministre pense pouvoir dire qu'il s'agit aussi d'un moment important. En effet, depuis le transfert de compétences, ces acteurs ont été financés dans le cadre du *stand-still*. Ils ont donc continué à recevoir annuellement des subventions égales à celles qu'ils recevaient avant le transfert de compétences, pour un tiers de la part de la

Commission communautaire française et pour $\frac{2}{3}$ de la part de la Région wallonne.

Le *stand-still* constituait donc une garantie pour les acteurs, qui correspondait à un engagement de début de législature. Mais cette situation de *statu quo* n'a pas vraiment permis de questionner le fond des différents projets existants, leur inscription dans le paysage socio-sanitaire et leurs perspectives d'évolution en fonction des besoins des Bruxelloises et des Bruxellois.

À cet égard, le Plan de promotion de la santé peut être considéré comme un outil qui permet ce questionnement, cet échange entre, d'une part, le niveau politique, qui définit des priorités sur la base d'une analyse des besoins et, d'autre part, les opérateurs en promotion de la santé qui mettent leur savoir-faire et leur créativité au service de ces priorités.

La ministre parle, en effet, de questionnement car le transfert de compétences a résolument induit une logique et une dynamique régionales en matière de promotion de la santé. Les projets qui seront soutenus devront correspondre à des priorités bruxelloises et prendre en compte dans leur mise en œuvre les spécificités de la Région bruxelloise.

Ce Plan se base avant tout sur une analyse du contexte bruxellois et des besoins de la population.

En ce qui concerne le contexte, la ministre rappelle que la population bruxelloise est extrêmement diversifiée et est plus jeune que dans les deux autres Régions du pays. Son caractère urbain, son statut de « grande ville », sa diversité ethnique et culturelle, l'importance de populations en situation d'exil et les disparités de diplômes et de revenus constituent quelques-uns des facteurs qui déterminent l'état de santé de la population et qui expliquent également la présence d'inégalités importantes en matière de santé entre groupes sociaux mais également au niveau territorial. Plus les personnes ont un diplôme ou un revenu faible, moins leur état de santé est satisfaisant. Il faut évidemment en tenir compte dans les politiques qui sont menées.

Le Gouvernement dispose également de données qui fournissent des indications sur l'état de santé de la population bruxelloise et ses besoins. La ministre ne peut évidemment qu'en citer un petit nombre à titre d'exemples :

- En 2013, un quart de la population bruxelloise ne se percevait pas en bonne santé. Or la santé perçue est corrélée avec le niveau d'éducation : plus celui-ci est faible, moins les gens ont tendance à se percevoir en bonne santé.

- Toujours en 2013, près d'un quart des ménages bruxellois déclarait reporter des soins pour raisons financières. La part de ces ménages augmente progressivement à mesure que le niveau de revenus diminue.
- Près de 13 % de la population souffre d'obésité.
- Et on peut poursuivre en ce qui concerne l'alcool, le tabac, les infections sexuellement transmissibles, etc.

À propos des données, la ministre tient à souligner l'excellente collaboration qui a pu avoir lieu tout au long de ce travail entre l'Administration et l'Observatoire de la santé et du social de la Commission communautaire commune. Elle a tenu, dès l'élaboration du Décret de promotion de la santé, à ce que des synergies fortes puissent être concrétisées avec l'Observatoire, qui constitue un outil reconnu d'aide à la décision en Région de Bruxelles-Capitale.

Tous ces constats ont été synthétisés et ensuite traduits en un Plan stratégique qui se structure en trois priorités transversales et dix priorités thématiques. Un tableau récapitulatif qui a été distribué aux membres de la Commission reprend les éléments essentiels.

Les priorités transversales portent tout d'abord sur la qualité des interventions qui seront soutenues :

- développement de moyens de communication modernes et adaptés aux réalités des différents groupes cibles, notamment les plus vulnérables,
- renforcement des compétences des acteurs de terrain,
- promotion d'une culture de l'évaluation au sein du secteur et valorisation des « bonnes pratiques ».

Ensuite, la ministre a souhaité donner une place centrale à la question des inégalités de genre et à celle de la santé des femmes dans le Plan, en invitant les acteurs à mettre en place des projets spécifiques à destination des femmes et de leur santé, mais aussi à intégrer une préoccupation pour le genre de manière transversale à travers la constitution d'un réseau spécialisé dans ce domaine. On sait que les hommes et les femmes ne sont pas égaux en matière de santé notamment en ce qui concerne la distribution et la fréquence des pathologies ou encore le mode de recours aux soins. Comme pour la question des inégalités sociales, il s'agit d'adapter les actions aux spécificités et aux besoins des différents publics.

Le Plan comporte un axe d'intervention vis-à-vis de la population dans son ensemble et un axe plus spécifique permettant d'intervenir auprès de publics

prioritaires ou au sein de milieux de vie particuliers. Parmi les publics prioritaires, on retrouve :

- les jeunes;
- les femmes;
- les migrants;
- ou encore différents publics cumulant diverses formes de vulnérabilité.

Parmi les milieux de vie particuliers, on peut citer :

- les milieux festifs;
- les lieux de vie des jeunes, notamment scolaire et extra-scolaire;
- le milieu carcéral;
- etc.

Les objectifs thématiques combinent la prévention de problèmes de santé et les interventions globales dans des milieux de vie ou auprès de publics cibles prioritaires.

Sans rentrer dans les détails, l'accent sera mis entre autre sur les points suivants :

- promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique : il s'agit d'une nouvelle priorité forte, et peu de projets existent actuellement en promotion de la santé dans ce domaine. Cet axe vise la diminution de plusieurs problèmes de santé tels que le surpoids, l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires mais aussi l'amélioration du bien-être de la population de manière générale;
- promotion de la santé mentale : beaucoup de services sont agréés en ambulatoire dans ce domaine, mais la possibilité de soutenir des pratiques innovantes s'attachant aux déterminants de la santé mentale sera envisagée;
- dépistage des cancers : deux programmes organisés existent actuellement, celui du cancer du sein et celui du cancer de l'intestin. L'objectif est d'améliorer le fonctionnement de ces programmes, leur couverture et de leur disponibilité pour tous les citoyens bruxellois, via une concertation avec les autres entités concernées, en particulier la Commission communautaire commune;
- prévention des infections sexuellement transmissibles : les programmes de prévention doivent continuer à viser la population générale pour ce qui concerne les infections sexuellement trans-

missibles dans leur ensemble. Ces programmes doivent par ailleurs s'articuler avec des démarches plus spécifiques visant des publics particulièrement exposés au risque d'infection par le VIH. Le dépistage délocalisé et démedicalisé sera amené à se développer;

- prévention et réduction des risques en matière d'usage de drogues licites (notamment l'alcool) et illicites : cet axe renvoie à des actions diverses telles que la réduction des risques liés à la consommation d'alcool en milieu étudiant, le *testing* de pilules en milieux festifs ou encore la coordination des programmes d'échange de seringues pour les usagers de drogues injecteurs. De plus, malgré l'impossibilité de trouver un accord sur le Plan alcool avec le Gouvernement fédéral en Conférence interministérielle santé publique, la ministre souhaite renforcer les projets de prévention dans ce domaine.

La santé communautaire sera également soutenue; elle permet une approche globale de la santé, qui renforce notamment les capacités des individus et des collectifs à l'échelle des quartiers, dans une optique d'*empowerment*.

La ministre souhaite, d'ailleurs, que la notion d'*empowerment* soit un fil conducteur de ce Plan. On sait que la participation active des bénéficiaires est devenue un concept central dans différents domaines. Différentes « bonnes pratiques » sont déjà développées à Bruxelles à ce sujet et elle souhaite pouvoir contribuer à les consolider, les valoriser et les diffuser.

Comment ce Plan va-t-il être concrètement mis en œuvre ?

Des appels à candidatures et des appels à projets basés sur les priorités du Plan ont été rendus publics depuis le 15 juin et restent ouverts jusqu'au 15 septembre. Ils permettront de financer dès le 1^{er} janvier 2018 les opérateurs qui seront chargés de la mise en œuvre.

Le décret et le Plan prévoient plusieurs types d'opérateurs.

- Des acteurs de terrain seront financés afin de travailler, soit directement avec les publics cibles prioritaires, soit via les relais en contact avec la population. Ces relais peuvent être issus de secteurs très divers et ne se limitent donc pas à celui de la santé.
- Des services mettront quant à eux leur expertise scientifique à la disposition des acteurs de terrain dans le but d'améliorer la qualité de leurs interven-

tions, en leur fournissant par exemple des données utiles relatives à certaines problématiques de santé ou encore au sujet de certaines méthodologies de travail validées scientifiquement.

- Enfin des appels sont prévus pour favoriser le travail en réseau selon une approche multidisciplinaire autour d'une question prioritaire de santé, autour d'un milieu de vie ou autour d'une méthodologie de travail. Quatre priorités ont été retenues en termes de travail en réseau pour ce premier Plan : la consommation d'alcool, la réduction des risques en milieu festif, la question transversale du genre en matière de santé et la prévention des mutilations génitales féminines.

Il convient de dire quelques mots au sujet du budget qui va permettre de financer les services et les projets qui seront sélectionnés dans le cadre de cet appel. Le budget 2018 n'est évidemment pas encore confectionné. Le montant dédié à la promotion de la santé est actuellement d'environ 4,2 millions d'euros. La ministre a bon espoir d'augmenter ce montant pour pouvoir déployer les priorités qui sont présentées aujourd'hui, et ce, dès 2018. Elle rappelle à ce sujet que le fait d'investir en prévention et en promotion de la santé permet, à terme, de diminuer les problèmes de santé et en toute logique de diminuer également les coûts pour la collectivité liés à la prise en charge des problèmes de santé.

Qui dit Plan dit aussi évaluation. Il est important de se doter d'outils à la fois souples et efficaces pour pouvoir mesurer à intervalles réguliers les avancées obtenues à travers les différentes interventions préconisées par le Plan. Elle souhaite qu'une culture de l'évaluation s'ancre durablement dans le secteur afin que les politiques menées puissent être analysées, débattues et au besoin, réorientées.

Le Plan ne définit pas des actions à mener uniquement sur le terrain, il comporte aussi de nombreuses actions qui relèvent du politique, principalement en termes de concertations interministérielles. Cela participe du principe de "La santé dans toutes les politiques" développé par l'OMS, qui estime que toutes les politiques peuvent avoir un impact sur la santé, et que celle-ci doive, par conséquent, constituer une préoccupation transversale.

Ce point représente un enjeu de taille à Bruxelles où la complexité institutionnelle ne doit pas être un frein à la promotion de la santé de la population. C'est pourquoi, une concertation a eu lieu entre la Commission communautaire française et la Commission

communautaire commune, afin de mettre en place des mesures de gouvernance permettant une concertation structurelle en matière de santé au niveau régional, mais aussi des synergies en matière de médecine préventive. Ces mesures sont décrites dans le Plan santé de la Commission communautaire commune qui devait normalement être présenté avant les vacances d'été 2017.

Pour conclure, la ministre souhaitait avec ce premier Plan bruxellois de promotion de la santé définir des priorités claires en termes de problématiques, de publics, de stratégies et de lieux d'interventions, en permettant le croisement d'approches thématiques et d'approches globales. À l'intérieur de ces priorités, les opérateurs ont toute latitude pour proposer des projets et des services qui allient la rigueur et la créativité.

La ministre sera particulièrement attentive à la question de l'efficience. Les budgets de la Commission communautaire française sont limités, les besoins de la population sont immenses. Elle souhaite que chaque euro investi le soit pour répondre de manière efficace à des besoins clairement identifiés. Les acteurs de terrain comprennent toute l'importance de travailler plus que jamais en synergie, en concertation, autour de projets communs, en parfaite complémentarité. Et si certains opérateurs se regroupent pour diminuer des frais de gestion et maximiser les frais dédiés à l'action, la ministre ne pourra que soutenir ces démarches!

La ministre souligne l'avis du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé, et en particulier la section 'promotion de la santé' de ce Conseil, qui, comme le prévoit le Décret, a remis un avis sur le projet de Plan qui lui a été soumis au mois de mai dernier. La section a formulé un avis positif, très étayé, qui a été très largement intégré dans la version finale du Plan telle que soumise au Gouvernement.

Lors du lancement des appels à la mi-juin, la ministre a invité les acteurs intéressés à une réunion d'information qui s'est tenue le 28 juin 2017 au cabinet et a ainsi pu leur présenter le contenu du Plan et les attentes du Gouvernement vis-à-vis des opérateurs qui se porteront candidats pour contribuer à sa mise en œuvre. Le cabinet et l'administration ont également pu répondre aux questions des acteurs de terrain.

Cette réunion a mobilisé un grand nombre de personnes et d'institutions (une centaine de personnes en tout), ce qui témoigne du dynamisme de ce secteur et de l'enthousiasme que suscitent les questions liées à la santé en région bruxelloise.

3. Exposé de Mme Mira Goldwicht, chercheuse/coordinatrice au service de la Santé de l'administration de la Commission communautaire française

Il est renvoyé à la présentation PowerPoint en annexe du rapport intitulée : « point II, retour sur l'élaboration du Plan de promotion de la santé par l'administration de la Commission communautaire française ».

4. Discussion

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS) tient, au nom du groupe PS, à saluer le travail accompli par la ministre qui réalise un élément fondateur inscrit dans la droite ligne du décret sur la promotion de la santé.

Il souligne la volonté affichée de procéder de manière participative et concertée avec l'administration, le conseil consultatif et les acteurs de terrain.

À la page 12, la ministre éclaire sur la méthodologie d'élaboration du Plan et cela suscite certaines questions :

Certaines associations « ressources » avaient été identifiées par le cabinet et l'administration avant le début du travail de planification. Quelles sont-elles ?

Elles ont été mobilisées lors de l'élaboration du Plan stratégique.

Des acteurs se sont aussi présentés spontanément et ont offert leurs expertises. Lesquels ? La ministre a-t-elle l'impression que ces associations sont représentatives ? Y a-t-il eu de grands absents au débat ? Qui pourrait utilement venir compléter le portrait et l'expertise ?

Les associations de patients ont-elles été associées aux réflexions ?

Le processus intègre-t-il bien un travail de mise en œuvre et d'évaluation intégrant un travail par les « pairs » ?

Au début du travail de planification, l'administration a précisé par écrit aux acteurs financés dans le cadre du stand still la manière dont elle envisageait la collaboration avec le secteur.

Ces explications ont aussi été fournies oralement lors de plusieurs rencontres ?

Certaines problématiques envisagées par le Plan étaient déjà abordées par des réseaux, des concer-

tations ou encore des groupes de travail tandis que pour d'autres, rien n'existait.

L'existence préalable d'une structuration des acteurs autour d'une thématique a facilité la récolte de données servant à la planification. Le niveau de structuration a également déterminé l'organisation de concertations par les acteurs eux-mêmes ou à la demande de l'administration.

Ces rencontres ont permis de relayer des questions émanant de l'administration, comme elles ont pu servir à mettre à jour des documents de planification issus de certains secteurs (SIDA ou assuétudes par exemple) qui ont ensuite été utilisés.

Une collaboration fructueuse s'est également établie entre l'administration et 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.

La ministre apprécie le travail de bonne collaboration qu'il y a eu avec l'Observatoire du Social et de la Santé. Il est donc permis d'insister particulièrement sur l'excellent rapport émis sur la sous-protection sociale et le non recours au droit qui livre de nombreux éléments de réflexions et pistes. Comment ceux-ci sont-ils intégrés dans le présent Plan ? Pour le Groupe PS, il est essentiel que les problématiques abordées tiennent compte de ce prisme, de cette grille de lecture.

L'administration a rencontré la section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé à deux reprises. Au démarrage du travail de planification, le Conseil consultatif a rendu un avis d'initiative qui a pu être en majeure partie suivi. Une fois le Plan élaboré et dans le but de saisir le Conseil consultatif pour qu'il rende un avis sur le Plan avant son passage au Collège, une présentation du Plan stratégique a également été faite.

L'intervenant souhaite savoir si un deuxième avis, cette fois, sur le travail accompli a été rendu par le Conseil consultatif et si ce dernier est satisfait de la manière dont leurs recommandations ont été intégrées.

Parallèlement, des rencontres ont eu lieu avec le cabinet du ministre wallon de la Santé et des contacts ont été pris avec l'AVIQ de la Région wallonne, afin de poser les bases nécessaires à la collaboration entre la Région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne en matière de promotion de la santé. Qu'en est-il exactement ? Des contacts ont-ils été pris avec la Commission communautaire commune ? Comment cela s'articule dans le Plan de santé ?

Par ailleurs, à côté du concept de « diagnostic communautaire », il était question d'intégrer le concept « d'analyse partagé » mobilisant les citoyens et les acteurs d'un territoire pour construire une analyse des besoins et des ressources d'un territoire. Comment cette méthodologie, directement inspirée de la Communauté française et le décret sur les centres culturels, est-elle intégrée dans les méthodologies de mise en œuvre du Plan ou son processus ?

Sans étonner personne, l'intervenant précise que le Groupe PS sera particulièrement attentif à la question des inégalités sociales et socio-spatiales. L'intervenant note tout particulièrement les points d'attention (pages 7 et 8) sur les concepts d'inégalités sociales de santé, de gradient social ainsi que de vulnérabilité et de précarité.

À ce titre, il tient à souligner l'attention que la ministre y porte comme le groupe PS s'y était engagé. Il conviendra de s'assurer que cela se traduise, en termes concrets, en objectifs évaluables de manière qualitative (et pas seulement quantitative) en impliquant les pairs, les publics-cibles en consultant le terrain, en recourant à la documentation scientifique dès la mise en œuvre (et pas comme souvent ex post) au diagnostic communautaire et à l'analyse partagée.

Dans cette perspective en pages 23 et 24, la ministre cible comme publics prioritaires certains groupes qui cumulent les vulnérabilités, les fragilités et les facteurs de risques.

Le groupe PS rejoint la ministre sur cette nécessité et dans le diagnostic posé en estimant qu'il faut des actions spécifiques intégrant une approche des publics combinée avec une approche du milieu de vie.

De même en page 28, dans un intitulé « Territoire et communauté », la ministre précise que certains espaces, comme des quartiers, ou des types de milieux de vie, comme l'école, accueillent davantage que d'autres des populations qui cumulent les vulnérabilités ou s'avèrent être des terrains d'interventions efficaces.

Les indicateurs épidémiologiques et socio-économiques des personnes par quartier ou par espace et milieux de vie permettent d'identifier des actions globales et démarches communautaires à cibler.

Par ailleurs, au niveau des quartiers, dans certains milieux de vie ou autour de certaines communautés, on retrouve un tissu associatif riche avec lequel il est possible d'élaborer un travail intersectoriel concerté.

Les démarches communautaires consistent en la mobilisation de la communauté en vue d'agir sur les déterminants de la santé. L'engagement d'une partie

ou de toutes les composantes de la communauté (les élus, professionnels et population), et d'une partie ou de tous les secteurs d'intervention est recherché pour la définition de ses besoins, et de ses priorités et de ses actions, ainsi que les modalités de leur mise en œuvre.

Les démarches sont collectives, intersectorielles, participatives, représentatives et s'organisent dans un système de solidarité.

Une démarche communautaire concerne une communauté, définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (population, professionnels, élus, institutionnels).

La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune.

Le groupe PS adhère pleinement à une telle analyse. Il convient dans cette perspective de réussir le beau pari d'associer les pouvoirs locaux, l'associatif, les citoyens et les publics vulnérables en particulier.

L'intervenant souhaite savoir si la ministre a impliqué, consulté les autorités locales sur ces sujets et, en particulier, travaillé de concert avec les CPAS qui sont des acteurs publics incontournables du secteur social santé qui tâchent tous les jours d'éveiller à l'accessibilité aux soins pour les plus démunis avec des approches psychosociales adaptées basées non seulement sur l'aide individuelle mais aussi collective et communautaire.

Le groupe PS garde l'espoir que, dans une logique d'une sixième réforme de l'État qui bouscule les habitudes et qui permet au territoire bruxellois de se saisir de tous les leviers pour répondre aux besoins des populations, que la ministre ne s'est pas arrêtée au caractère bicommunautaire de ces institutions.

Concrètement, la ministre compte-elle se baser sur l'expérience acquise des coordinations sociales développées par les CPAS sur les territoires communaux ?

M. Fabian Maingain (DéFI) remercie la ministre pour sa présentation fort complète qui n'appelle que peu de questions. Au nom du groupe Défi, il se réjouit de l'adoption de ce Plan stratégique de promotion de la santé qui est un outil essentiel pour la Région.

Originellement, les matières de la prévention et de la promotion de la santé étaient sous-développées en Région bruxelloise et s'accordaient trop peu avec les réalités socio-économiques. Le groupe DéFI, anciennement dénommé groupe FDF, proposait dans le

passé d'accentuer les campagnes d'information pour promouvoir de bonnes pratiques telles qu'une alimentation saine, la pratique d'un sport, la non consommation de tabac, d'alcool, etc. Le groupe se prononçait, en outre, favorablement au renforcement de la place des acteurs de première ligne, le tout avec un regard sur les réalités bruxelloises. Une ambition devenue réalité avec le Plan qui est présenté aujourd'hui, avec une force particulière dans la mesure où celui-ci est adapté aux spécificités bruxelloises.

L'intervenant tient à saluer l'utilisation extensive des données afin d'objectiver les défis à relever dans la Région. Cette approche est rigoureuse et indispensable.

Il relève les efforts entrepris en termes de santé communautaire, ainsi que la matérialisation du concept d'empowerment – vocable difficile à traduire en français – peut-être une capacité personnelle à déterminer ses besoins et d'agir en conséquence ? Enfin, et c'est la marque de fabrique du groupe DéFi qui souscrit à la culture de l'évaluation que la ministre souhaite ancrer durablement dans le secteur.

M. Maingain en vient à ses questions.

Le Plan indique une série de concertations institutionnelles à poursuivre ou à mettre en œuvre avec d'autres entités (État fédéral, Commission communautaire commune, Fédération Wallonie-Bruxelles, Région wallonne, etc.) afin de contribuer ensemble à atteindre des objectifs. La ministre peut-elle citer quelques exemples concrets de concertation en cours ou à mener afin de rencontrer ces objectifs ?

Il est probable qu'un certain nombre d'opérateurs qui n'ont pas d'expérience en promotion de la santé soumettront des projets dans le cadre de cet appel. Comment la ministre peut-elle s'assurer que ces projets, au-delà de leur adéquation aux grandes priorités thématiques du Plan, seront – ou non – mis en œuvre selon des méthodes qui répondent aux principes de la promotion de la santé et à des critères de qualité et d'éthique ?

Mme Zoé Genot (Ecolo) rappelle que, suite à la Sixième réforme de l'État et notamment aux accords intra-francophones dits « de la Sainte-Émilie », la promotion de la santé a été transférée de la Fédération Wallonie-Bruxelles vers la Région wallonne et la Commission communautaire française. Ces accords de la Sainte-Émilie prévoyaient toutefois qu'à Bruxelles, les partis francophones plaideraient auprès de leurs homologues néerlandophones pour l'exercice d'un maximum de compétences de la Commission communautaire commune afin de pouvoir toucher l'ensemble de la population sur le territoire régional.

Bien que cette démarche n'ait pas été mise en œuvre (fort probablement par la faute du groupe DéFI, qui avait voté contre la Sixième réforme de l'État, l'accord de majorité à la Commission communautaire commune indique pourtant que « Le Collège réuni veillera au développement de la promotion et de la prévention de la santé à l'égard de tous les Bruxellois et à agir préventivement sur les déterminants sociaux de la santé. Plus particulièrement, le Collège réuni s'engage à (...) développer le secteur de la promotion de la santé en Région bruxelloise, lui définissant un cadre et des missions spécifiques pour lesquelles une intervention sera prévue, notamment aux fins d'assurer son rôle d'appui et d'interface entre les secteurs (ambulatoire, logement, cohésion sociale, enseignement, ...) et les politiques menées en Région bruxelloise. ».

Le groupe Ecolo l'exprime depuis le début de la législature : limiter la promotion de la santé au champ d'action de la Commission communautaire française n'a pas de sens, et le Plan le reconnaît d'ailleurs explicitement (cf. *infra*).

Néanmoins, la majorité actuelle a fait le choix de développer un cadre législatif au seul niveau francophone, cadre annoncé tout d'abord pour fin 2014, puis 2015, et finalement adopté début 2016. Ce cadre prévoit l'élaboration d'un Plan quinquennal de promotion de la santé définissant diverses priorités qui sont ensuite mises en œuvre par des opérateurs suite à un appel à candidatures. Celui-ci vise le subventionnement, d'une part, de services (un service d'accompagnement, qui accompagne, coordonne et soutient les concertations et des services de support sur des thématiques ou des stratégies spécifiques) et, d'autre part, des acteurs qui mettent en œuvre des projets de promotion de la santé.

Annoncé pour juin 2016, lors des débats ayant mené à l'adoption du décret, le Plan a ensuite été retardé d'un an, échéance cette fois respectée, du moins en partie ... En effet, une nuance qui n'apparaissait pas dans le décret est désormais de mise : le document qui est présenté n'est pas le Plan de promotion de la santé à proprement parler, mais un Plan dit « stratégique », définissant les priorités d'actions pour les cinq années à venir. Ce document sera ensuite complété par un Plan « opérationnel », constitué de l'ensemble des désignations et des actions retenues suite à l'appel à candidatures. Le tout formera alors le Plan de promotion de la santé.

L'article 3, § 3, du décret dispose que « Au moins six mois avant l'échéance du Plan de promotion de la santé en cours, un projet de Plan actualisé est rédigé

par l'administration en collaboration avec les organismes piliers et les acteurs. Ce projet de Plan est proposé à l'instance de pilotage qui l'amende le cas échéant et le soumet au Collège.

Le premier projet de Plan de promotion de la santé est élaboré selon les mêmes modalités de collaboration et proposé à l'instance de pilotage par l'administration dans le délai déterminé par le Collège. ».

En octobre 2016, la ministre avait indiqué que « Pour l'élaboration du premier Plan de promotion de la santé, cette collaboration concerne les organismes de promotion de la santé subsidiés en 2016. Une partie du dispositif prévu repose sur ce Plan. ». La présentation du Plan indique, par ailleurs, que celui-ci a été élaboré entre novembre 2016 et avril 2017, notamment sur base « de consultations d'acteurs », et que certaines associations « ressources » avaient été identifiées par le cabinet et l'administration avant le début du travail de planification. ». Enfin, le Plan indique également que « Au début du travail de planification, l'administration a précisé par écrit aux acteurs financés dans le cadre du *standstill* la manière dont elle envisageait la collaboration avec le secteur. ».

L'intervenante constate que les indications quant aux acteurs réellement associés à l'élaboration du Plan sont donc divergentes. Elle regrette la dimension « *top-down* » qui traverse le décret, notamment en ce qui concerne l'élaboration du Plan, et alors que, comme le rappelle l'exposé des motifs dudit décret, la promotion de la santé a pour principe la participation des publics à la définition des priorités d'action.

La ministre avait tenu à rassurer sur la question en garantissant notamment que l'instance de pilotage inviterait largement les acteurs lors de ses travaux. La députée souhaite en savoir davantage sur les associations consultées pour l'élaboration du Plan : s'agit-il de l'ensemble des associations financées dans le cadre du *standstill*, ou seulement une sélection d'entre-elles ? Comment s'est organisée cette consultation : les acteurs ont-ils été invités à remettre des propositions, ou a-t-on simplement sollicité leur avis sur un document préétabli ?

Par ailleurs, le document qui est remis indique que le Conseil consultatif a remis deux avis : l'un d'initiative, l'autre sur base du projet de Plan. Pourquoi ne pas avoir annexé ceux-ci au document ? Le Groupe ECOLO avait sollicité la transparence dont avait fait preuve le Collège lors des débats entourant l'adoption du décret, où l'ensemble des avis émis avaient été communiqués. Force est de constater que cet effort aura été de courte durée.

Le Plan se concentre sur trois objectifs transversaux :

1. améliorer la qualité des interventions en promotion de la santé (soutien à la population – littératie – et aux acteurs, de la promotion de la santé et de la santé en général);
2. favoriser et promouvoir la santé dans toutes les politiques;
3. lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre;

et trois objectifs thématiques :

1. prévenir les maladies non transmissibles et les traumatismes (attitudes saines, santé mentale, cancers);
2. prévenir les infections et maladies transmissibles (IST, tuberculose);
3. favoriser la santé et le bien-être des publics (santé sexuelle, drogues, milieux de vie des jeunes, milieu carcéral, personnes en situations de vulnérabilité).

En ce qui concerne les objectifs thématiques, l'intervenante a le sentiment d'une « distorsion » entre les deux premiers, relativement ciblés et spécifiques, et le troisième, plus général, et qui aurait peut-être mérité de se retrouver dans les objectifs transversaux. Surtout, ce dernier objectif évoquant le « bien-être », semble être loin de l'ambition de promouvoir la santé telle que la récente Déclaration de Shanghai (2016) la définit, à savoir « La santé est déterminée par les quartiers et les communautés où les gens vivent, s'aiment, travaillent, font leurs achats et laissent jouer leurs enfants. La santé est l'un des meilleurs indicateurs de l'atteinte des objectifs de développement durable par les villes, et contribue à rendre les villes inclusives, sûres et résilientes pour l'ensemble des populations ».

On voit à travers cette définition que, pour l'OMS, la santé est formulée en termes de qualité de vie, formulation que l'on ne retrouve pas dans ce troisième objectif, alors que le Plan affirme s'inscrire dans les ambitions de la Déclaration de Shanghai.

De même, le Plan insiste, à raison, sur l'importance des déterminants de la santé. On sait qu'à Bruxelles, nombre d'entre eux dépendent des politiques régionales et bicommunautaires. Or, le préambule indique que « Les priorités et stratégies présentées dans le Plan se basent essentiellement sur des programmes et activités existants et relevant – actuellement du champ de compétence de la Commission communautaire française/promotion de la santé. ». Ceci souligne

une nouvelle fois l'inadaptation d'une compétence « promotion de la santé » à la Commission communautaire française. Le Plan le souligne lui-même, puisqu'il indique, dans la présentation de son architecture, que « Le maillage politique et institutionnel complexe de la Région ne facilite pas toujours l'organisation de politiques publiques capables d'influencer positivement la situation des Bruxellois. ».

Par ailleurs, si certains d'entre eux sont relativement détaillés au niveau du diagnostic (accessibilité aux soins, logement, qualité de l'air ...), d'autres sont évoqués sans être étayés (l'accessibilité aux espaces verts, par exemple, dont on sait pourtant qu'il s'agit là encore d'un élément qui participe grandement à la dualisation spatiale à Bruxelles).

L'objectif transversal 2 est de « favoriser et promouvoir la santé dans toutes les politiques ». À cet égard, on soulignera l'évocation de deux outils intéressants : le développement de l'évaluation d'impact sur la santé, évoquée régulièrement par le groupe Ecolo depuis plusieurs années, et le développement d'un inter-cabinet « Santé » au niveau régional qui n'est pas sans rappeler la Conférence interministérielle Social-Santé qui avait été mise en place sous la législature précédente et avait mystérieusement disparu après l'arrivée de la nouvelle majorité.

Il n'en reste pas moins que plusieurs questions se posent, en termes d'articulation avec les politiques régionales et bicommunautaires : ainsi, qu'en est-il de l'articulation avec le Plan de santé bruxellois, annoncé lui aussi pour cet été ? Quelle articulation est prévue avec le PRDD ?

Un point positif en revanche, notamment eu égard aux avancées qui ont eu lieu lors du processus d'adoption du décret, avec l'intégration des recommandations des « acteurs et des amendements en commission, est l'attention forte accordée aux inégalités sociales de santé, à travers notamment la notion d'universalisme proportionné et les approches par milieux de vie et publics prioritaires.

Le groupe Ecolo reste, par contre, sur sa faim en ce qui concerne la santé communautaire et la participation des publics (dans la fixation des priorités, dans la définition des modes et des critères d'évaluation ...). Il s'agit pourtant d'un des cinq principes d'actions de la promotion de la santé, principes rappelés en introduction du Plan, et un critère de qualité des actions finançables sous le régime décrétoal de 1997 (Communauté française). Le groupe l'avait déjà souligné lors de l'adoption du décret, cette dimension est relativement absente, notamment dans le cadre de l'élaboration du Plan lui-même.

De même, alors que la promotion de la santé est par nature transversale, le groupe Ecolo ne sent pas la volonté d'intersectorialité. Ainsi, alors qu'a été soulignée, à plusieurs reprises, la nécessaire articulation avec le secteur ambulatoire, dont nombre d'acteurs développent *de facto* des activités de promotion de la santé, ce secteur n'est cité qu'à trois reprises : dans l'approche par publics prioritaires, en ce qui concerne les milieux de vie des jeunes; dans la priorité « santé mentale », en ce qui concerne la prévention du suicide (mais pas les autres pathologies de santé mentale); et dans le cadre des programmes de médecine préventive. À titre d'exemple, l'articulation des différents réseaux n'est pas évoquée.

Enfin, l'objectif thématique n° 1 (« attitudes saines ») évoque une recherche menée par l'École de Santé publique de l'ULB en 2016-2017, qui « a permis d'élaborer une proposition de stratégie visant la promotion des « attitudes saines » en Région bruxelloise ». L'intervenante souhaite en connaître davantage sur cette stratégie. Est-il possible d'obtenir ladite étude ?

Quel est le calendrier pour la sélection des services et des acteurs ? Dans la mesure où les candidatures doivent être rentrées pour le 15 septembre 2017, être ensuite analysées par l'administration, faire l'objet d'un avis du Conseil consultatif et validées par le Collège, peut-on raisonnablement espérer une décision avant la fin de l'année, pour un démarrage en janvier 2018 ?

Comment vont, par ailleurs, s'organiser les travaux budgétaires ? Les différentes allocations devront être budgétées vraisemblablement avant la sélection définitive : se baseront-elles sur le nombre de candidatures introduites et les montants sollicités ? De même, qu'en est-il du budget pour les initiatives ? Des rumeurs font état de leur fusion avec les allocations de base dédiées à la politique de promotion de la santé ...

Les appels à candidatures pour les services de Support sont numérotés : cette numérotation se rapporte-t-elle à l'appel à candidatures lui-même ou au service ? Autrement dit, un même organisme peut-il postuler à plusieurs missions des services de support (par exemple « Soutien aux acteurs en matière de littératie en santé » et « soutien aux acteurs en matière de communication et nouveaux médias ») ? De même, que se passe-t-il en cas de candidatures multiples pour une même mission : si plusieurs organismes recueillent un avis favorable, peuvent-ils être tous retenus ? Dans la négative, par qui et comment s'effectue l'arbitrage ? Et que devient l'éventuel service non retenu mais financé dans le cadre du *stand-still* actuel ?

Quelle communication est prévue, tant pour l'appel à candidatures que sur le Plan lui-même ? Il faudra, en effet, viser évidemment les professionnels du secteur, mais aussi les professionnels de santé au sens large, les intervenants dans les domaines qui déterminent la santé (emploi, logement, environnement, ...), la population, etc.

Enfin, le Plan indique que « le cabinet du ministre wallon de la Santé a été rencontré et des contacts ont été pris avec l'AVIQ de la Région wallonne, afin de poser les bases nécessaires à la collaboration entre Bruxelles et la Wallonie ». La députée souhaite en savoir davantage sur cette collaboration, notamment au niveau de la définition des priorités politiques, et surtout de l'organisation administrative afin de faciliter la vie des opérateurs actifs sur les deux régions.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) précise que la présentation du Plan de la promotion de la santé était un moment fort attendu. D'emblée, l'intervenant souligne le grand intérêt qu'il a eu à lire ce texte, à en découvrir autant les subtilités que génère la promotion de la santé que les ambitions politiques qui restent immenses.

Les bonnes nouvelles sont manifestement du côté de la définition du cadre d'intervention : une approche claire et structurée très cohérente, accessible et démontrant tout l'intérêt de l'approche de la promotion de la santé. Il observe également dans ce Plan une analyse de la situation de Bruxelles très complète, en rapport avec tous les critères de la promotion de la santé et de la santé holistique, et une définition des besoins en rapport avec l'analyse de la situation.

Il ajoute avoir relevé une valorisation particulièrement forte de l'approche transversale impliquant les différents niveaux de pouvoir, nourrissant l'intérêt d'une coordination entre les acteurs institutionnels, par exemple avec le monde de l'enseignement, celui de la jeunesse ou encore le monde carcéral. Sur le plan plus opérationnel, on y retrouve également les priorités développées par le secteur.

Les nouvelles qui posent question ne sont cependant pas absentes du Plan : le fait que la stratégie de la transversalité se base surtout sur des CIM et des accords de coopération et met trop en avant la fragilité du système tel qu'il est pensé. À croire que le caractère opérationnel de cette vision transversale ne tient finalement qu'à la bonne volonté des collègues et de tous les autres niveaux de pouvoir. Le député se rend bien compte qu'il est très difficile de penser les choses différemment. Pour aller au fond de sa pensée, il eût fallu que la promotion de la santé soit portée par la présidence du Gouvernement francophone bruxellois, de telle sorte qu'elle réussisse l'articulation du Plan avec les différentes compétences de

la Commission communautaire française. Le député va encore plus loin dans ce qui peut apparaître un : si l'un voulait réussir une politique de promotion de la santé vraiment volontariste et révolutionnaire, on aurait dû confier cette matière à la présidence du Gouvernement de la Région qui assure également la présidence du Collège de la Commission communautaire commune qui devrait intégrer toutes les compétences de la Commission communautaire française. Mais il quitte donc ce fantasme pour demander plus prosaïquement à la ministre les liens qui ont été pensés pour que ce Plan s'articule au mieux avec le Plan de santé bruxellois porté par le ministre du Gouvernement de la Commission communautaire commune. Et quels sont les engagements que les autres ministres de la Commission communautaire française ont pris pour décliner, dans leur matière, certains principes repris dans ce Plan ? Quels sont les contrats avec les communes ?

L'intervenant a également quelques questions plus précises.

Sur le plan de la communication, il imagine bien que le secteur a été informé ou est en passe de l'être.

Mais au-delà des professionnels, quelle est la stratégie de communication prévue afin que les Bruxellois qui entendent parler de ce Plan, puissent en prendre connaissance ? Cela relève aussi d'un principe fondamental de promotion de la santé.

En page 4 du Plan, il est écrit que le Plan est élaboré par l'administration. Le député souhaite obtenir davantage de précisions sur le degré d'implication des acteurs dans l'élaboration de ce Plan. Par ailleurs, la section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif a remis un avis concernant ce Plan. À cet égard, le député souhaite connaître le suivi donné par la ministre à cet avis, plus particulièrement sur les éléments suivants : les publics-cibles, les milieux de vie, l'articulation avec la Région wallonne, les indicateurs d'impact appliqués aux autres compétences, la définition de critères d'évaluation, etc.

Il termine en précisant que c'est un Plan très intéressant, qui a le mérite de la clarté, qui impose un changement de paradigme politique, ce qui représente, selon lui, le principal défi, et, il le répète en guise de soutien pour la promotion de la santé : Ce Plan mérite une large médiatisation.

M. Abdallah Kanfaoui (MR) remercie la ministre et Mme Mira Goldwicht pour la présentation du Plan de promotion de la santé qui est, pour lui, un Plan ambitieux. Il est vrai que de nombreuses questions relatives au secteur de promotion de la santé ont déjà été posées et ont donné naissance à des discussions très nourries.

Le groupe MR a pris connaissance avec beaucoup d'intérêt du Plan qui était très attendu. Néanmoins, il attendait de ce Plan la définition des orientations et des stratégies qui ont été retenues et il espérait bien entendu qu'elles soient à la hauteur des défis de la promotion de la santé du 21^{ème} siècle et à la réalité de l'état de santé des populations et des individus. Il attendait aussi des innovations et des changements.

Il est vrai que le lien est essentiel entre la santé des individus et l'environnement qui l'entoure et, au-delà de la qualité des soins à proprement parlé, un individu que l'on peut qualifier en bonne santé et la notion de bien-être qui évolue au fur et à mesure des grandes conférences internationales est une personne qui a été sensibilisée au besoin de préserver sa santé et qui a appris, le cas échéant, à avoir les bons réflexes santé mais aussi à trouver les bons interlocuteurs.

De nombreux acteurs œuvrent dans ce sens à l'heure actuelle en Région bruxelloise. Néanmoins, force est de constater que leur message n'arrive pas forcément auprès des citoyens qui en ont le plus besoin. À cet égard, le groupe MR espère évidemment que le Plan résoudra cette problématique importante.

La promotion de la santé a déjà été largement aidée et conceptualisée. Nous sommes tous bien conscients de son importance et du formidable outil de réduction des inégalités qu'elle représente et il faut maintenant la rendre opérationnelle pour chacun.

Ce Plan paraît ambitieux par le développement des domaines d'actions prioritaires. Cependant, eu égard au délai pour le mettre sur pied qui est encore du ressort du domaine théorique, il semble difficile de le mettre en œuvre encore sous cette législature.

Les différents acteurs doivent encore être désignés (services d'accompagnement, services de support). À cet égard, le député souhaiterait connaître la date retenue pour cette mise en œuvre et vérifier que cet agenda est bien réaliste.

La ministre a répondu à Mme Genot, que les candidatures doivent être rentrées pour le 15 septembre 2017 et validées par l'administration dans un délai qui est encore indéterminé.

Dès lors, le député s'interroge sur les critères de sélection qui n'ont pas été dévoilés d'autant plus que l'avis du Conseil consultatif qui a été rappelé par M. du Bus de Warnaffe sur le canevas des candidatures pose question.

L'intervenant constate que, même si ce Plan de promotion de la santé reste ambitieux et soutenu par le groupe MR, que ce sont des grands titres de chapitres d'un livre dans la mesure où il n'existe pas de

projet réellement défini. Cela risque aussi de retarder la mise en place du Plan. Si le député a bien retenu ce que disait la représentante de l'administration, il faudra mettre de la chair sur l'ossature du squelette et, parfois, cela prend énormément de temps.

Le fait qu'il n'y ait pas de budget alloué pour 2018 est inquiétant. La ministre dit se battre pour avoir un budget mais la question se pose sur la pérennisation de ce Plan et certaines décisions devront être prises à l'égard de certains acteurs du secteur sur le terrain qui risquent d'être défavorables.

Concernant l'évaluation, il est vrai qu'il faut la réaliser afin de s'approprier les outils de cette évaluation. Une évaluation qui est basée essentiellement sur des résultats n'est pas suffisante. Les processus sont essentiels car ils permettent d'éviter les erreurs futures et d'améliorer les résultats. Ces indicateurs de qualité qui doivent être mis en place n'ont malheureusement pas encore été dévoilés. Le député pense que c'est parce qu'ils n'ont tout simplement pas encore été définis.

La ministre reprend également dans son Plan la problématique des drogues illicites et précise que rien n'a encore été fait à cet égard en Région bruxelloise. Le député souhaite savoir si des enquêtes seront réalisées dans le futur.

Il demande que l'avis d'initiative du Conseil consultatif soit joint au rapport.

Le député ne voit pas de quelle manière va se faire l'intégration du Plan avec le décret ambulatoire et le décret développement territorial.

Dans les textes, il est question de l'aspect nébuleux du chevauchement des compétences et cela fait un certain temps que cette question est posée notamment à travers la sixième réforme de l'État qui date de 2014.

Le député s'interroge sur la nature des règles et des critères des appels à projets.

Il reprend les propos de la ministre : « Contribuer de manière transversale à lutter contre les discriminations socioculturelles dans les milieux de vie », et à cet égard, le député souhaite savoir ce qui constitue cette discrimination socioculturelle et quels sont les critères qui peuvent être employés et quelles compétences sont concernées.

Pour agir de manière transversale, quel agenda la ministre peut-elle mettre en place pour disposer de concertations interministérielles et qu'elles soient, à tout le moins, productives ?

Dans le cadre des formations des acteurs, comment la ministre va-t-elle opérationnaliser celles-ci ? Quel est le budget alloué à ces formations ?

Enfin, la ministre dit participer au développement de l'évaluation des impacts sur la santé avant et après la mise en place de politiques publiques dans d'autres domaines qui influencent la santé. Le député souhaite connaître les critères mis sur pied pour pouvoir le faire.

Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé, précise que nombres de réponses aux questions se trouveront dans le choix des acteurs et c'est l'essence même du plan également. Si l'on veut une participation des acteurs, leur donner un rôle et qu'ils puissent faire preuve de rigueur et de créativité, la ministre répond qu'il n'est pas possible de déterminer aujourd'hui les projets et, plus précisément, les acteurs. Effectivement, c'est une volonté dès le départ de dire que le choix des projets, et donc des acteurs, fera ce Plan opérationnel. Il n'y pas deux plans. Il y en a un plan de promotion de la santé, dont la base de départ, « le squelette » pour reprendre l'expression de Madame Genot, c'est le plan stratégique. C'est effectivement la détermination des politiques, des priorités transversales et des objectifs thématiques qui forment le squelette. Il est normal que cela vienne de l'administration et du politique qui peuvent structurer ce squelette et le mettre en place. Mais la chair, ce seront bien les projets portés par les différents acteurs qui feront, au final, l'opérationnalité. Il y a deux étapes dans le Plan et non deux Plans. Une étape qui permet aux acteurs de se positionner, de réfléchir, de présenter leurs projets qui répondent à ces objectifs généraux et une deuxième étape qui est la phase qui démarrera au 1er janvier 2018 avec les projets qui se concrétiseront.

Pour élaborer ce premier Plan de promotion de la santé, la ministre précise avoir fait appel à beaucoup de ressources. Celles-ci sont à la fois les différents observatoires reconnus, comme l'Observatoire du sida et des sexualités, Eurotox, le CBPS, les 3 universités qui ont été concertées (l'UCL, l'ULg et l'ULB, chacune dans leurs travaux relatifs à la promotion de la santé), l'asbl Culture et Santé qui a pignon sur rue. Que ce soit les observatoires, les réseaux ou les universités, elles sont en contact avec un très grand nombre d'acteurs. Il y a là une assez grande diversité. Tous les secteurs ont été touchés. Par ailleurs, les associations ont toutes été invitées à transmettre des documents, données ou analyses ou à se manifester et à souhaiter une rencontre. Toutes ont eu cette possibilité. Certaines l'ont utilisée, d'autres ont estimé que les relais qu'ils avaient via les réseaux ou les observatoires étaient suffisants. Il y a effectivement eu une très large diversité dans les ressources qui ont nourri l'analyse et la détermination des objectifs.

À la question de M. Manzoor concernant le dernier rapport de l'Observatoire du Social et de la Santé, la ministre précise que ce rapport a été publié postérieurement au Plan. Beaucoup de choses s'y retrouvent, mais le cabinet n'a pas pu formellement y intégrer des remarques dans la mesure où ce rapport a été publié après la sortie du Plan de promotion de la santé.

Concernant les articulations avec les autres niveaux de pouvoirs, la ministre répond que la consultation a été très large mais que les CPAS n'ont pas été entendus. Elle pense qu'à un moment donné, il faut pouvoir s'arrêter.

Elle précise que le Conseil consultatif francophone bruxellois, dans son avis de fin mai, a été très critique sur les formulaires et ceux-ci ont donc été totalement changés. Les formulaires qui ont été envoyés le 15 juin à l'ensemble du secteur ont été totalement retravaillés et simplifiés. Il n'y a donc pas d'inquiétude par rapport à cela, l'administration et le cabinet ont réagi rapidement en retravaillant ces documents administratifs.

La ministre répond à Madame Genot que, contrairement à ce qu'elle invoque, elle ne soutient pas, tout d'un coup, la sixième réforme de l'État, même si, effectivement, le transfert (qui est une toute petite partie des conséquences de la sixième réforme de l'État concernant la promotion de la santé) permet, de manière sans doute plus évidente, d'adapter les politiques de promotion de la santé aux caractéristiques et aux besoins de la population bruxelloise.

La ministre fait remarquer qu'elle est une personne de nature optimiste et pragmatique, et dès lors, qu'elle travaille avec les contraintes qui lui sont données. Dans ce cadre-là, elle a avancé sur un Plan de promotion de la santé. Elle a déjà eu l'occasion d'en discuter notamment avec Monsieur Maron, et elle rappelle qu'elle ne soutiendra pas un transfert complémentaire de compétences en Commission communautaire commune, qui n'est d'ailleurs pas compétente pour la promotion de la santé. Par ailleurs, c'est une demande que la ministre n'a jamais entendue de la part du secteur et elle pense que les outils qui sont en train de se mettre en place permettent de développer la concertation, la complémentarité et les synergies avec l'ensemble des opérateurs, dont bien évidemment, au niveau bruxellois, la Commission communautaire commune.

La ministre revient sur cette notion du « *top down* » sur laquelle Madame Genot insistait. Non. Il y a eu une grande place qui a été donnée aux acteurs et elle revient à cette image de Monsieur Kanfaoui entre le squelette et la chair, c'est vraiment indistinctement les deux qui se sont faits. Il y a eu une alimentation par l'analyse du contexte, des données et des consulta-

tions venues du secteur. Il y a effectivement une décision qui relève davantage de l'administration et du politique quant à la manière d'articuler l'ensemble. Et cela revient au secteur de nourrir ce Plan.

La ministre répond à Mme Genot que le bien-être est un indicateur complémentaire du PIB qui est maintenant reconnu par toutes les institutions internationales. Le bien-être va bien au-delà de la santé, dans le sens où il intègre davantage d'autres notions que la santé physique au sens propre du terme. Le bien-être intègre plus clairement tout ce qui est la santé mentale, la satisfaction par rapport à la vie, par rapport au travail, à l'environnement, etc. Elle pense vraiment que lorsqu'on parle du travail sur la promotion des attitudes saines, l'alimentation équilibrée, l'exercice physique et, donc, le bien-être en général, c'est vraiment pour aller au-delà de la santé. Ce serait déjà extraordinaire si on arrivait à cet objectif pour tout le monde. Lorsqu'on parle de la notion de bien-être, ce n'est certainement pas un amoindrissement des enjeux de la santé, c'est l'inverse.

Concernant les appels à projets, la ministre rappelle que les formulaires ont été simplifiés. Elle confirme qu'ils doivent être rentrés pour le 15 septembre 2017, ce qui laisse 3 mois aux associations pour construire et déposer leur candidature. L'arrêté d'exécution du décret contenait une annexe, une grille d'évaluation qui sera utilisée pour évaluer l'ensemble des projets. Ces critères sont bien dans cette grille d'évaluation qui reprend l'ensemble des principes généraux qui ont construit les priorités du Plan. Pour la ministre, c'est indispensable pour garantir une analyse équitable de l'ensemble des projets qui seront rentrés.

La ministre souligne que le domaine de la Promotion de la santé est bien balisé avec des textes fondateurs, des principes d'intervention, des stratégies et des méthodes propres, etc., dont la participation des bénéficiaires, la réduction des inégalités sociales de santé, l'intégration ou la prise en compte de la santé dans toutes les politiques, le principe de l'intersectorialité, d'une approche multidisciplinaire, sont des principes qui se retrouvent dans la définition même de la promotion de la santé. La grille d'évaluation reprendra tous ces critères. C'est sous ces différents focus que seront analysés et évalués les projets présentés. À titre d'exemple, la ministre précise qu'il ne suffira pas de dire « ah, j'ai un projet génial pour la prévention des infections sexuellement transmissibles » ou dire « ah, génial, c'est un très bon projet, on le retient ». Il faudra répondre globalement à l'ensemble des principes qui viennent d'être rappelés. Tout cela a bien été expliqué au public présent la semaine dernière lors de la rencontre avec l'administration et le cabinet.

Il s'agit donc bien pour les acteurs de s'imprégner du décret et du Plan, de le faire sien. La grille d'analyse des projets permettra de vérifier que les démarches proposées par le projet sont bien en adéquation avec le Plan.

La ministre réaffirme que l'objectif est bien de pouvoir démarrer au 1^{er} janvier 2018 avec les nouveaux opérateurs. Non, la ministre ne peut donner la garantie que tous les projets qui auront été déposés seront retenus. D'abord parce qu'il y aura un filtre, une grille d'analyse, qui retiendra les projets qui répondent à l'ensemble des critères et qui répondent au Plan de promotion de la santé. C'est un premier filtre essentiel pour garantir la qualité des projets qui seront développés. Il y aura un deuxième filtre qui pourra être celui de la contrainte budgétaire. La ministre ne peut le nier. Elle ne connaît pas aujourd'hui quelle sera l'enveloppe budgétaire pour le budget 2018, puisque celui-ci n'a pas encore été déterminé. Elle espère qu'il sera plus important qu'aujourd'hui. Dès lors, il se peut que des projets ne soient pas retenus et, oui, il se peut que ce soit des projets qui, aujourd'hui, sont subventionnés dans le cadre du « *stand still* » soit pour des raisons de qualité, soit pour des raisons budgétaires. La ministre ne va pas dire ici que tous les projets déposés pourront être retenus ou que tous les opérateurs d'aujourd'hui seront retenus nécessairement dans tous leurs projets actuels.

La ministre souhaite encourager les ponts, les articulations, les complémentarités, cela vaut aussi pour ce qui relève des projets de Promotion de la santé et du secteur de l'ambulatoire. Le décret fait formellement référence aux bénéfices de ponts et de liens entre l'ambulatoire et la promotion de la santé. Cela s'exprime de différentes manières. C'est clairement dans le décret au niveau des réseaux qu'il est précisé que les réseaux devront pouvoir construire des ponts et des articulations entre les deux. Il y a aussi nombres de services actuellement subventionnés qui sont agréés en ambulatoire mais qui ont aussi des projets en promotion de la santé. Cela pourrait, tout à fait, rester le cas. Et il y a des thématiques transversales qui permettront également de poursuivre ces relations thématiques transversales, à titre d'exemple, pour tout ce qui concerne les drogues, la santé mentale et le diabète. Voilà des ponts bien présents soit dans le décret, soit dans la manière dont le Plan de la promotion de la santé a été articulé.

Concernant la problématique de la transversalité entre les différents niveaux de pouvoir, la ministre a déjà évoqué l'articulation avec la Commission communautaire commune, elle ne va pas révéler ce que les ministres en Commission communautaire commune donneront prochainement dans leur plan. La ministre précise que des choses vont se mettre en place en termes de médecine préventive et de com-

plémentarité dans différents programmes. C'est une volonté partagée. Au niveau de la Région wallonne, il y avait des questions spécifiques par rapport à cela. Un certain nombre d'opérateurs sont financés des deux côtés aujourd'hui dans le cadre du « *stand still* » parce qu'ils opéraient à la fois en Région bruxelloise et en Région wallonne. Maintenant, cela pourra être le cas et il y aura déjà au minimum une concertation sur ces opérateurs bi-régionaux pour que l'on puisse identifier les synergies possibles et, le cas échéant, pérenniser certains co-financements. Tout cela est tout à fait possible.

La ministre précise que la Région wallonne est beaucoup moins loin que la Commission communautaire française dans l'élaboration d'un décret relatif à promotion de la santé. La Région wallonne a aussi annoncé que l'année 2018 serait aussi une année de « *stand still* », la Commission communautaire française ne pouvait donc pas non plus attendre. Les contacts sont pris et sont fructueux, il y a déjà certaines convergences, mais la ministre ne peut pas préjuger ici plus avant des collaborations et de la concertation qui se mettraient en place avec la Région wallonne. La volonté est là des deux côtés.

Au niveau plus large des compétences *stricto sensu* de la promotion de la santé ou de la santé, la ministre ne partage pas le « fantasme de transversalité » de M. du Bus de Warnaffe. La ministre ne voudrait pas être ministre de tout. C'est totalement impossible. Mais il est vrai que, dans le cadre actuel, qui n'est pas seulement une question de difficulté institutionnelle, qui est tout simplement aussi une question pragmatique où on ne peut pas dire qu'il y a une personne qui s'occuperait de tout ou qu'une personne imposerait ses priorités dans toutes les compétences. Aujourd'hui, comme le souligne M. du Bus, la ministre souligne les avancées en la matière et que beaucoup de ponts se créent. La ministre ne peut citer toute la politique environnementale où l'aspect santé est pris très fortement en considération, ce dont elle se réjouit et elle précise que le travail continuera dans ce sens sans pour autant pouvoir dire effectivement que l'on s'occupera de tout.

Concernant une éventuelle concertation avec les communes dans le cadre de l'élaboration du Plan, c'était un peu difficile dans la mesure où il n'y a pas formellement de compétence santé au niveau des communes. Par contre, il est envisageable par le biais d'autres politiques, que des acteurs, notamment de deuxième ligne, aient des projets qui touchent plus particulièrement des communes.

Cela peut effectivement être un opérateur de seconde ligne intéressant, notamment, pour toucher plus de monde. Le premier service de support qui a été indiqué, le premier objectif transversal souligné,

c'était bien la communication. Donc, effectivement, plusieurs opérateurs ont bien en tête des projets qui permettent de communiquer plus largement sur ce qu'est la promotion de la santé, ce que cela peut apporter dans le quotidien de chacun.

Une publicité autour du Plan de promotion de la santé sera réalisée car la ministre reconnaît que c'est une matière un peu complexe à expliquer pour le citoyen lambda. Toutes les associations ont en tête de pouvoir vraiment élargir leur public, notamment par des messages généraux d'équilibre au niveau de la santé.

Concernant la question sur les publics spécifiques tels que les jeunes et les femmes, la ministre confirme que les femmes représentent à elles seules environ 55 % de la population et les jeunes, dans certaines communes, 30 % de celle-ci (à Saint-Josse, Schaerbeek, Molenbeek, etc.).

La ministre souligne qu'il est important de mener des actions spécifiques pour le public des femmes. En effet, on constate qu'il y a des spécificités à la fois dans les pathologies mais aussi dans l'accès aux soins de santé.

Concernant le public cible des jeunes, la ministre entend également développer des politiques spécifiques afin de les sensibiliser à la consommation d'alcool, de tabac, et à la problématique du suicide.

La ministre observe que les femmes peuvent également être confrontées, en même temps, à plusieurs vulnérabilités. Dès lors, elle confirme qu'indépendamment des politiques particulières menées pour le public des jeunes ou des femmes, d'autres actions peuvent être mises en place par des initiatives plus ciblées quand il y a un cumul de vulnérabilité.

À la question de Mme Genot relative au public scolaire, Mme Cécile Jodogne informe que ses contacts au niveau de la Communauté française, avec la ministre en charge de l'Enseignement mais aussi avec la ministre de la Petite enfance, seront essentiels car il s'agit d'un domaine, et le Conseil d'État a déjà alerté le Collège à ce sujet, où il faudra vraiment travailler sur les complémentarités dans la mesure où la Commission communautaire française n'est pas compétente pour travailler directement avec le public scolaire. Les concertations seront très importantes et la ministre souligne tout le travail à effectuer en matière de prévention à la consommation d'alcool. Cela concerne aussi le public scolaire en dehors du milieu de l'école.

Quant au budget, entre le budget d'initiative et le budget Promotion de la santé, il pourrait exister un système de vase communicant en fonction du

nombre de projets rentrés entre l'AB « initiatives » et l'AB « promotion de la santé ». La ministre rappelle qu'il est important de garder un budget au niveau des initiatives parce que les projets sont agréés pour trois ans et qu'ils participent aussi à la simplification et à l'allègement du travail des associations. Il y a non seulement la simplification du formulaire mais aussi le fait d'être agréé pour une durée de trois ans, renouvelable deux ans en cas d'évaluation positive, c'est une fameuse simplification pour les associations.

Il pourrait y avoir effectivement un vase communicant entre les deux mais la ministre maintiendra un budget en initiative parce qu'il peut toujours y avoir, à un moment donné, soit une urgence qui se déclare quelque part, soit un projet innovant qui paraîtrait très intéressant. La ministre souhaite conserver un volant de sécurité pour ajuster pendant les trois ou cinq ans à venir des projets spécifiques.

En ce qui concerne le diabète, la ministre rappelle la répartition entre les responsabilités de l'État fédéral et celles de la Commission communautaire française ou de la Région bruxelloise qui précise que le diabète reste dans le protocole Promotion de la santé, soit une prérogative du Gouvernement fédéral. Cela n'empêche pas la Commission communautaire française, par le Plan attitudes saines, qui promeut l'alimentation équilibrée et l'exercice physique, d'agir sur certains déterminants du diabète.

En ce qui concerne l'évaluation, la ministre répond à M. Kanfaoui que la représentante de l'administration a bien parlé d'une évaluation dont les critères se mettront en place en fonction des projets. Il ne s'agit pas uniquement des résultats mais aussi du processus. Dès que les projets démarreront, l'évaluation se mettra en place.

En ce qui concerne les drogues illicites, de nombreuses initiatives existent actuellement. La ministre a précisé qu'il s'agissait de poursuivre ces politiques au même titre que pour les drogues licites. À cet égard, la ministre ne désespère pas de faire revenir à la raison le Gouvernement fédéral sur ce dossier.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS) signale que la ministre a évoqué des associations-ressources qui ont été identifiées dans le Plan par le cabinet de la ministre et par l'administration. Il souhaiterait connaître la liste de ces associations.

Mme Cécile Jodogne (ministre) cite l'Observatoire du Sida, les associations ou les services de l'ULg, de l'UCL et de l'ULB, le CBPS, Culture et Santé, Question santé, Médecins du Monde ainsi que les réseaux et les services de santé communautaire.

Mme Zoé Genot (Ecolo) souhaite revenir sur les quatre réseaux qui pointent quatre secteurs importants qui ne recoupent pas tout-à-fait ce que l'on retrouve dans les objectifs et les thématiques du Plan.

Mme Cécile Jodogne (ministre) signale que c'est un choix et une demande des acteurs d'avoir pointé ces quatre réseaux-là en priorité. Il faut également faire le lien avec le service de support pour la problématique des migrants. C'est un des services de support qui est prévu.

La majorité des acteurs travaillent déjà en réseau et en partenariat. Lors des concertations, on s'est rendu compte qu'il y avait des thématiques particulières permettant de croiser justement la santé, l'ambulatoire, la promo-santé et la santé mentale. Dans le cas des migrants, l'idée est que ce service prenne en charge l'organisation de ce réseau notamment pour des questions d'alphabétisation en santé.

Mme Martine Payfa (présidente) remercie la ministre et la représentante de l'Administration pour la qualité des exposés et clôture la discussion.

5. Approbation du rapport

Il a été fait confiance à la présidente et au rapporteur pour la rédaction du rapport.

Le Rapporteur,

Zahoor Ellahi MANZOOR

La Présidente,

Martine PAYFA

6. Annexes

Annexe 1

Présentation en PowerPoint
du Plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022
du Gouvernement francophone bruxellois

Plan stratégique de promotion de la santé 2018/2022 du Gouvernement francophone bruxellois

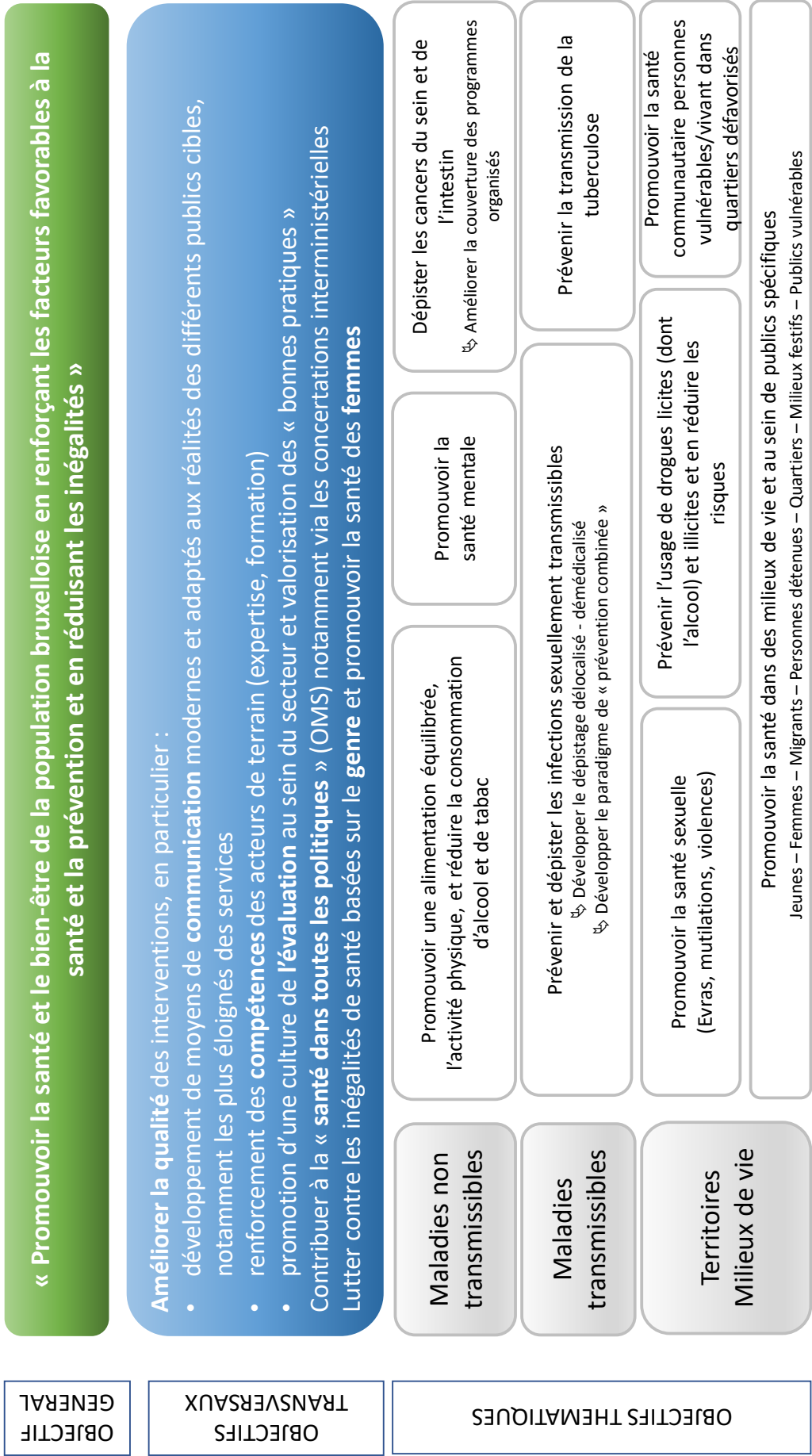
**Présentation en Commission de la santé
du Parlement francophone bruxellois**

4 juillet 2017

I. Exposé de Madame
Cécile Jodogne,
Ministre en charge de la santé

Plan de promotion de la santé

- Moment important
 - Sur le plan politique
 - Pour les acteurs de terrain
- Analyse des besoins à Bruxelles : contexte, données
- Priorités transversales et thématiques
- Mise en œuvre: appels à candidatures et appels à projets -> services, acteurs, réseaux
- Evaluation
- Concertations politiques
- Conclusion: priorités claires, rigueur, créativité, efficience



OBJECTIF GENERAL

« Promouvoir la santé et le bien-être de la population bruxelloise en renforçant les facteurs favorables à la santé et la prévention et en réduisant les inégalités »

OBJECTIFS TRANSVERSAUX

Améliorer la qualité des interventions, en particulier :

- développement de moyens de **communication** modernes et adaptés aux réalités des différents publics cibles, notamment les plus éloignés des services
- renforcement des **compétences** des acteurs de terrain (expertise, formation)
- promotion d'une culture de **l'évaluation** au sein du secteur et valorisation des « bonnes pratiques »

Contribuer à la « **santé dans toutes les politiques** » (OMS) notamment via les concertations interministérielles

Lutter contre les inégalités de santé basées sur le **genre** et promouvoir la santé des **femmes**

OBJECTIFS THEMATIQUES

Maladies non transmissibles	Promouvoir une alimentation équilibrée, l'activité physique, et réduire la consommation d'alcool et de tabac	Promouvoir la santé mentale	Dépister les cancers du sein et de l'intestin
Maladies transmissibles	• Mieux connaître les problématiques pour guider l'action : recueil d'indicateurs, diffusion de ressources scientifiques, etc. • Développer des outils de formation, information, sensibilisation, prévention pour les publics et les relais	• Prévenir l'usage de drogues licites (dont alcool) et illicites et en réduire les risques • Prévenir la transmission de la tuberculose	Améliorer la couverture des programmes organisés
Territoires Milieux de vie	• Favoriser la participation des publics • Lutter contre les discriminations • Soutenir la concertation des acteurs pour définir des cadres d'intervention communs (objectifs et stratégies) et favoriser les synergies	Promouvoir la santé communautaire personnes défavorisées/vivant dans quartiers défavorisés	
	Promouvoir la santé dans des milieux de vie et au sein de publics spécifiques		

Jeunes – Femmes – Migrants – Personnes détenues – Quartiers – Milieux testifs – Publics vulnérables

Appels à candidatures & projets: services/acteurs/réseaux

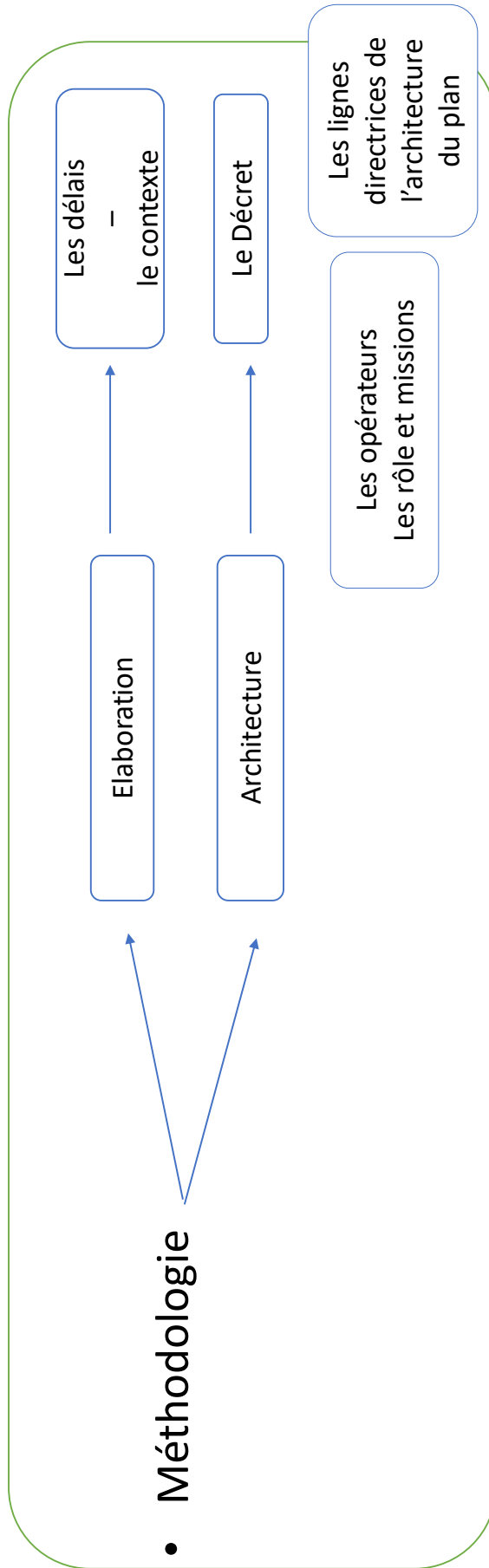
DUREE 5 ANS		DUREE 3 ANS (+2)
• 1 Service d'accompagnement • 7 Services/missions de support • « Soutien aux acteurs en matière de littératie en santé » • « Soutien aux acteurs en matière de communication et nouveaux médias » • « Soutien à l'évaluation et à la transférabilité en Promotion de la santé » • « Soutien à la formation continue des acteurs en Promotion de la santé » • « Soutien en matière de promotion d'environnements et comportements favorables à la santé : alimentation et activité physique » • « Soutien aux acteurs en matière de prévention des IST, dont le VIH et le VHC » • « Soutien aux acteurs en matière de prévention de l'usage de drogues et de réduction des risques »	• 22 stratégies à mettre en œuvre par des acteurs via des projets • 4 réseaux • « Genre, femmes et promotion de la santé » • « Prévention et RDR Alcool » • « Promotion de la Santé et MGF » • « Milieu festif » • 1 Centre de référence en médecine préventive • FARES TBC • Concertations interministérielles • Fédéral (CIM, CGPD, CPSD, ...) • Intra-Bxl (Cocom, VG, VGC, Région) : Plan santé bruxellois, Plan pauvreté, dépistage cancers, CIM bruxelloise, intercabinet bruxellois, Environnement, AMO, PGSP • FWB & RW: Enseignement, Enfance (ONE-PSE), CIM prisons, Sport, Sport tv/radio	

II. Retour sur l'élaboration du Plan de promotion de la santé par l'Administration

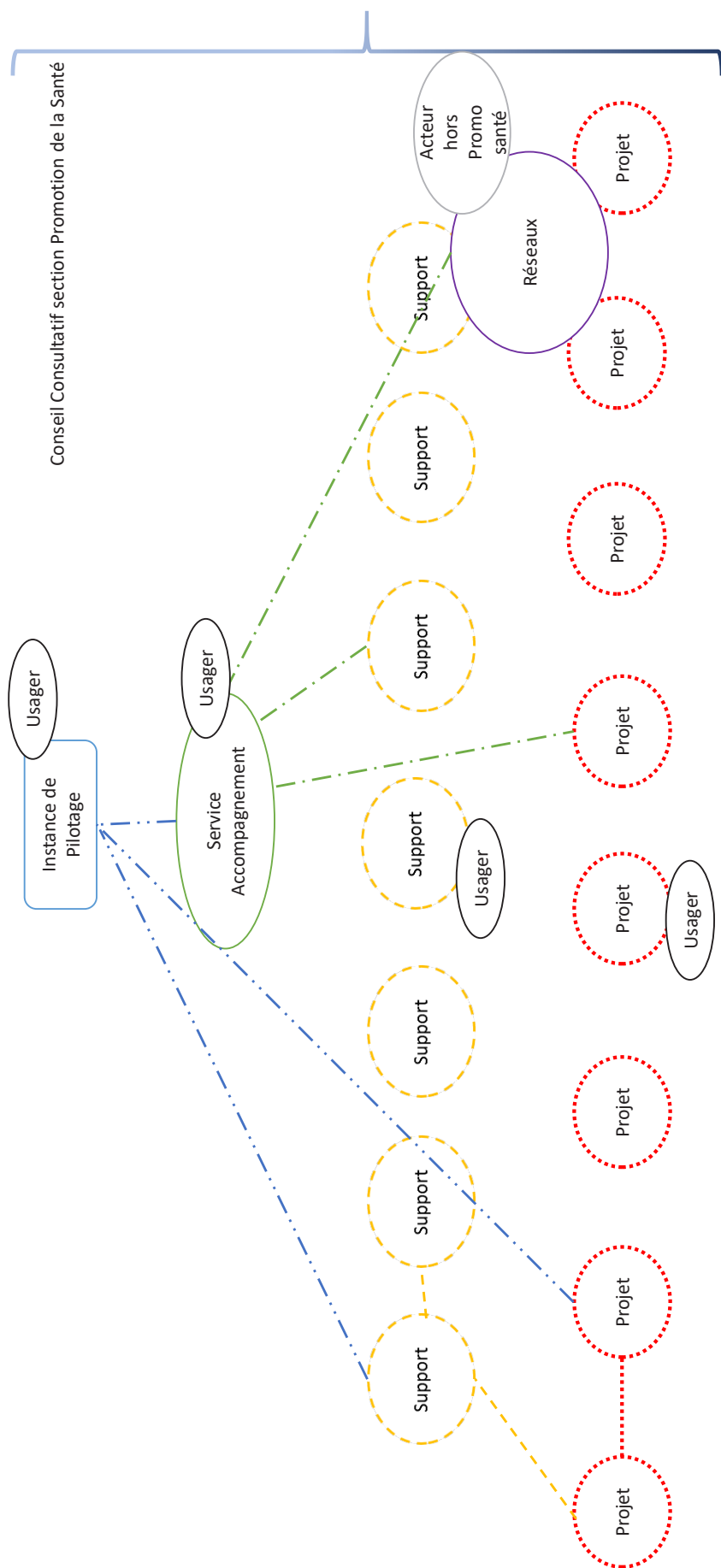
4 grandes phases de travail entre novembre 2016 et avril 2017

1. Définition d'une méthodologie
2. Analyse des besoins de la population
3. Etablissement de priorités et du cadre de l'évaluation
4. Avis du Conseil consultatif

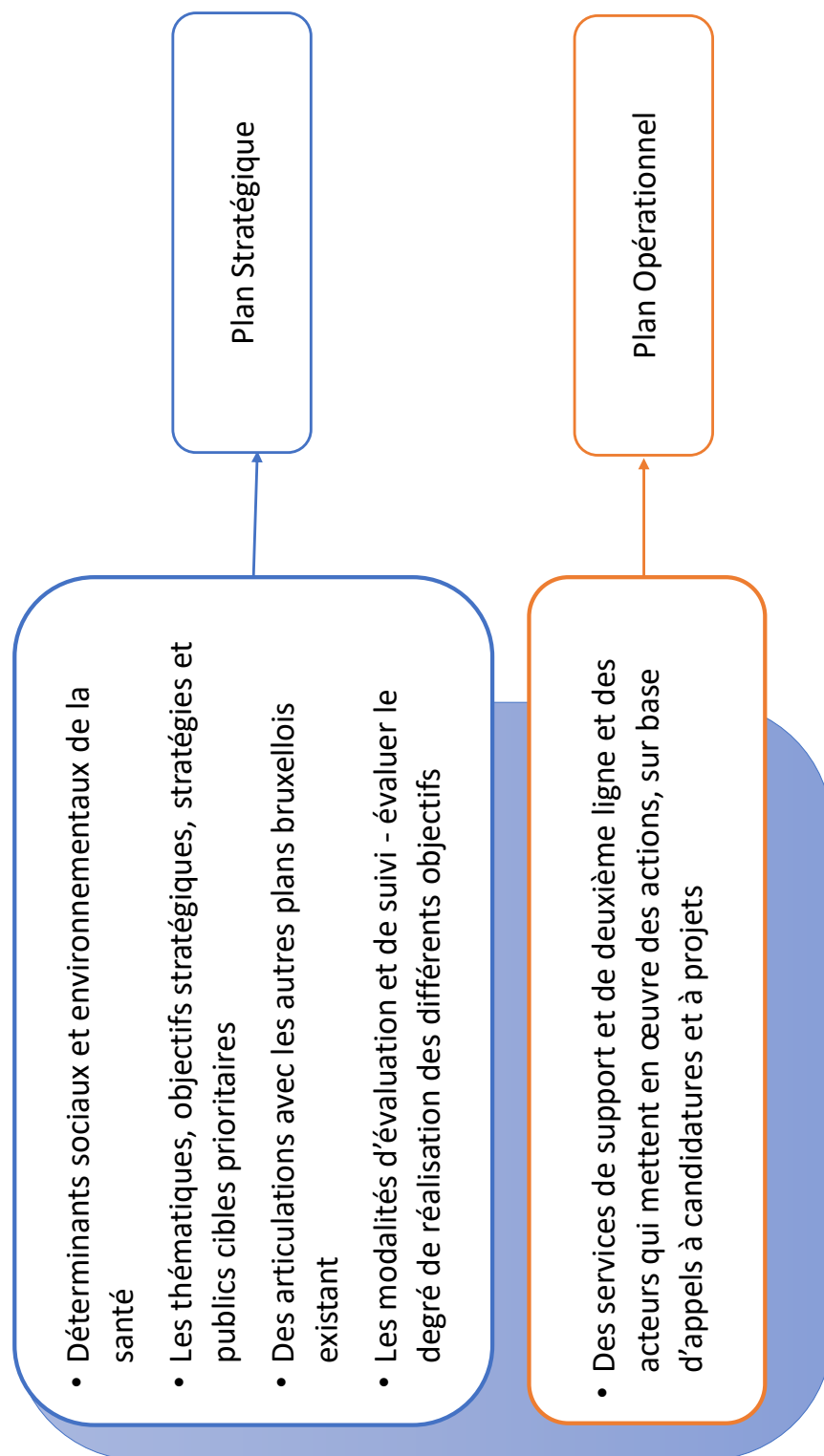
1. Définition d'une méthodologie



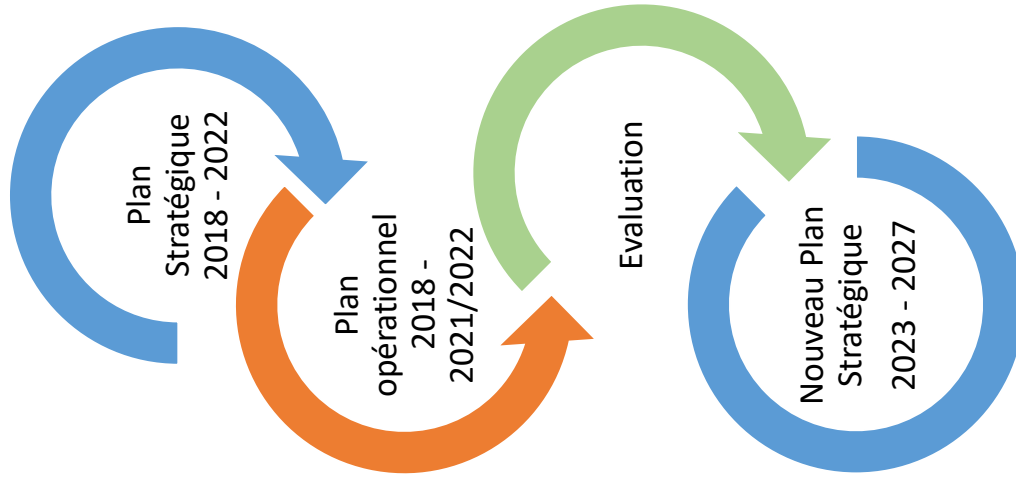
Architecture du Plan en fonction du Décret – Les opérateurs



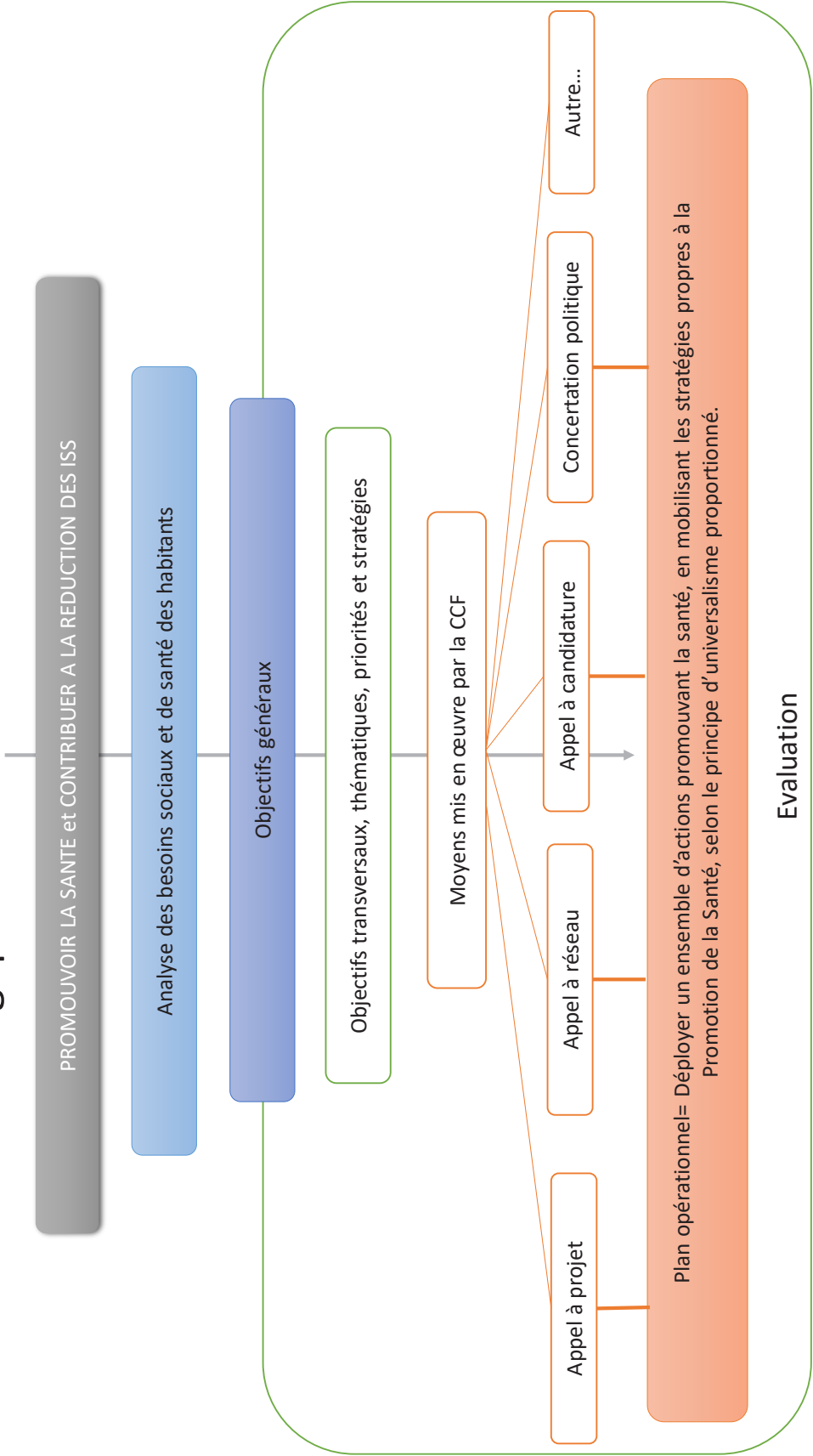
Architecture du Plan en fonction du Décret – Lignes directrices



Processus général simplifié

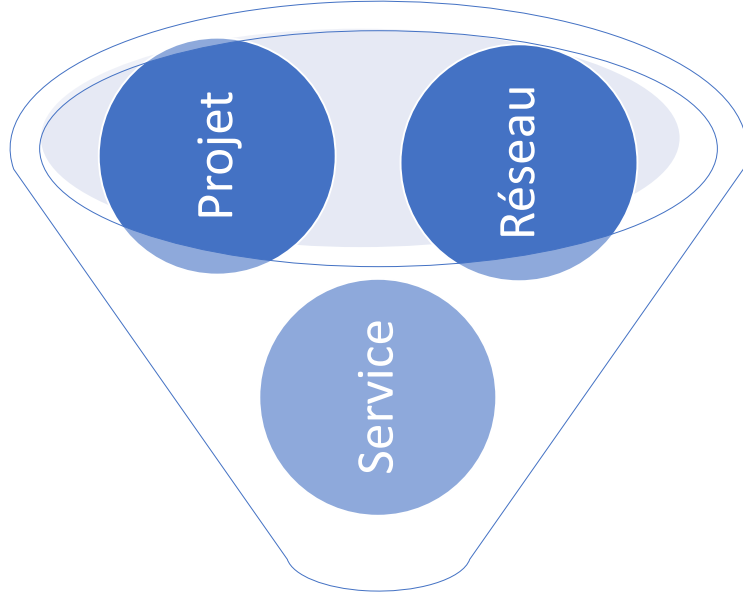


Architecture du Plan Stratégique

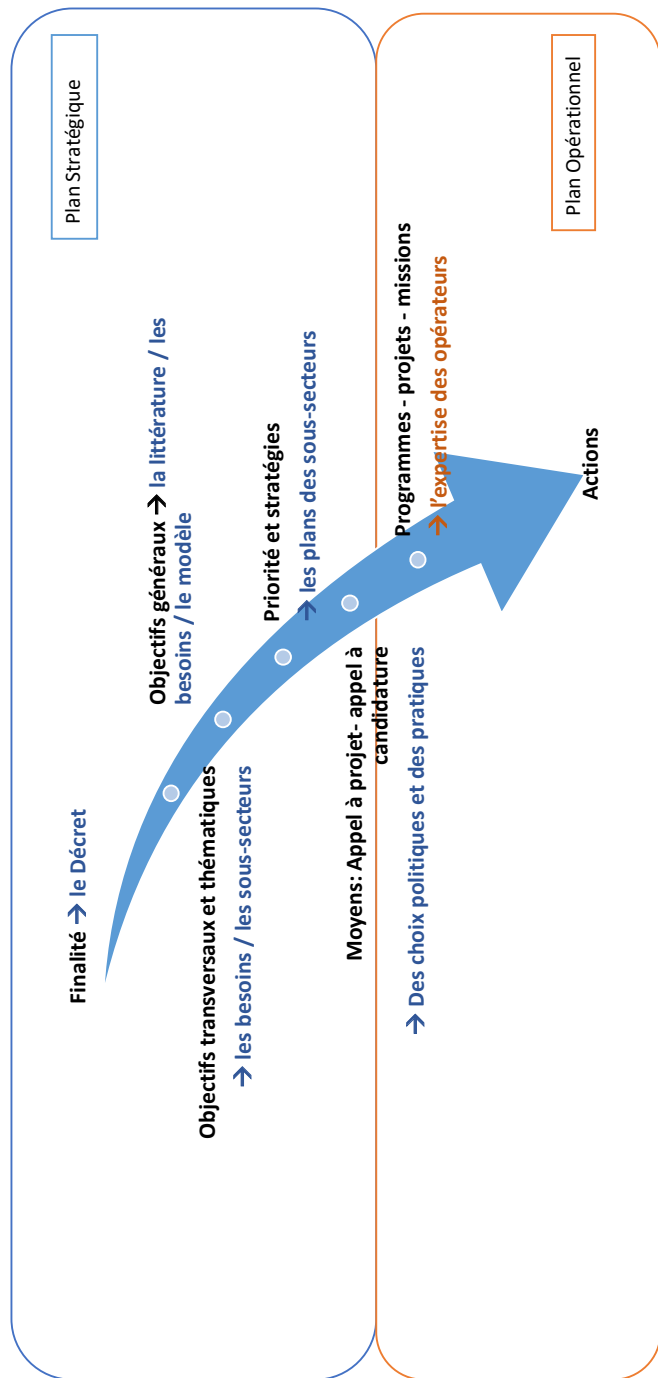


Opérationnalisation du Plan stratégique : une mécanique fine

Objectifs → priorités → stratégies



Des plans au Plan intégré



→ Enjeux et spécificité du Plan de Promotion de la Santé ?

2. De l'analyse des besoins...

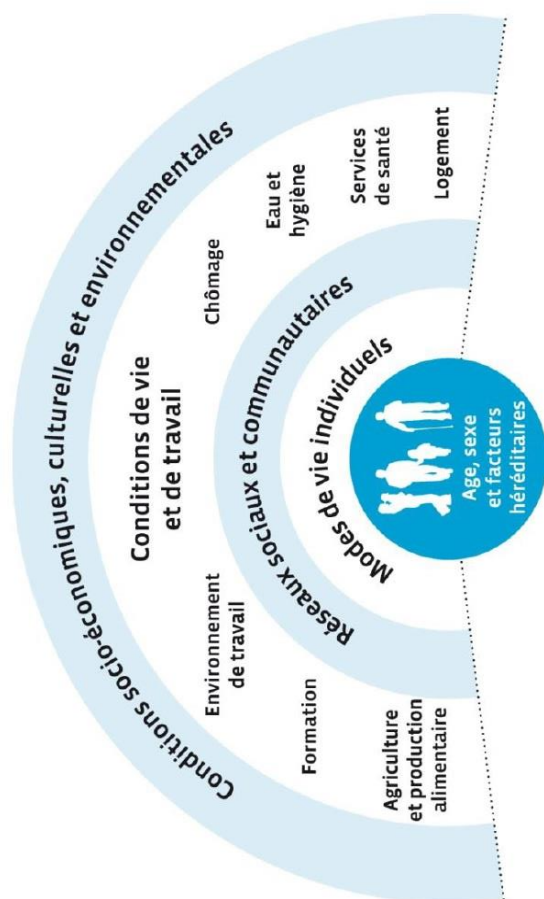


Woluwe-st-Pierre (la corniche verte)



Quartier gare de l'ouest à Molenbeek

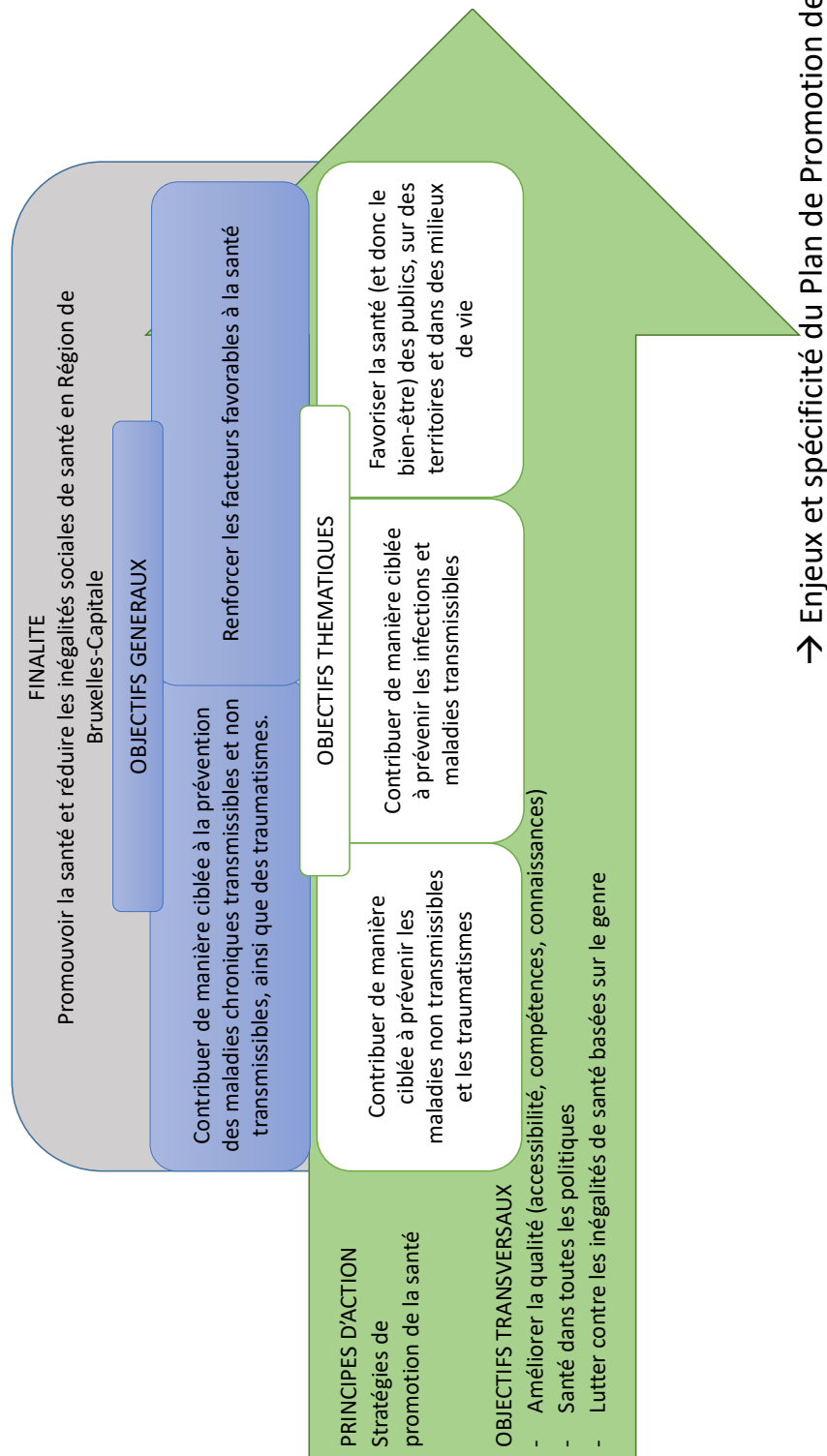
Schéma des déterminants de la santé



Dahlgren, G. (1995) European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. Vol. 11- Intersectoral Action for Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

→ Enjeux et spécificité du Plan de Promotion de la Santé ?

Le modèle – le squelette – 3 portes d’entrées



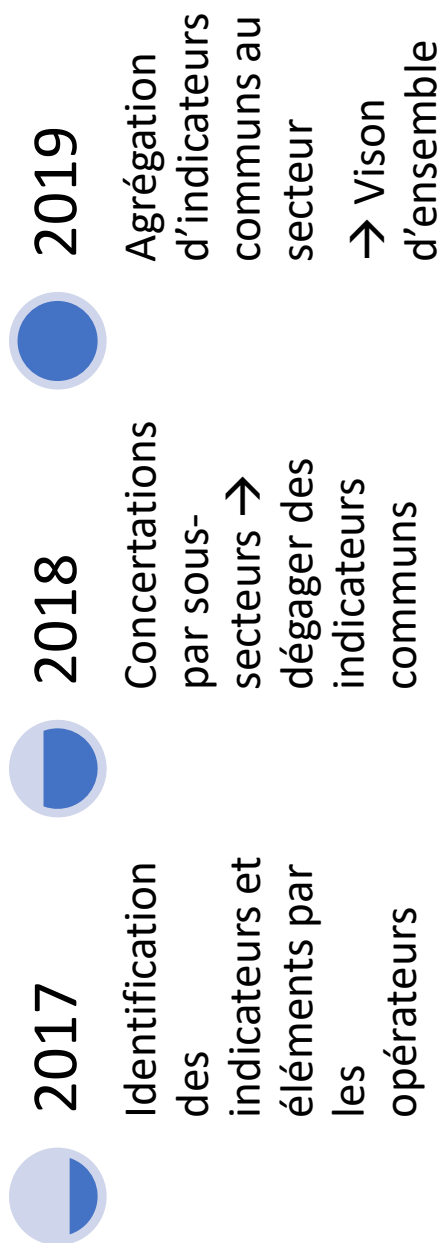
4. Cadre de l'évaluation → a) « réaliste » et b) co-construite

L'évaluation est réalisée par et pour les intervenants, elle est respectueuse de leurs pratiques et ressources, elle est le gage de démarches dynamiques et de qualité. Elle associe les publics concernés par l'activité (usagers, bénéficiaires des services, publics-relais, publics-cibles).

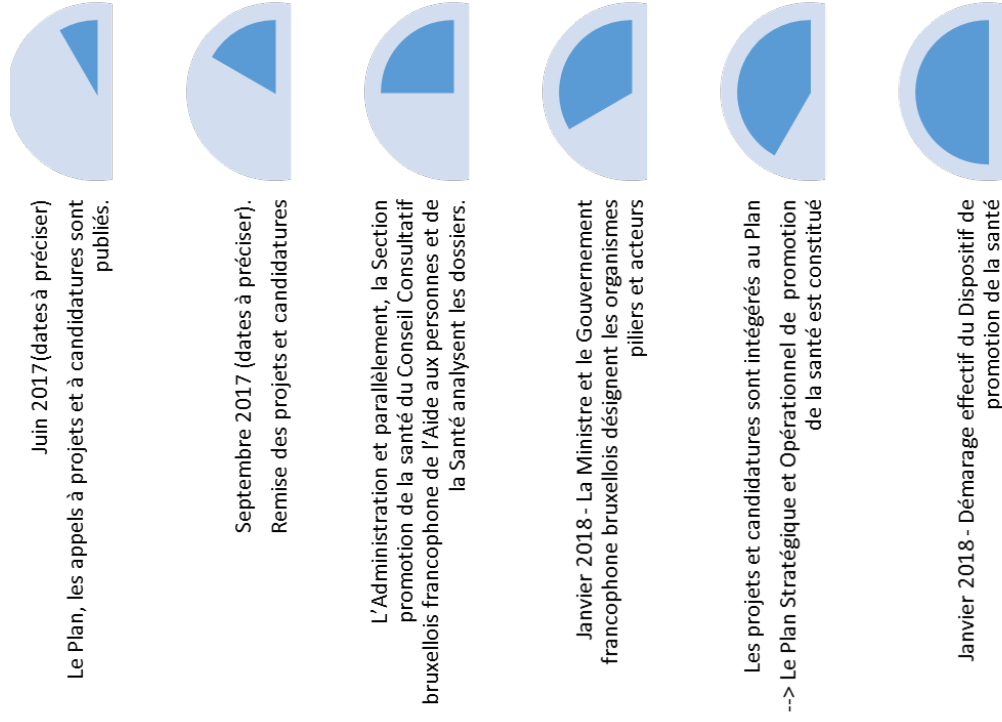
L'évaluation :

1. concernera les degrés de réalisation des objectifs du plan opérationnel, conformément au Décret de promotion de la santé ;
2. visera à saisir comment les finalités du décret de promotion de la santé sont atteintes ;
3. visera à comprendre comment et pourquoi un projet ou programme fonctionne, ce qui fonctionne, pour qui et dans quels contextes (« *Realist Evaluation* ») ;
4. participera à l'objectif de transfert des connaissances et de diffusion de la promotion de la santé.

3 phases de co-construction de l'évaluation

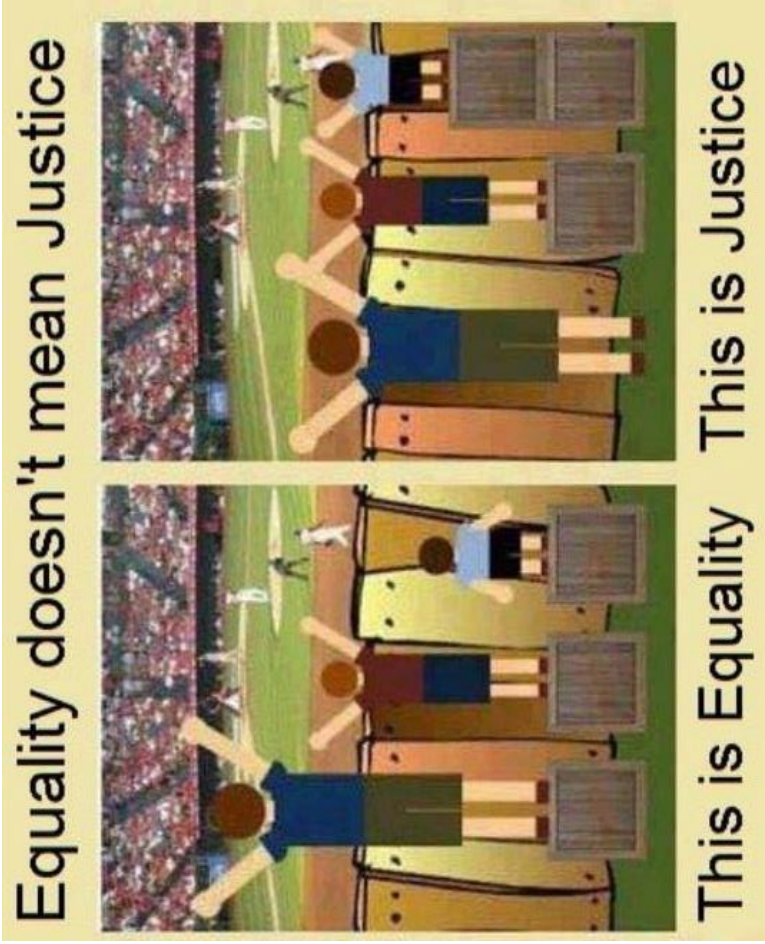


5. Suite du processus



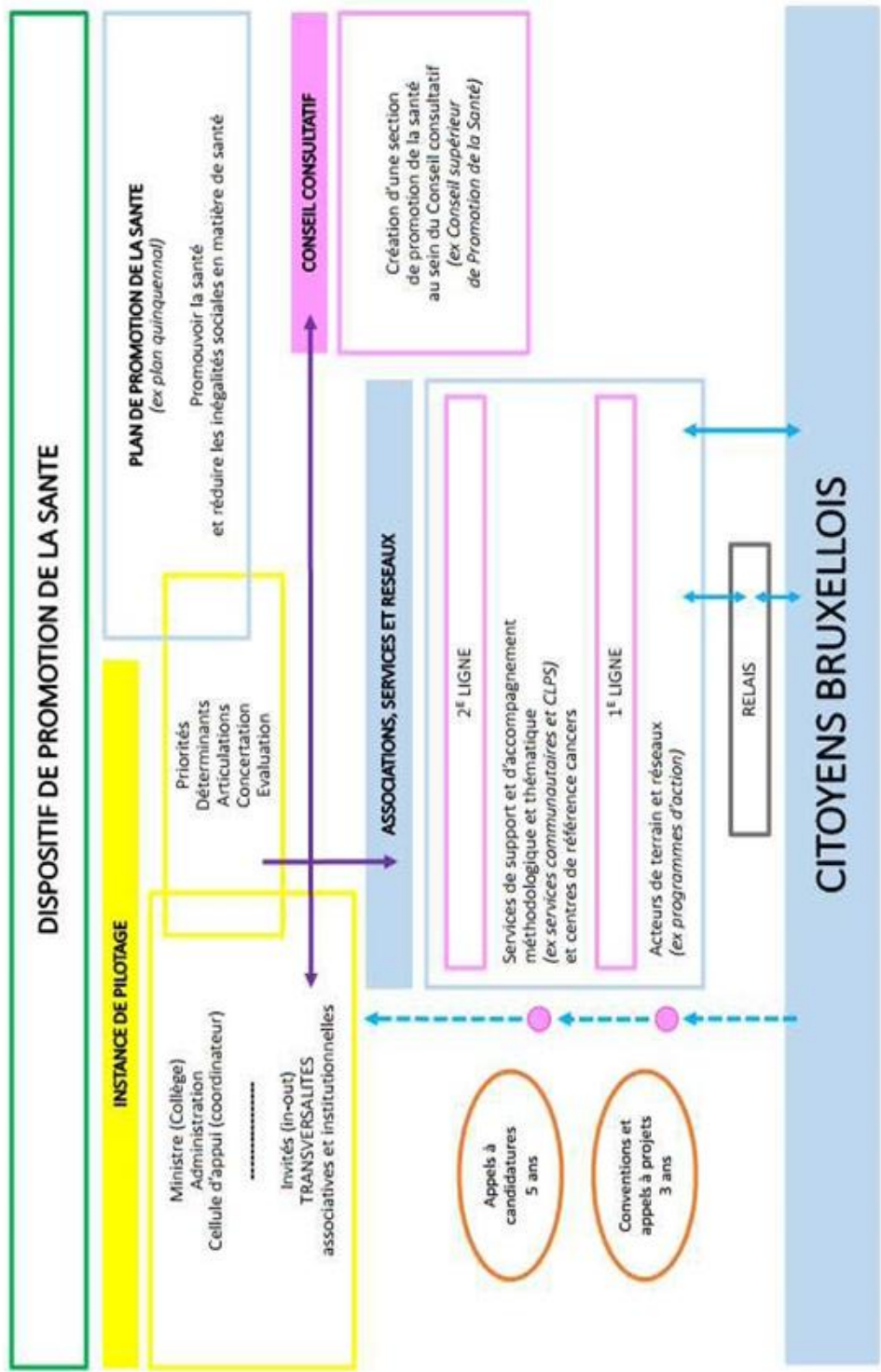
6. Conclusion : les points forts

- Mécanique complexe
- Une vision précise du macro au micro
- Opérationnalisation par le secteur
- Question du genre et des femmes
- *Empowerment* et participation
- Evaluation « réaliste » avec appui du Dispositif
- Avis positif du Conseil consultatif



Merci!

Architecture du Plan en fonction du Décret – Les opérateurs



Annexe 2

Tableau reprenant les objectifs du Plan de promotion de la santé 2018-2022
du Gouvernement francophone bruxellois

PLAN DE PROMOTION DE LA SANTE 2018-2022	
OBJECTIF GENERAL	« Promouvoir la santé et le bien-être de la population bruxelloise en renforçant les facteurs favorables à la santé et la prévention et en réduisant les inégalités »
OBJECTIFS TRANSVERSAUX	Améliorer la qualité des interventions, en particulier : • développement de moyens de communication modernes et adaptés aux réalités des différents publics cibles, notamment les plus éloignés des services • renforcement des compétences des acteurs de terrain (expertise, formation) • promotion d'une culture de l'évaluation au sein du secteur et valorisation des « bonnes pratiques » Contribuer à la « santé dans toutes les politiques » (OMS) notamment via les concertations interministérielles Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre et promouvoir la santé des femmes
OBJECTIFS THEMATIQUES	Promouvoir une alimentation équilibrée, l'activité physique, et réduire la consommation d'alcool et de tabac Promouvoir la santé mentale Dépister les cancers du sein et de l'intestin • Améliorer la couverture des programmes organisés
	Prévenir et dépister les infections sexuellement transmissibles • Développer le dépistage délocalisé - démedicalisé • Développer le paradigme de « prévention combinée »
	Prévenir la transmission de la tuberculose
	Promouvoir la santé sexuelle (Evras, mutilations, violences)
	Prévenir l'usage de drogues licites (dont l'alcool) et illicites et en réduire les risques
TERRITOIRES ET MILIEUX DE VIE SPECIFIQUES	Promouvoir la santé dans des milieux de vie et au sein de publics spécifiques • Jeunes • Femmes • Migrants • Personnes détenues • Quartiers • Milieux festifs • Publics vulnérables
	Promouvoir la santé communautaire auprès des personnes vulnérables et précarisées et/ou vivant dans des quartiers défavorisés
ACTIONS • Mieux connaître les problématiques pour guider l'action : recueil d'indicateurs, diffusion de ressources scientifiques, etc. • Développer des outils de formation, information, sensibilisation, prévention pour les publics et les relais • Favoriser la participation des publics • Lutter contre les discriminations • Soutenir la concertation des acteurs pour définir des cadres d'intervention communs (objectifs et stratégies) et favoriser les synergies	

Annexe 3

Avis d'initiative du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé, section Promotion de la Santé, du 9 décembre 2016

1. Préambule

La section de promotion de la santé du CCBF a décidé d'émettre un avis d'initiative contenant des points d'attention et des recommandations concernant la confection du futur plan quinquennal de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé ainsi que des appels à projets/candidatures qui en découleront.

Ce plan est prévu par décret relatif à la promotion de la santé en Région de Bruxelles-Capitale adopté en février 2016 par l'Assemblée de la Commission communautaire française. Il constitue le « document de référence présentant l'ensemble des objectifs, des programmes et des approches stratégiques prioritaires définis par le Collège » pour « améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales de santé ».

La section se réfère au texte du décret qui précise les contenus à traiter par le futur plan et les stratégies de promotion de la santé à prioriser.

Au cœur des réalités de vie de la population, les inégalités sociales sont en augmentation constante en Région bruxelloise et impactent lourdement la santé; le secteur veut souligner la nécessité d'une réponse ambitieuse, rappelle la pertinence de la promotion de la santé à y contribuer, et insiste en conséquence pour que les moyens soient accordés à la hauteur de cet enjeu.

2. Méthode

Un groupe de travail interne à la section a été mis en place pour préparer l'avis.

Un questionnaire en ligne a été envoyé à l'ensemble des membres de la section. Ce questionnaire les interrogeait individuellement et nominativement sur leurs attentes à l'égard du plan de promotion de la santé et sur les critères de qualité d'un tel plan. Le questionnaire invitait également les répondants à identifier un ou des experts (en planification par exemple), en Belgique ou dans les pays limitrophes, susceptibles d'être contactés comme personnes ressources pour l'élaboration du plan. Les réponses à ce questionnaire ont été étudiées par le groupe de

travail et soumises ensuite à la discussion plénière de la section (séance du 10 novembre 2016).

L'avis a été rédigé sur la base de ces deux sources (analyse des réponses au questionnaire et discussion en plénière) puis approuvé par la section (séance du 9 décembre 2016).

3. Points d'attention et recommandations

Cet avis est structuré sur la base des différentes dimensions habituellement attribuées à une planification des interventions en promotion de la santé. Ces niveaux ne sont évidemment pas cloisonnés; construire un plan cohérent et global implique de veiller à leur articulation et à leur liaison interactive.

3.1. Dimension politique

La section recommande que le plan soit construit sur l'analyse des déterminants environnementaux, sociaux, éducationnels et institutionnels qui ont un impact sur la santé des Bruxellois.

En conséquence, la transversalité et l'intersectorialité doivent impérativement être au cœur des fondements stratégiques du plan puisqu'une série de déterminants concernent d'autres politiques (régionales, communautaires et fédérales, mais aussi européennes) et d'autres secteurs d'activité susceptibles d'avoir une influence déterminante sur la problématique (par exemple éducation, emploi, égalité des chances, logement, soins et ambulatoire, environnement).

La section ne peut donc qu'insister sur la nécessité, déjà prévue par le décret, d'articuler le plan de promotion de la santé aux autres plans existants et à venir (en particulier le plan santé bruxellois de la Commission communautaire commune) et d'assurer des modalités de coopération entre la promotion de la santé et d'autres niveaux ou domaines de compétence politique.

Par conséquent, le plan se doit d'être un outil compréhensible (lisible) et appropriable par les autres secteurs et les diverses instances (inter)ministérielles. Le plan devra aussi faire l'objet d'une large diffusion (visible).

La gestion des espaces audiovisuels gratuits par les différentes entités doit, dans ce but, trouver à être consolidée et valorisée pour promouvoir les stratégies et actions du secteur.

3.2. Dimension stratégique

Le plan constitue 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. La section attend du plan qu'il contribue à une meilleure santé – dans toutes ses dimensions – des Bruxellois dans une visée de réduction de l'impact des inégalités sociales de santé. Le plan doit pouvoir défendre une vision ouverte et positive de la santé.

La section recommande que le plan, d'une part fasse figurer les principes spécifiques de promotion de la santé (en complément du décret) et d'autre part, traduise ces principes à un niveau opérationnel.

Le plan doit notamment mettre en avant :

- une approche par déterminants de santé qui vise un changement des conditions de vie ayant un impact sur la santé;
- la notion d'équité en santé en invitant à prendre en compte de manière systématique le gradient social (les désavantages sociaux) et les besoins de publics prioritaires;
- la participation des usagers et plus largement des citoyens en favorisant leur capacité d'agir (*empowerment*) individuellement et collectivement.

La section recommande que le futur plan soit fondé sur l'analyse des spécificités bruxelloises concernant les besoins, les publics et les environnements (par exemple accroissement des inégalités sociales de santé et de la dualisation sociale, augmentation des populations jeunes et vieillissantes, enjeux liés au multiculturalisme).

Le plan doit permettre de développer une approche de santé globale et multifactorielle, mais aussi rationnelle et cohérente en vue d'assurer une couverture populationnelle et territoriale suffisante. Le plan doit ainsi assurer la complémentarité entre des actions globales et locales/spécifiques et des approches généralistes et thématiques.

Pour cela, le plan doit prendre en compte l'ensemble des publics et des secteurs géographiques de la Région. Il doit cependant porter une attention particulière aux populations vulnérables et précarisées. Il sera attentif aux zones en difficulté, où les besoins sont importants alors que le tissu psycho-médicosocial est insuffisant pour y répondre. Il ira à la rencontre des problématiques émergentes pour leur prise en considération.

3.3. Dimension programmatique et opérationnelle

La section estime que le plan devrait atteindre un niveau d'opérationnalité suffisant en donnant un cadre et des directions pour sa mise en œuvre. La période de cinq ans du plan est relativement courte pour mesurer des effets probants en termes de santé. C'est pourquoi la section recommande que le plan énonce des objectifs généraux qui se situent davantage à un niveau d'objectifs intermédiaires réalistes, faisables et évaluables, plutôt qu'à un niveau plus haut de santé publique (avec mesure d'impact). De plus, le plan doit s'inscrire dans un calendrier réaliste pour atteindre lesdits objectifs.

Le plan doit donc donner des indications et orientations concrètes en ce qui concerne :

- les objectifs et les priorités pour améliorer la santé des Bruxellois;
- les domaines/secteurs d'intervention;
- les niveaux d'intervention et leur coordination;
- les leviers à activer (stratégies et types d'action attendues).

En même temps, le plan devrait assurer une certaine souplesse dans les propositions de mise en œuvre que les opérateurs pourront soumettre, en laissant une place à l'initiative nécessaire pour s'adapter aux spécificités locales, mais également une place à l'émergence de pratiques innovantes.

La section insiste pour que les ambitions du plan soient assorties des moyens nécessaires à sa réalisation; il y va de sa faisabilité. Ces moyens sont financiers, mais portent également sur les connaissances, les capacités d'évaluation, la formation et l'échange de pratiques. Le plan devrait notamment permettre d'identifier là où des ressources supplémentaires sont requises. De plus, le plan devrait indiquer précisément quels sont les processus et critères d'allocation et/ou de renouvellement des ressources.

Pour éviter de fragiliser les acteurs de promotion de la santé, une attention particulière doit être portée sur l'impact du calendrier de confection et de démarrage du plan sur la gestion des ressources humaines. Sa mise en place doit garantir les conditions de continuité des services et des programmes ainsi que le maintien des emplois pendant la transition. En particulier, les modalités de mise en place du nouvel organigramme dépendant du plan veilleront à épargner le recours aux préavis conservatoires.

En matière d'évaluation des projets portés par les acteurs et services, il s'agit d'évaluer non seulement

les effets mais également les processus. La section recommande une évaluation continue-sur la base d'outils construits en concertation. Ceux-ci comprendront des critères et indicateurs tant quantitatifs que qualitatifs, et progressivement des standards de qualité d'une intervention/démarche de promotion de la santé.

À propos de la méthodologie d'évaluation du plan lui-même, la section estime que cette question cruciale doit être abordée dès la construction du plan et être co-construite avec les acteurs. La section recommande que plusieurs critères de qualité soient retenus dans l'évaluation du plan :

- la prise en compte les inégalités sociales de santé;
- la participation des publics et populations concernées;
- l'actualisation du plan en fonction des avancées et évolutions (un plan évolutif);
- l'articulation du plan avec les autres plans et politiques s'appliquant sur le territoire bruxellois.

3.4. *Dimension « projet »*

Concernant les appels à projet, la section estime que le plan devrait préciser que le terme « projet » peut désigner aussi bien des projets ponctuels que des programmes d'action.

Conformément aux priorités du plan et à la complémentarité des axes stratégiques de la Promotion de la santé (Charte d'Ottawa), la section préconise une certaine diversité quant au type de projets pouvant être soutenus : outre des actions en direction des publics cibles, des actions impliquant les usagers ou la participation de populations, d'interventions visant les individus ou les environnements sociopolitiques, d'approches de type généraliste ou thématique et des projets de plaidoyer, de recherche, de formation des acteurs et d'échanges de pratiques devraient pouvoir être financés.

Pour être pertinents, les stratégies, objectifs, méthodes et priorités du plan doivent correspondre à des problématiques identifiées et documentées par des études scientifiques, des diagnostics communautaires, des données expérientielles (expertise du terrain et vécu du terrain (des usagers, des citoyens), tant quantitatives que qualitatives.

Dans le plan, les objectifs, les thématiques et publics prioritaires devraient être précisés mais sans exclusivité afin de permettre l'émergence de propositions innovantes. Il en est de même pour la diversité des stratégies et des méthodologies.

Avis émis par la section Promotion de la santé du Conseil consultatif,

Le 9 décembre 2016

