

Table des matières

1. PRÉAMBULE : UNE MÉTHODE DE TRAVAIL COORDONNÉE ET UNE STRUCTURE COMMUNE POUR CONSTRUIRE UN CADRE PARTAGÉ	4
2. RAPPEL DES PRINCIPES STRUCTURANTS DU PLAN SOCIAL SANTÉ INTÉGRÉ - BRUSSELS TAKES CARE - ET DÉFINITION DES CONCEPTS CLEFS DE PROMOTION DE LA SANTÉ.....	7
Les principes structurants du Plan social santé intégré	8
1. L'intégration et le décloisonnement	8
2. L'approche territorialisée.....	9
3. La responsabilité populationnelle.....	9
4. L'accès aux droits, à l'aide et aux soins	10
5. L'appui et l'évaluation des politiques par les savoirs académiques, professionnels et expérientiels.....	10
6. La Santé et la Promotion de la Santé.....	10
7. La littératie en santé	12
8. La participation des publics.....	12
9. Les démarches communautaires en santé	13
10. Les déterminants de la santé et les inégalités sociales de santé	13
- l'exposition à des facteurs de risque pour la santé diffère selon la position socio-économique ;	14
- la vulnérabilité des personnes en matière de santé varie selon la position socio-économique ;	14
11. La vulnérabilité et la précarité.....	16
12. L'intersectorialité.....	16
13. L'universalisme proportionné.....	16
14. L'approche genrée	17
3. LES CINQ PRINCIPES D'INTERVENTION DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ISSUS DE LA CHARTE D'OTTAWA COMME ARCHITECTURE DU PRÉSENT PLAN DE PROMOTION DE LA SANTÉ.....	18
1) Promouvoir la santé et les stratégies de promotion de la santé dans toutes les politiques	19
2) Renforcer la participation des publics et l'action communautaire	19
3) Promouvoir et soutenir des actions visant des environnements et des milieux de vie favorables à la santé.....	20
4) Promouvoir et favoriser des aptitudes favorables à la santé.....	20
5) Réorienter les services	21
4. LES PRIORITÉS POLITIQUES DU PLAN DE PROMOTION DE LA SANTÉ	22
5. LE PLAN D'ACTION 2023	24
Axe 1. Promouvoir la santé et les stratégies de promotion de la santé dans toutes les politiques .	25
Axe 2. Renforcer la participation des publics et l'action communautaire en santé.....	27
Axe 3. Promouvoir et soutenir des actions visant des environnements et des milieux de vie favorables à la santé	28
Axe 4. Promouvoir et favoriser des aptitudes favorables à la santé	30
Axe 5. Réorienter les services.....	38

6. LE CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN	40
A. Cadre légal	41
1. <i>Le cadre décrétole et administratif</i>	41
1.1. Un Plan de promotion de la santé.....	41
1.2. Un dispositif de promotion de la santé	41
1.3. Un Plan stratégique et un plan opérationnel	42
1.4. Actualisation du Plan et suites.....	42
1.5. Schéma du cycle général de planification stratégique et opérationnelle du Plan.....	43
2. <i>La méthodologie d'élaboration du nouveau plan</i>	43
2.1. Les parties prenantes impliquées	44
2.2. Les étapes de construction.....	45
3. <i>L'architecture du Plan stratégique</i>	47
B. Mise en œuvre du plan	48
1. <i>Processus d'élaboration du plan stratégique et opérationnel</i>	48
2. <i>Définitions : missions, objectifs, plan d'intervention</i>	49
2.1. Missions	49
2.2. Objectifs.....	50
2.3. Le plan d'intervention	51
2.4. Les stratégies prioritaires	52
2.5. Les éléments à intégrer systématiquement au plan d'intervention	52
3. <i>Moyens mis en œuvre pour l'opérationnalisation du Plan stratégique</i>	54
3.1. Les autorités publiques	54
3.2. Les missions du service d'accompagnement	54
3.3. Les missions des services support	55
3.4. Les programmes de médecine préventive.....	56
3.5. Les missions des réseaux.....	56
3.6. Les missions des acteurs et des actrices	56
4. <i>L'évaluation</i>	57
Au niveau du Plan Opérationnel	57
Au niveau du Plan stratégique.....	57
C. Données socio-sanitaires.....	58
1. <i>Santé et qualité de vie en région bruxelloise</i>	58
1.1. La population.....	58
1.2. Les inégalités sociales et territoriales de santé	59
1.3. La crise Covid et ses conséquences sociales et sanitaires	60
2. <i>Les déterminants de la santé et de la qualité de vie</i>	64
2.1. Les déterminants structurels des inégalités sociales de santé.....	64
2.2. Déterminants intermédiaires.....	69
7. BIBLIOGRAPHIE	83
Rapports, notes	84
Articles	84
Déclarations politiques et documents officiels	86
Sites web.....	87

01

Préambule

Une méthode de travail
coordonnée et une
structure commune
pour construire un cadre
partagé



« Un premier Plan Stratégique et Opérationnel de Promotion de la Santé 2018/2022 est en cours. Le Gouvernement veillera à son amélioration continue ainsi qu'à celle du dispositif de promotion de la santé (notamment l'évaluation extensive de l'ensemble des acteurs et de la politique et l'intégration de l'évaluation et du travail d'actualisation en vue de la prochaine version du plan). Le plan de promotion de la santé et le plan de santé bruxellois seront articulés entre eux de façon à permettre la définition d'une politique intégrée et régionale de santé. L'objectif sera de parvenir à un seul Plan social-santé bruxellois. »
Accord de majorité du Collège de la Commission communautaire française 2019-2024.

« Afin de mieux rencontrer l'ensemble des besoins de la population, il sera nécessaire d'assurer une plus grande cohérence des politiques menées. Au départ des politiques et des plans existants dans les différentes entités compétentes, le Gouvernement initiera des Etats généraux bruxellois de la santé et du social, dans la perspective de la rédaction du Plan social-santé intégré portant notamment sur une première ligne social-santé bruxelloise. Le Gouvernement s'inscrira dans une démarche de co-construction entre les acteurs publics et associatifs, les usagers et les chercheurs, en ce compris sur la méthode. »
Accord de majorité du Collège réuni de la Commission communautaire commune 2019-2024.

Afin de mettre en œuvre l'accord de majorité bruxellois et de rendre cohérentes les différentes politiques sociales, de santé et de promotion de la santé, des Etats généraux du social et de la santé se sont réunis et ont pu guider la rédaction du Plan social-santé intégré (PSSI) - Brussels Takes Care.

Le PSSI constitue donc le document représentant l'aboutissement du processus d'Etats généraux et de construction collective. Il a pour but d'être le seul document de référence qui intègre et donne le fil conducteur des trois plans actuellement existants : le Plan Santé Bruxellois, le Programme d'actions bruxellois de lutte contre la pauvreté et le Plan stratégique de promotion de la santé.

Celui-ci se divise en deux parties :

- **Un plan stratégique** constituant un **référentiel commun (volet 1)** aux acteurs et actrices bruxellois et bruxelloise actifs et actives dans le domaine du social, de la santé et de la promotion de la santé.
- **Un plan opérationnel (volet 2)** regroupant des actions plus précises visant à mettre en œuvre, de façon pluriannuelle, les principes et les objectifs stratégiques du référentiel.

Concernant la place de la promotion de la santé dans **le référentiel commun**, la volonté de la ministre en charge de la promotion de la santé a été d'intégrer les démarches, les approches et les stratégies d'action de promotion de la santé, éprouvées en santé publique et particulièrement utilisées durant la crise COVID, dans ce référentiel commun afin de proposer aux secteurs socio-sanitaires de conduire leurs actions en s'appuyant sur ces stratégies.

La promotion de la santé a donc été mobilisée tout au long de ce référentiel en tant **que stratégie de santé publique comme fil conducteur des politiques sociales et de santé**. Elle forme la pierre angulaire de celui-ci. En ce sens, le PSSI s'inscrit donc pleinement dans les 5 principes d'intervention de la charte d'Ottawa.

La promotion de la santé constitue d'ailleurs le **premier principe structurant** du référentiel. Cette vision percole ensuite dans **les 4 axes du PSSI**.

Concernant les mesures et objectifs spécifiques adressés au **secteur de la promotion de la santé**, ils s'inscrivent également dans les 4 axes du PSSI car les opérateurs et les opératrices de promotion de la santé contribuent pleinement aux objectifs globaux du PSSI.

En vue de faciliter la compréhension de l'articulation des deux plans et de permettre une lecture croisée de ceux-ci, un tableau récapitulatif des mesures a été réalisé et joint en annexe. Il résume les axes, objectifs spécifiques et objectifs opérationnels du présent plan en référant à chaque fois l'axe du PSSI dans lesquels ceux-ci s'inscrivent. Le plan opérationnel du PSSI opérera également un référencement en miroir dans le but de visualiser la manière dont les opérateurs de promotion de la santé contribuent au PSSI.

Un **décret et ordonnance conjoints** reprenant les éléments de gouvernance et de pilotage du PSSI sera proposé aux Assemblées de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française. L'ordonnance prévoit une coordination avec les gouvernements bruxellois (Région bruxelloise, VGC).



02

Principes structurants

Rappel des principes structurants
du Plan social santé intégré - Brussels Takes
Care - et définition des concepts clefs
de promotion de la santé



Une série de principes structurants définis dans le PSSI et de concepts propres à la promotion de la santé sont essentiels pour guider l'interventions des services et des opérateurs. Il apparaît important de les reprendre ci-dessous et de les définir en vue de s'assurer une même compréhension de ceux-ci.

Les principes structurants du Plan social santé intégré

1. L'intégration et le décloisonnement

Pour répondre à la complexification des situations, à l'intrication toujours plus étroite des problématiques sociales avec les inégalités de santé et à l'accroissement des maladies chroniques, il est nécessaire de penser et de produire des modèles d'accompagnement et de soins plus et mieux intégrés, qui brisent les cloisons entre secteurs et niveaux d'intervention.

L'approche intégrée se concrétise dans la volonté de mieux coordonner les professionnels, de consolider les parcours de soins et d'aide en évitant les ruptures d'accompagnement, de permettre à quiconque qui entre dans le système socio-sanitaire de trouver réponse adaptée à ses besoins dans toutes ses dimensions et tout au long de sa vie. Elle permet, dans une démarche centrée sur la personne, de combiner à bon escient les services présents sur le territoire pour coproduire le plus haut niveau de qualité possible dans l'accompagnement et le soin, dans un continuum qui va de la promotion de la santé aux soins palliatifs.

Elle implique aussi une plus grande cohérence au niveau des outils qui rendent son organisation possible : textes législatifs, encadrement administratif, mise en cohérence des politiques menées par les différents niveaux de pouvoir.

L'intégration de l'aide et des soins poursuit un quadruple objectif: améliorer la santé de la population, améliorer la qualité des soins et de l'aide prodigués aux personnes, réduire les coûts des soins per capita, améliorer le bien-être des professionnels de l'aide et des soins.

2. L'approche territorialisée

L'organisation territoriale de l'aide et des soins va de pair avec la dynamique d'intégration. Elle rend celle-ci opérationnelle en délimitant le périmètre du cadre commun d'intervention. Elle permet de définir et d'adapter une offre de services cohérente par zone géographique en prenant en compte le type de services à offrir, la taille et les besoins des publics-cibles, l'étendue des ressources disponibles, les divisions administratives².

Le niveau du quartier est celui auquel se déploie l'offre socio-sanitaire de base : la première ligne d'aide et de soins sous forme d'un centre d'accompagnement social et de soins primaires polyvalent ou d'un réseau formalisé d'intervenants. Ce niveau permet la prise en compte des personnes dans une relation de grande proximité, immergée dans le milieu de vie et en appui sur une pluralité de ressources dont certaines informelles (proches, voisins, commerçants...).

L'organisation d'une offre de base sur l'ensemble des quartiers de la Région répond à l'exigence d'égalité minimale de traitement de tous et toutes les Bruxellois et Bruxelloises. Elle vise, sur le principe de la justice spatiale, à assurer une meilleure accessibilité physique aux services à une échelle locale et à favoriser la continuité de l'accompagnement.

Ce niveau primaire est lui-même inclus dans les niveaux d'intervention supérieurs, que sont les bassins d'aide et de soins et le niveau régional.

¹ Schrijvers, G. (2017). Integrated Care: Better and Cheaper: With a Selection of More than 100 Good Practices of Integrated Care. Den Haag: Sdu Uitgevers.

² Certaines législations (la compétence des CPAS est communale) ou certains règlements (l'INAMI oblige les maisons médicales au forfait à se définir un territoire géographique) se déploient déjà sur une base territoriale.

Les Communes et CPAS sont des acteurs importants de la vie sociale et pour le bien-être de la population. Ils disposent de moyens et de compétences importantes pour améliorer le bien-être des citoyens. Ils sont des partenaires clés de l'action territorialisée, aussi bien au niveau des quartiers que des bassins d'aide et de soins.

3. La responsabilité populationnelle

Le quartier, par les possibilités qu'il offre en matière de coordination des ressources, d'aménagement et d'intégration dans une politique de la ville favorable à la santé, est l'échelle de territoire à laquelle il est possible d'agir le plus activement sur le bien-être des habitant·e·s. Les autorités publiques ont, à ce titre, une responsabilité à l'égard des habitants et des services publics sur un territoire donné. L'ensemble des opérateurs socio-sanitaires, au sens large, présents sur le territoire local doivent se sentir concernés par l'objectif d'amélioration de ce bien-être, compte tenu de l'engagement et des moyens mis à leur disposition par les pouvoirs publics. A cet égard, ils partagent une responsabilité collective. La responsabilité des services envers la population présente sur une zone d'intervention, que ce soit le quartier, le bassin d'aide et de soins ou l'entièreté de la Région, en lien avec le niveau communal existant, articule deux logiques : la volonté de penser l'action et d'organiser l'aide et les soins de façon intégrée en fonction des besoins des territoires et de leurs populations plutôt que selon la seule offre existante et la seule demande exprimée. Cela suppose l'usage d'outils de repérage et de diagnostics, le développement de pratiques de promotion de la santé et de prévention (social et santé), le recours à l'action communautaire, la capacité, pour tout service, d'accueillir tout·e habitant·e et de l'orienter vers l'offre la plus adéquate à sa demande.

4. L'accès aux droits, à l'aide et aux soins

La disponibilité de l'offre ne garantit pas son accessibilité. De nombreuses barrières peuvent empêcher les personnes d'atteindre le service recherché.

Assurer un accès maximal pour tous les publics implique d'améliorer à la fois,

- l'accessibilité spatiale par une optimisation de la quantité et de l'emplacement de l'offre ainsi que par l'augmentation des capacités de mobilité des personnes. L'approche territorialisée contribue significativement à cet objectif.
- l'accessibilité non-spatiale par un travail sur un ensemble de facteurs qui facilitent la rencontre entre les personnes et le droit, l'aide ou le soin. Cela passe notamment par une attention et des actions sur la commodité de l'offre (horaire, accueil, usage des langues, démarches administratives), sur son coût ou encore sur sa visibilité et la promotion qui en est faite.

Les publics les plus stigmatisés, les plus éloignés de l'offre, les plus susceptibles de ne pas y avoir recours doivent en outre faire l'objet d'une attention particulière à travers des dispositifs volontaristes d'« aller vers » et d'accueil inconditionnel (bas seuil) quelle que soit la situation du demandeur ou de la demanderesse. Cette approche multidisciplinaire, flexible et proactive, non discriminante et respectueuse de la personne a pour objectif à terme de réintégrer le ou la patient·e dans la première ligne d'aide et de soins.

Dans le cadre de la Charte Handstreaming, une attention particulière devra être apportée aux droits des personnes en situation de handicap, en éliminant autant que possible les barrières à l'accès aux services socio-sanitaires, qui sont autant d'obstacles à surmonter pour ce public.

5. L'appui et l'évaluation des politiques par les savoirs académiques, professionnels et expérientiels

Les actions menées sur le terrain doivent répondre à des exigences d'effectivité, de redevabilité et d'implication des professionnels et professionnelles de terrain et des habitants et habitantes.

Pour ce faire, elles doivent reposer sur, et produire au fur et à mesure de leur déroulement, des informations pertinentes issues de la recherche scientifiques, de la pratique professionnelle et de l'expérience des usagers. Le recueil, l'analyse et la mise à disposition des données génèrent un environnement propice à la production d'interventions efficaces, à leur évaluation, à l'information et à la participation des publics.

La mise en place de dispositifs de diagnostics, de production de données, d'évaluation (quantitative et qualitative) et de participation des parties prenantes soutient la qualité des politiques socio-sanitaire et participe à l'instauration d'une réelle démocratie sanitaire.

A ces principes structurants de santé publique sont associés une série de points d'attention qui guident les actions en promotion de la santé

6. La Santé et la Promotion de la Santé

En 1946, l'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social* » et précise que celle-ci « ne constitue pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité »³. La santé y est définie comme l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques, sociales). Ce qui exige d'une part, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains et d'autre part, une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à son environnement en perpétuelle mutation⁴.

En 1986, la Charte d'Ottawa complète la première définition de la santé de l'OMS. La santé n'est pas une fin en soi et doit être considérée comme une ressource de la vie quotidienne permettant à l'individu et à la collectivité de « *réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins, d'une part, et de changer son environnement ou de s'adapter à celui-ci, d'autre part* ». Cette vision sous-tend une approche de la santé à travers ses déterminants sociaux et non-médicaux.

En 2005, la Charte de Bangkok met l'accent sur les déterminants de santé en parlant de « *meilleure maîtrise sur ce qui détermine la santé* ».

En 1997, la déclaration de Jakarta invite à définir les orientations et stratégies à adopter pour relever les défis de la promotion de la santé.

5 axes sont identifiés: **(1) promouvoir la responsabilité sociale en faveur de la santé, (2) accroître les investissements pour développer la santé**, ce qui « *exige une approche véritablement multisectorielle prévoyant l'allocation de ressources aussi bien aux secteurs de l'éducation et du logement qu'à celui de la santé. Un investissement plus important dans le domaine de la santé et une réorientation des ressources existantes - au sein de chaque pays mais aussi entre les pays - peuvent faire progresser de manière significative le développement humain, la santé et la qualité de la vie.(...) Il faut que dans cette réorientation des ressources soient pris en compte les besoins de certains groupes comme les femmes, les enfants, les personnes âgées, les populations indigènes, les pauvres et les personnes marginalisées* », **(3) renforcer et élargir les partenariats pour la santé, (4) accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir** « *la promotion de la santé est mise*

³ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946

⁴ Glossaire www.inegalitesdesante.be

en œuvre par et avec les personnes et ne leur est pas imposée. Elle améliore à la fois la capacité d'agir des individus et celle des groupes, organisations ou communautés, d'influer sur les déterminants de la santé», **(5) mettre en place une infrastructure pour la promotion de la santé**⁵.

En 2016, la déclaration de Shanghai apporte encore des précisions. « 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 de la population (...)»

Le PSSI s'inscrit dans ces ambitions.

Le Décret de promotion de la santé du 18 février 2016 de la Commission communautaire française définit la promotion de la santé comme « le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population et à réduire les inégalités sociales de santé en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques. »

La promotion de la santé est un processus d'émancipation qui :

- s'inscrit dans une perception positive et globale de la santé,
- vise à :
 - enrichir les connaissances et développer les compétences et la capacité d'agir,
 - travailler sur les conditions et les situations qui influencent la santé (déterminants de santé),
 - agir sur les milieux de vie,
- s'appuie sur la participation des personnes, en les associant à la définition de leurs besoins et aux actions à mener pour qu'elles deviennent actrices de leur santé⁶.

⁵ Réseau français LSPS

<https://www.reseau-lsps.org/ressources/les-textes-fondateurs-de-la-promotion-de-la-sante/>

⁶ Elaboré à partir du site du CLSP du Brabant-Wallon : www.clps-bw.be/qui-sommes-nous/copy_of_promotion-de-la-sante

7. La littératie en santé

« La littératie en santé désigne la *connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie* »⁷

Les avantages d'un bon niveau de littératie en santé sont nombreux et importants : des choix plus éclairés, des attitudes et des comportements de santé plus positifs, d'avantage de prévention, des meilleurs résultats en termes de santé.

Parmi les facteurs qui font obstacle à une littératie en santé de qualité, on peut citer un faible niveau d'éducation ou de scolarité, un statut social et une situation socioéconomique défavorisés et l'appartenance à des groupes minoritaires (populations migrantes, appartenance ethniques, ...). L'âge et le genre y sont fortement associés. De faibles compétences en littératie en santé peuvent donc être considérées comme des facteurs qui contribuent aux inégalités de santé. La littératie en santé questionne la notion d'équité d'accès au système de soins de santé et de prévention de celles-ci.

Pour évoluer au fil du continuum de santé, quatre catégories de compétences sont requises :

- la capacité de rechercher, de trouver et d'obtenir des informations relatives à la santé : accéder ;
- la capacité de comprendre cette information : comprendre ;
- la capacité d'interpréter, de juger, d'évaluer l'information : évaluer ;
- la capacité à communiquer et à utiliser l'information qui permet de prendre une décision afin de maintenir et/ou améliorer la santé : appliquer.

D'un point de vue individuel, la littératie en santé s'ancre sur les déterminants de santé, qu'ils soient personnels, sociétaux, environnementaux ou situationnels.

Au niveau de la population, la littératie en santé se comprend comme étant en lien avec l'utilisation des services de santé, les comportements de santé, la participation des personnes au processus de soins, de prévention et de promotion de la santé. Elle est un levier pour un plus fort engagement des personnes dans les enjeux santé de leurs communautés et pour agir favorablement sur les déterminants non-médicaux de la santé. Elle peut sensibiliser les organisations à l'importance des compétences en la matière et améliorer leurs capacités à informer et accompagner les informations en santé.

8. La participation des publics

La participation en matière de promotion de la santé pourrait être définie en s'inspirant de RIFKIN comme « *le processus social où un groupe d'individus va prendre part à l'identification de ses besoins, aux processus décisionnels et à l'établissement des mécanismes pour répondre à ses besoins.* »⁸ Le « prendre part » doit être entendu ici à une notion d'engagement, une conception active au sein du groupe, fondée sur l'acte de participation en lui-même.⁹

⁷ Sørensen K., Van Den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H., For (Hls-Eu)(2012) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health.

⁸ Ischer P. & Saas C. (2019) La participation en matière de promotion de la santé. Document de travail 48. Berne et Lausanne: Promotion de la santé Suisse

⁹ Bantuelle M., Dargent D. & Morel J. (2000). La participation communautaire en matière de santé. Bruxelles : Santé, Communauté, Participation

La participation des publics (bénéficiaires, usagers, pairs) que le projet concerne doit être favorisée dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions du Plan afin de tenir compte de leurs besoins, de leurs spécificités et de leur expertise en tant qu'usagers et par là améliorer la qualité des interventions. La communauté bénéficiaire doit pouvoir définir elle-même les buts des programmes qui lui sont destinés. Cette participation doit être reconnue et valorisée.

9. Les démarches communautaires en santé

Certains espaces, comme des quartiers, ou des types des 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.¹⁰

10. Les déterminants de la santé et les inégalités sociales de santé

La santé est déterminée par un ensemble de facteurs, comme l'âge, le sexe, le mode de vie, le milieu socio-professionnel, l'environnement social, économique, législatif, le milieu de vie, etc. D'autres déterminants agissent comme des ressources favorables ou défavorables à la santé et au bien-être. Parmi ces ressources inégalement réparties, on retrouve le logement, l'éducation, les revenus, la stabilité de l'environnement, etc.

Tenir compte de l'interaction entre les déterminants et les ressources est la clé de voûte des démarches de promotion de la santé. Par exemple, « *une politique inadéquate en matière de logement, d'aménagement du territoire ou d'environnement ainsi que l'absence d'espaces verts et d'infrastructures sportives dans des quartiers, peut réduire à néant les effets de campagnes de promotion de la santé alors qu'une politique adéquate peut au contraire les renforcer sensiblement* »¹¹.

Les inégalités sociales de santé sont les causes des « différences » d'état de santé entre des personnes appartenant à des groupes sociaux différents. Elles sont importantes et évitables. Elles concernent toute la population selon ce qu'on nomme le « gradient social ». Ce gradient social est un lien statistiquement constaté entre la position socio-économique des personnes et leur état de santé. Il augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées¹².

¹⁰ Les démarches communautaires en santé 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. « La démarche communautaire en Promotion de la santé à Bruxelles : éléments pour la rédaction du plan stratégique de Promotion de la santé à Bruxelles. » Fédération Bruxelloise de promotion de la santé asbl - Mars 2017

¹¹ Inégalités en santé - Recommandations politiques. Recommandations du groupe de travail 'Inégalités en santé' de la Fondation Roi Baudouin à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique.

¹² www.inegalitesdesante.be

On parle de gradient quand on observe que la catégorie sociale la plus favorisée se caractérise par des indicateurs sanitaires plus favorables que la catégorie immédiatement inférieure, et ainsi de suite quel que soit l'indicateur sanitaire utilisé. Les inégalités de santé reflètent ainsi la stratification sociale et donc les inégalités au sein de la société cela implique que la santé diminue quand la position socio-économique diminue.

« Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. A l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun.

Ainsi, si l'on examine les taux de mortalité des moins de cinq ans selon la richesse des ménages, on constate qu'il existe un lien entre la situation socio-économique et la santé. Plus le ménage est pauvre, plus la mortalité est élevée ; dans les ménages appartenant au deuxième quintil le plus riche, le taux de mortalité des moins de cinq ans est plus élevé que ceux appartenant au premier quintile. C'est ce qu'on appelle le gradient social en santé. ¹³»

La réduction de ces inégalités est inscrite comme finalité dans le Décret bruxellois de promotion de la santé et traverse donc l'ensemble du Plan et des stratégies identifiées

L'OMS a développé un cadre conceptuel des inégalités sociales de santé¹⁴ qui s'articulent aux déterminants sociaux de la santé. Ce schéma (voir p.64) a été repris comme fil conducteur par l'Observatoire du social et de la santé dans son dossier « Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? »¹⁵, qui est la source des lignes qui suivent.

Ce que veut mettre en lumière ce schéma (voir p.64), c'est l'importance, en amont, des **déterminants structurels des inégalités de santé**. C'est aussi que la « fabrication » de la santé est le résultat d'un processus complexe. Il ne s'agit pas simplement pour être en bonne santé d'avoir des comportements adéquats. L'être en bonne santé se tricote au fil des générations, des histoires, des appartenances, des apprentissages.

La santé est modulée par deux sortes de déterminants : **les déterminants structurels des inégalités sociales de santé et les déterminants intermédiaires de la santé**.

Pour améliorer la santé et la qualité de vie, il faut donc intervenir sur les politiques macro-économiques et sociales (le marché du travail, le logement, sur la gouvernance), sur les politiques sociales, sur les politiques publiques (éducation, santé, protection sociales), sur la culture et les valeurs sociétales c'est-à-dire sur le contexte socio-économique et politique afin de modifier la situation économique, l'organisation des classes sociales, des manières de concevoir les différences qu'il s'agisse de genres, d'ethnies, afin d'améliorer l'éducation, l'emploi et les revenus. Car en effet, ce sont ces différences de traitements qui vont, à leur tour, agir sur les conditions matérielles des populations (conditions de vie et de travail, disponibilité de l'alimentation), sur les comportements, les facteurs biologiques et les facteurs psychosociaux.

¹³ OMS : http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr

¹⁴ OMS. Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé, 2008

¹⁵ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019.

« Les personnes ayant une position socio-économique moins favorables accumulent de nombreuses fragilités (par exemple en raison du stress subi, de conditions de travail difficiles, d'un logement insalubre, ...) tout en disposant de moins de moyens pour s'en protéger (une moins bonne immunité, un support social moindre, un accès plus difficile à une alimentation équilibrée, etc.) ou d'en limiter les conséquences néfastes (moindre accès au système de santé et moins bonne connaissance de celui-ci, soins informels, prévention ...)»¹⁶

Ce que met en lumière ce cadre conceptuel c'est que :

- l'exposition à des facteurs de risque pour la santé diffère selon la position socio-économique ;
- la vulnérabilité des personnes en matière de santé varie selon la position socio-économique ;
 - les conséquences économiques et sociales des problèmes de santé varient selon la position socio-économique des personnes et leur état de santé antérieur ;
 - le système de soins de santé peut être un acteur essentiel de la lutte contre les effets défavorables de ces déterminants.

Ceci explique pourquoi il serait vain de continuer à n'agir que sur les seuls comportements et facteurs biologiques pour améliorer la santé.

Margaret Whitehead, qui est une spécialiste reconnue pour son expertise en inégalités de la santé, identifie quatre types d'interventions qui peuvent contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé :

- le renforcement des individus en situation de vulnérabilité par des stratégies ciblant des facteurs individuels tels que les connaissances, les croyances, l'estime de soi, les compétences psycho-sociales, etc. ;
- le renforcement des communautés qui expérimentent de l'exclusion sociale, de l'isolement, un manque de considération induisant également un manque de participation de ces communautés à la vie sociétale et une moins bonne santé, par stratégies de construction de la cohésion sociale, de soutien mutuel et de développement de la résilience ;
- l'amélioration des conditions de vie et de travail par des stratégies ciblant l'accès aux services (en matière de santé, d'éducation, etc.) et aux biens indispensables (en matière de logement, d'alimentation, de revenu, etc.) ;
- le développement de politiques favorables à la santé à un niveau économique, culturel et environnemental afin de garantir à l'ensemble de la population les conditions nécessaires au développement de leur santé.¹⁷

Un concept supplémentaire vient s'articuler aux inégalités sociales de santé, celui d'intersectionnalité qui vise à décrire les formes combinées de domination et/ ou de discrimination liées au sexe, au genre, à l'orientation sexuelle, à la « race », à la communauté, aux générations, entraînant ainsi une augmentations des discriminations.¹⁸

Il est important de noter toutefois qu'agir sur les inégalités sociales de santé n'est pas « une autre manière de faire du social ». Il ne s'agit pas d'ajouter des interventions sociales pour les citoyens en renfort des actions de santé. Il s'agit de tenir compte des inégalités sociales dans la mise en œuvre des politiques de santé.

¹⁶ Ibid. p.9

¹⁷ Note d'orientation -UCLouvain/RESO Février 2022 Ségolène Malengreau Contribution des stratégies de promotion de la santé pour un Plan Social Santé Intégré équitable

¹⁸ Le concept d'intersectionnalité a été décrit par Kimberlé Williamson Crenshaw pour parler de la réalité des femmes noires qui subissaient à la fois les effets du racisme et du sexisme

11. La vulnérabilité et la précarité

Les notions de vulnérabilité et de précarité sont étroitement liées mais ne sont pas synonymes. Elles font l'objet de plusieurs définitions dans la littérature en sciences sociales. La vulnérabilité est universelle. Elle implique la concrétisation potentielle d'un risque et dépend d'éléments relationnels, contextuels et individuels. Elle est réversible dans la mesure où il est possible d'agir sur les facteurs qui la déterminent, dont le contexte. L'exposition à la vulnérabilité est donc commune à tous les individus, mais non égale¹⁹.

La notion de « précarité » selon Robert Castel renvoie à divers éléments tels que l'insécurité du présent et de l'avenir, le moindre accès à l'instruction, la malnutrition ou la sous-nutrition, l'exiguïté et/ou l'insalubrité du logement, les difficultés d'accès aux soins, la surexposition aux conduites à risque (alcoolisme, prostitution...) et l'exercice de professions dangereuses, etc. Ces éléments entraînent une fragilisation de la santé physique et mentale, ainsi que des répercussions diverses, notamment sur la famille. En tant que notion également contextuelle et structurelle, elle invite parallèlement à agir sur l'environnement pour en modifier les propriétés et le rendre moins « vulnérabilisant », à adjoindre à l'accompagnement individuel des politiques intersectorielles telles l'emploi, la formation et l'insertion, la ville, la lutte contre les discriminations, l'éducation, l'égalité des chances, etc.

12. L'intersectorialité

L'action intersectorielle réunit des partenaires de plusieurs secteurs (santé, culture, politique, éducation, action sociale) pour intervenir sur une problématique. Elle favorise la mise en commun de ressources diversifiées, elle permet un décloisonnement des points de vue et des actions et l'élargissement des cadres de références, la coordination d'actions menées par des secteurs différents, la cohérence de celles-ci et des messages qui y sont associés.

L'intersectorialité favorable à la santé est menée par différents secteurs ou domaines d'activités : l'emploi, le logement, l'aménagement urbain, les transports, l'environnement, la famille, l'éducation et par différents types d'acteurs, les ministères, les administrations, les associations, les médias, les entreprises.

Il s'agit de dépasser la simple réunion ou juxtaposition de plusieurs secteurs pour résoudre un problème et de s'engager dans une approche conjointe et cocréée.

13. L'universalisme proportionné

Les chiffres le montrent, les Bruxellois et Bruxelloises ne sont pas égaux en termes de bien-être et ne demandent donc pas la même attention pour leur procurer un niveau de bien-être digne. Ainsi les réponses apportées doivent-elles également être proportionnées à l'ampleur des besoins des personnes.

Dans le cadre de moyens limités, les politiques socio-sanitaires doivent à la fois respecter le principe d'universalisme (offrir l'accès aux mêmes services à l'ensemble de la population) mais aussi cibler leurs efforts et moduler leurs effets en prenant en compte les inégalités sociales de santé. Un programme d'actions socio-sanitaires reposant sur l'idée de l'universalisme proportionné veillera à articuler des prestations universelles et des prestations ciblées à destination des groupes dont l'état de fragilité et le risque associé de nonaccès aux droits et aux services est plus important.

¹⁹ Définition élaborée à partir de l'article de de Axelle Brodriez-Dolin « Le concept de vulnérabilité » février 2016 <http://www.laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html>

L'approche universelle représente une politique ou une action, ou une même intervention, qui est offerte à toutes et tous, qui concerne de la même manière l'ensemble de la population indépendamment des besoins de chacun. Ce faisant on ne tient donc pas compte des difficultés rencontrées par les personnes précarisées pour avoir accès aux soins de santé de base. L'approche ciblée, elle, privilégie une politique ou une action qui concerne une partie seulement de la population, considérée comme prioritaire. L'inconvénient de ce type d'intervention est d'avoir pour conséquence éventuelle une stigmatisation des bénéficiaires.

En combinant les deux approches, Marmot²⁰ a développé le principe d'universalisme proportionné. *« Pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de la défaveur sociale. C'est ce que nous appelons universalisme proportionné. Une plus grande intensité d'action sera probablement nécessaire pour ceux qui ont un plus grand désavantage social et économique mais se concentrer uniquement sur les plus défavorisés ne réduira pas le gradient de santé et ne s'attaquera qu'à une petite partie du problème ».*

14. L'approche genrée

Le genre est un concept, une grille de lecture et d'analyse qui permet de comprendre la manière dont la société désigne les processus et les rapports sociaux qui organisent et polarisent les êtres humains en différentes catégories de sexe. Le genre est défini par Bereni et Achin comme un rapport de pouvoir relationnel imbriqué dans d'autres rapports sociaux. Il désigne le processus de bi-catégorisation en homme/femme et les valeurs qui lui sont associées (masculin/féminin).²¹ Le terme genre renvoie aux rôles, aux comportements, aux expressions et aux identités que la société assigne aux hommes, aux femmes, et aux personnes qui ne correspondent pas à cette binarité de genre (intersexes, trans, queer, non-binaires, etc). Il architecture la perception qu'ont les gens d'eux-mêmes et d'autrui, leur façon d'agir et d'interagir ainsi que la manière dont se répartissent le pouvoir et les ressources dans la société.

Dans les recherches en santé publique, de nombreux travaux montrent d'importantes différences entre hommes et femmes en matière d'espérance de vie, de mortalité, de morbidité mais aussi de représentations par rapport à la santé et aux comportements de santé. L'usage du concept de genre pour évaluer les politiques menées en matière d'accompagnement social et de soins permet de prendre en compte les causes de ces différences et d'agir en conséquence. Dans la mise en œuvre du plan, une attention particulière sera accordée aux inégalités de santé basées sur le genre, à travers un effort de sa prise en compte dans les actions.

20 Marmot M., « Fair society, healthy lives ». Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review, February 2010 repris par Sarah Missine lors d'un séminaire sur l'Universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé de l'OSH le 9 mai 2017

21 Achin C., Bereni L. (dir) Dictionnaire genre et science politique. Concepts, objets, problèmes. Paris, Les presses de Sciences P, coll « Références », 2013

03

Axes

d'intervention

La Charte d'Ottawa comme modèle



Les cinq principes d'intervention de la promotion de la santé issus de la Charte d'Ottawa comme architecture du présent plan de promotion de la santé²²

1) Promouvoir la santé et les stratégies de promotion de la santé dans toutes les politiques²³

Il s'agit d'inscrire la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé. En effet, même si les politiques de santé publique sont mises en œuvre pour améliorer la santé, force est de constater qu'un grand nombre de domaines de l'intervention publique influencent la santé. Pensons à l'éducation, au logement, à la mobilité, à l'aménagement du territoire, aux politiques d'urbanisme, à la publicité, à l'environnement, ... Agir sur les déterminants de la santé nécessite dès lors une responsabilité partagée des décideurs politiques envers la santé et des mesures à prendre par l'ensemble des gouvernements.

→ **Les objectifs de cet axe seront soutenus principalement par les autorités publiques. Il s'agit d'une part de contribuer à l'intégration d'une dimension de promotion de la santé dans toutes les politiques et, d'autre part, à la concertation de toutes les instances politiques et administratives ayant la santé dans leurs compétences.**

2) Renforcer la participation des publics et l'action communautaire

Il s'agit d'organiser effectivement et concrètement la participation de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé et de développer les projets sur la base d'analyse de la demande et de diagnostic communautaire.

La participation citoyenne est au centre des stratégies d'action communautaire. Il existe plusieurs définitions de l'action communautaire qui présentent des spécificités particulières mais on retrouve le plus souvent la question d'un territoire partagé, des interactions sociales, les liens communs (sentiment d'appartenance, solidarité). Les démarches communautaires en santé désignent ici des initiatives de personnes, d'organismes, de communautés (qu'elles soient territoriales, ou d'identités partagées) qui visent à apporter une ou des solutions collectives et solidaires à un problème ou à un besoin commun, qui contribuent à agir sur les déterminants de la santé, à améliorer la santé et à réduire les inégalités sociales de santé.

→ **Le plan de promotion de la santé veut ici soutenir le travail de proximité avec des publics spécifiques dans leur milieu de vie et le développement d'une dynamique collective et citoyenne. Une attention sera aussi apportée aux projets visant des publics réunis en raison de leur mobilisation citoyenne par rapport à leurs droits.**

²² Les définitions qui suivent proviennent du site de l'Université Canadienne UOttawa https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Health_Promotion_f.htm

²³ Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. OMS, Gouvernement d'Australie-Méridionale, Adélaïde, 2010 « La Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques a pour but d'engager l'ensemble des dirigeants et des décideurs à tous les niveaux gouvernementaux — local, régional, national et international. Elle souligne qu'il est plus facile d'atteindre les objectifs gouvernementaux lorsque tous les secteurs tiennent compte de la santé et du bien-être comme étant un élément—clé de l'élaboration des politiques. Ceci est dû au fait que les déterminants de la santé et du bien-être sont extérieurs au secteur de la santé et sont d'ordre social et économique.».

3) Promouvoir et soutenir des actions visant des environnements et des milieux de vie favorables à la santé

Il s'agit d'insister sur l'importance de l'environnement pour la santé et proposer une approche socio-écologique de la santé. En effet, les environnements et milieux de vie sont définis comme les lieux où les personnes vivent, travaillent et se divertissent.

Les environnements favorables à la santé sont des environnements qui exercent une influence positive sur l'état de santé des individus et des communautés, en facilitant les choix bénéfiques à la santé. On parle habituellement d'environnements au pluriel car plusieurs types d'environnements ont un impact sur la santé des populations : l'environnement physique (éléments naturels et construits), l'environnement politique (politiques publiques et lois), l'environnement économique (prix relatif des biens et des services) et l'environnement socio-culturel (normes et conventions).

Cet axe prend en compte l'influence de ces milieux de vie sur la santé et sur les choix que posent les personnes et les communautés par rapport à leur santé et à leur qualité de vie. Cette manière de travailler la santé permet également d'intervenir par rapport aux inégalités sociales de santé. Cette stratégie de soutien à des actions visant à promouvoir les environnements et les milieux de vie favorables à la santé s'appuie sur la mobilisation des relais et organes de décision locaux et sur le renforcement communautaire.

- **Le plan de promotion de la santé veut encourager des projets qui puissent intervenir de manière complémentaire sur les environnements et milieux de vie et sur les aptitudes identifiées dans l'axe 4. Renforcer la responsabilité sociale, travailler les représentations, développer l'esprit critique et rendre possible, le pouvoir d'agir et la liberté de choisir.**

4) Promouvoir et favoriser des aptitudes favorables à la santé

Il s'agit de soutenir le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Comme pour l'axe 3, il s'agit d'encourager la complémentarité des actions et de privilégier des projets de promotion de la santé visant l'intervention sur les comportements et habitudes de vie de manière complémentaire à des actions sur l'environnement et les milieux de vie, en adoptant des postures non prescriptives. Ici aussi, ce qui est le renforcement de la responsabilité sociale, le travail des représentations, le développement de l'esprit critique, de la liberté de choisir et du pouvoir d'agir.

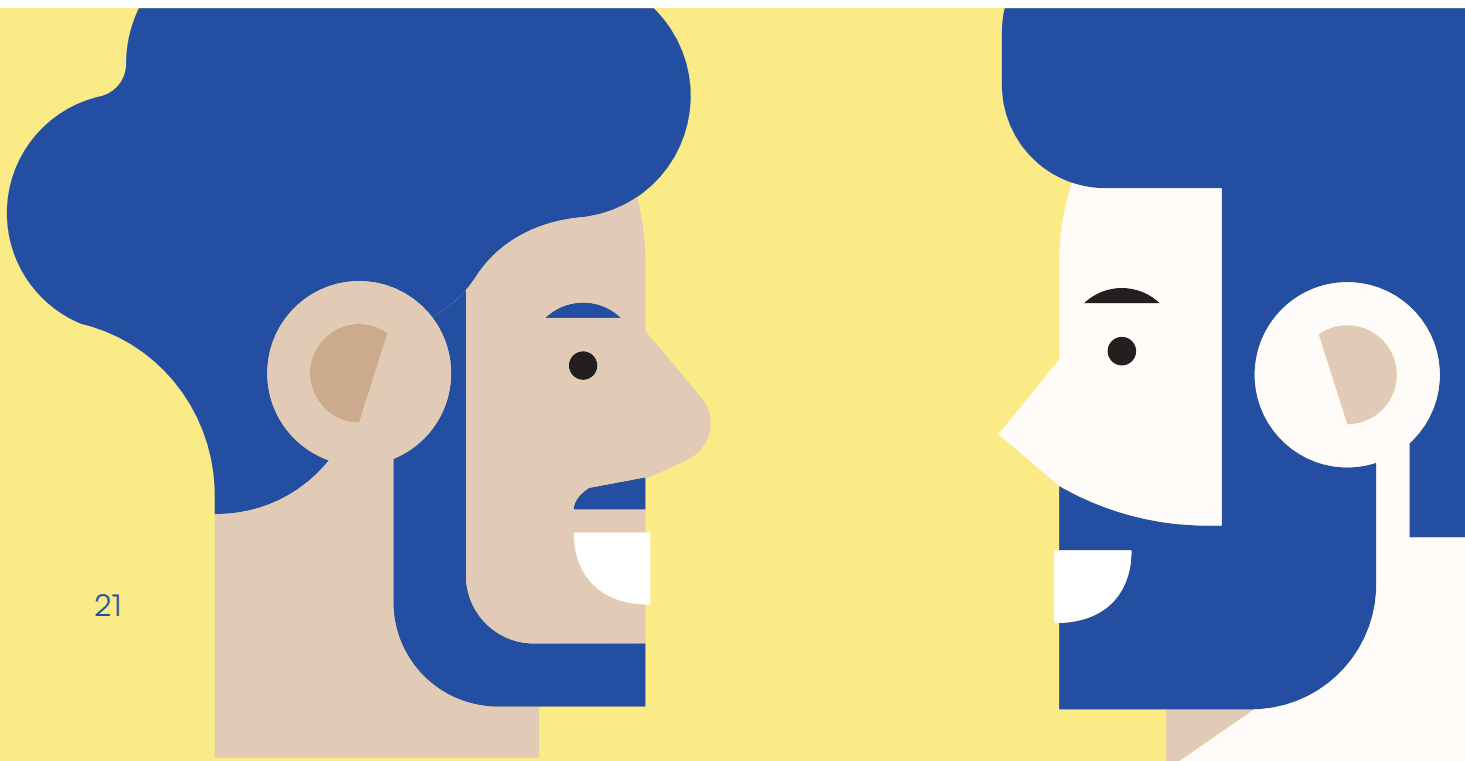
- **Le plan de promotion de santé veut ici soutenir la mise en œuvre de projets qui puissent se déployer selon les principes de l'universalisme proportionné en déclinant des actions à destination de la population en générale et en assurant des moyens à des projets visant des publics vulnérables.**

5) Réorienter les services

Il s'agit de contribuer à organiser les ressources de la santé entre les soins de santé et la prévention de façon plus égale et lutter contre les inégalités sociales de santé. Les missions des services de santé devraient être élargies pour intégrer les quatre stratégies ci-dessus en plus des soins médicaux conventionnels. Avec l'idée de réorienter les services, la Charte d'Ottawa visait à obtenir de meilleurs résultats en matière de promotion de la santé. Cette nécessité incombe à l'ensemble des professions de la santé, aux institutions de santé et aux pouvoirs publics mais doit également bénéficier de la contribution des individus et des communautés. Pour ce faire il faut adjoindre au système de santé l'action de promotion de la santé et la prévention. L'objectif est que, par-delà l'offre de services cliniques et curatifs, le système de santé puisse se réorganiser de plus en plus vers les orientations de la promotion de la santé, dans un cadre plus large, prenant en compte les besoins culturels et sociaux des personnes et des groupes.

Il s'agit donc que les services de santé puissent se centrer sur l'ensemble des besoins des individus en prenant en compte l'ensemble du contexte dans lequel il est inscrit. Cette réorientation doit provoquer un changement d'organisation mais aussi de représentations des professionnels des services de santé afin que les besoins de l'individu puissent être considérés globalement, en prenant en compte la totalité des éléments contextuels qui l'entourent : social, économique, environnemental, éducationnel. Les approches biomédicales classiques montrent leurs limites, la crise sanitaire l'a bien démontré, et les défis de l'équité et de la continuité d'accès aux soins et aux services sont de plus en plus urgents à relever. La promotion de la santé ne doit pas rester à la marge du système de santé auquel elle appartient, ni être reléguée à une fonction cosmétique. Elle peut aider le secteur sanitaire à répondre aux besoins des populations d'être entendues, informées et positionnées comme des partenaires décisionnels auprès des équipes de soins et auprès des autorités publiques.

→ **Le plan de promotion de la santé entend soutenir le développement de nouvelles manières de faire ensemble : privilégier les approches transdisciplinaires et les actions intersectorielles, prioriser la concertation, échanger sur les pratiques c'est-à-dire mettre en œuvre l'intersectorialité. Pour ce faire, le plan définit une série d'objectifs destinés à soutenir cette « intersectorialisation » des services.**



04

Priorités politiques

Les priorités politiques du plan de promotion de la santé



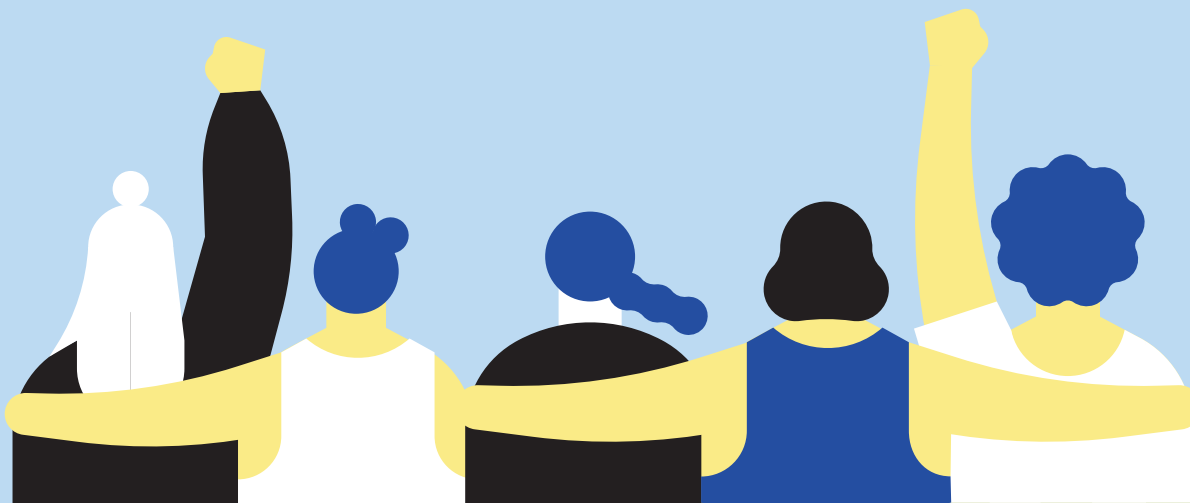
Dans le cadre des 5 principes d'intervention et des principes structurants, 10 priorités politiques ont été définies non seulement grâce aux conclusions des Etats généraux, aux évaluations et divers diagnostics établis ces dernières années (voir annexes) mais aussi au regard des leçons tirées de la crise COVID.

Elles s'inscrivent pleinement dans la continuité du référentiel PSSI puisque celui-ci les mentionne principalement dans l'axe 1 et l'axe 4. Elles servent à prioriser les actions et objectifs spécifiques et opérationnels du présent plan.

Elles sont les suivantes :

1. Améliorer le bien-être et la santé en agissant sur les environnements favorables à la santé (alimentation, travail, qualité de l'air, bruit, perturbateurs endocriniens, espaces verts, logement)
2. Promouvoir la santé sexuelle et le bien être affectif, émotionnel des adultes et des jeunes
3. Combattre les inégalités liées au genre
4. Lutter contre les discriminations et en particulier la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, des usagers et usagères de drogues légales ou illégales et des LGBTQIA+
5. Améliorer le bien-être et la santé des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap
6. Mener des actions en promotion de la santé mentale
7. Mener des actions de promotion de la santé en matière d'assuétudes et en particulier en matière de mésusages de drogues, légales ou illégales
8. Participer à la mise en place d'une politique plus intégrée de prévention et de médecine préventive
9. S'inscrire dans une approche territoriale de l'offre d'aide, d'accompagnement et de soins (groupement de quartier-communes- bassins- Région)
10. Intégrer la promotion de la santé dans la formation, l'accompagnement et le support des secteurs socio-sanitaires (échange de pratiques, soutien méthodologique) pour renforcer les compétences de ceux-ci et la qualité de leur intervention

Ces priorités sont identifiées par un logo posé sur les actions prioritaires de celui-ci.



05

Plan d'action

2023



- Sur base du référentiel du PSSI et dans le cadre des 5 principes d'intervention de la charte d'Ottawa, le présent plan reprend une série d'objectifs et de stratégies qui devront orienter les actions des acteurs de promotion de la santé durant les cinq prochaines années. Il constitue le cadre dans lequel les actions de promotion de la santé devront être pensées, programmées et évaluées.
- Chaque axe constitue un objectif général, décliné en objectifs spécifiques qui devront être déployés en objectifs opérationnels par les acteurs et actrices de promotion de la santé puis en actions. Cette option de laisser aux acteurs le libre choix de cette déclinaison correspond à la volonté de favoriser une co-construction du plan opérationnel à venir. Toutefois, dans certains cas, par exemple pour les objectifs correspondant à des priorités politiques ou à de nouvelles thématiques, des objectifs opérationnels ont déjà été définis.
- Les porteurs et porteuses de projets peuvent construire leur plan d'intervention en articulant un ou plusieurs objectifs spécifiques de plusieurs ou d'un seul axe. Il en est de même pour les objectifs opérationnels.

Axe 1. Promouvoir la santé et les stratégies de promotion de la santé dans toutes les politiques

1.1. Assurer la cohérence et l'articulation des politiques de santé et de promotion de la santé aux différents niveaux de compétences politiques (fédérales, régionales, communautaires, communales)

Quatre objectifs opérationnels sont déterminés :

- 1.1.1 Travailler à l'inscription de la représentation effective du secteur de la promotion de la santé au sein de chacune des sections du Conseil consultatif bruxellois de l'aide aux personnes et de la santé.
- 1.1.2 Organiser une concertation entre autorités publiques visant la mise en œuvre d'objectifs communs au travers de leurs différentes compétences par rapport aux actions s'inscrivant dans des stratégies de promotion de la santé et de lutte contre les inégalités sociales de santé.
- 1.1.3 Développer des synergies entre les autorités publiques ayant des compétences liées aux priorités du Plan, et formaliser ces synergies si nécessaire (protocoles, conventions, ...) prioritairement en matière de santé à l'école, d'enseignement, d'aide à la jeunesse, d'environnement, de petite enfance, alimentation (exemple: projet « manger demain » de la RW)
- 1.1.4 En concertation avec les entités compétentes, assurer l'inscription, dans les curriculums de base des futurs professionnels et futures professionnelles de santé, du social et de l'éducation, des connaissances et compétences liées à la promotion de la santé vue comme pratique transversale, spécialisée et éprouvée au service de la santé publique et de la prévention.

1.2. Soutenir l'intégration systématique des dimensions de santé et de lutte contre les inégalités sociales dans le contenu des politiques publiques

Il s'agit de travailler à réaliser pour la santé un health mainstreaming c'est-à-dire de prévoir une série d'obligations pour les différents pouvoirs par rapport à l'impact de chaque projet d'acte législatif ou réglementaire sur la santé et les inégalités sociales de santé.

Il s'agit également de visibiliser les actions des acteurs et des actrices de l'action publique en lien avec l'objectif de la santé dans toutes les politiques.

1.3. Renforcer et soutenir la participation des citoyens et citoyennes dans l'élaboration des politiques publiques

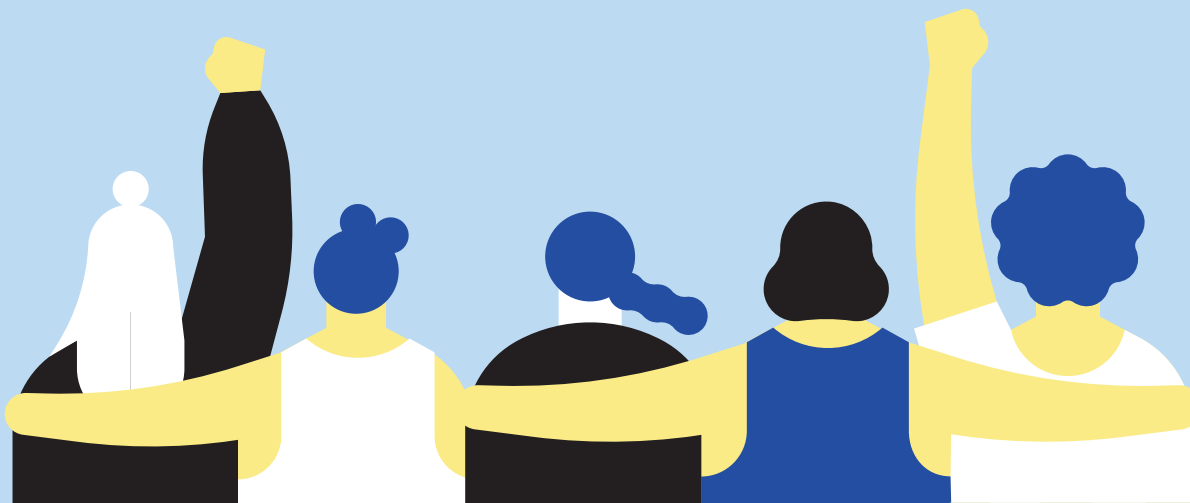
La participation citoyenne, à condition qu'il ne s'agisse pas d'opération de communication ou d'une stratégie d'information descendante, peut constituer un levier efficace pour renouveler les politiques publiques sur un mode ascendant en s'appuyant sur l'expertise des citoyens et de la codécision. Elle peut stimuler les dynamiques d'émancipation des personnes et tout particulièrement pour ce qui concerne la santé.



1.4. Assurer la présence des acteurs et actrices de promotion de la santé dans la première ligne d'aide et de soin et dans les territoires (quartier, groupement de quartiers, commune, bassin, région)

En effet, les acteurs et les actrices de promotion de la santé interviennent en général en seconde et troisième ligne. Toutefois, certains et certaines parmi eux et elles interviennent en première ligne et seront amenés à le faire de plus en plus dans les collaborations à venir et dans le cadre de la réorientation des services. Ceci implique de rendre ces interventions possibles via les négociations avec d'autres niveaux de pouvoir et de soutenir la promotion de la santé dans cette place de première ligne par exemple pour ce qui concerne les démarches communautaires en santé.

1.5. Participer à l'amélioration des programmes de médecine préventive de manière à soutenir les populations dans une dynamique de dépistage des cancers et de la tuberculose, et de vaccination qui s'inscrivent dans des stratégies de promotion de la santé notamment en accompagnant les services de première ligne.



1.6. Soutenir et élargir le processus de Stratégies concertées en promotion de la santé par rapport à la Covid 19 et aux situations de crises afin de favoriser la cohérence des actions menées en Région bruxelloise et de faire le lien entre le terrain et la décision politique.

Axe 2. Renforcer la participation des publics et l'action communautaire en santé



2.1. Contribuer au développement de démarches communautaires en santé, en particulier dans des quartiers abritant des publics vulnérables.



2.2. Organiser la représentation du secteur de la promotion de la santé au niveau des quartiers, des communes et CPAS, des bassins d'aide et de soin, dans un espace de concertation afin de soutenir les stratégies de promotion de la santé et l'action communautaire, notamment au travers des contrats locaux social santé.



2.3. Soutenir la formation et l'accompagnement méthodologique des acteurs souhaitant mettre en œuvre des démarches communautaires en santé par rapport à l'implication des citoyens et citoyennes dans l'établissement et la mise en œuvre de politique de santé publique et dans la conception d'outils pédagogiques, de réflexion critique et de mobilisation, d'information et de communication via des méthodologies participatives.

2.4. Assurer la participation des publics à l'élaboration et à l'adaptation des programmes de prévention des maladies transmissibles et des maladies chroniques en ce compris les stratégies de médecine préventive.

2.5. Plaidoyer pour le développement des actions et projets inscrits dans les démarches communautaires.

Axe 3. Promouvoir et soutenir des actions visant des environnements et des milieux de vie favorables à la santé



3.1. Favoriser et soutenir des actions de promotion de la santé visant un environnement favorable à la santé (bruit, espaces verts, pollution de l'air, perturbateurs endocriniens, etc).

Une série de mesures ont été prises dans le cadre de Quiet Bruxelles Plan de prévention et de lutte contre le bruit et les vibrations, du Plan régional Air-Climat-Energie et du Plan d'action national environnement et santé. D'autres le seront dans le cadre du PSSI. Il s'agit de privilégier les actions menées dans des logiques de construction collective, de mobilisation communautaire et de plaidoyer (campagnes d'éducation à la santé via les espaces gratuits par exemple).



3.2. Favoriser et soutenir des projets de promotion de la santé contribuant à l'amélioration des logements afin de les rendre favorables à la santé (insalubrité, prévention des chutes, etc).

Cet objectif vise plus spécifiquement d'une part le travail sur la littératie en santé, le travail de plaidoyer, de mobilisation communautaire et visant l'augmentation du pouvoir d'agir. Une attention sera également portée à la prévention des chutes et des accidents domestiques.

3.3. Favoriser et soutenir des actions de promotion de la santé à destination des jeunes dans leurs milieux de vie avec une attention particulière aux plus vulnérables (EX ; NEET's).

Les jeunes ont particulièrement souffert du peu d'écoute et d'attention envers eux pendant la crise sanitaire. Présentés comme véhicules du virus, auteurs de troubles, et le plus souvent ignorés comme interlocuteurs, il est important de leur rendre une place d'acteur de leur santé et de celles des autres.

Quatre objectifs opérationnels sont déterminés dans la mesure des compétences de la CO-COF et grâce à des partenariats :

- 3.3.1 Initier des projets de démarches communautaire en santé intégrant des jeunes ;
- 3.3.2 Promouvoir et accompagner des projets d'écoles en santé
- 3.3.3 Accompagner des projets de promotion de la santé menés par les secteurs de l'aide à la jeunesse (ex : AMO) et de la jeunesse (ex : écoles de devoir)
- 3.3.4 Soutenir l'accompagnement et la formation des intervenants auprès de ces jeunes.



3.4. Favoriser et soutenir des actions de promotion de la santé en ce compris les démarches communautaires en santé visant les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap dans leurs milieux de vie.

Il s'agit de prévenir la dépendance et l'isolement des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap.

Trois objectifs opérationnels sont déterminés :

- 3.4.1 Organiser des actions de promotion de la santé ayant pour objectifs d'améliorer les liens sociaux avec les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap dans les quartiers ;
- 3.4.2 Améliorer les connaissances et sensibiliser le grand public et les personnes relais à l'âgeisme ou au handicap et à ses conséquences sur le bien-être des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap ;
- 3.4.3 Renforcer le pouvoir d'agir des aînés dans les MR et les MRS.

3.5. Soutenir les actions de promotion de la santé dans les milieux carcéraux et lors la sortie des détenu.es en s'appuyant sur les besoins tels qu'identifiés par les deux publics cibles : les professionnels et professionnelles en contact avec les détenus et détenues et ex-détenus et ex-détenues et les détenus et détenues eux-mêmes.

Il s'agit de créer ou poursuivre des projets innovants concernant de façon prioritaire la santé sexuelle en ce compris la prévention des IST, la réduction des risques liés aux usages de drogues, le renforcement des personnes à prendre soin d'elles-mêmes, la formation des professionnels et professionnelles du social santé travaillant en prison ou à l'extérieur de celle-ci mais amenés à travailler avec des femmes et des hommes détenus à l'accompagnement des détenues et des détenus et la réduction des inégalités sociales de santé en renforçant l'accès et la continuité des soins des personnes détenues, belges et étrangers.

3.6. Soutenir des actions de promotion de la santé dans les lieux de travail en ce compris la sensibilisation aux questions liées à la lutte contre le harcèlement et les violences psychologiques et sexuelles sur le lieu de travail

La souffrance dans les lieux de travail avait augmenté jusqu'au moment de la crise socio-sanitaire. Les périodes de confinement ont encore compliqué les choses et remanié les rapports, les places et les relations sur les lieux de travail, complexifiant les rythmes, creusant les inégalités. Le télétravail s'est installé dans la vie des Bruxelloises et des Bruxellois. Il s'agit de pouvoir penser la santé et la qualité de vie dans ce cadre.

Il convient de mener une réflexion sur cette thématique sur base des éléments mis en lumière par cette analyse.

3.7. Inscrire les démarches d' outreach et la communication de proximité dans les pratiques de promotion de la santé existantes.

En effet, elles contribuent à maintenir le lien et le dialogue avec les publics plus exposés aux conséquences d'une crise sanitaire ou sociale au travers d'animations et de démarches d'éducation par les pairs dans des milieux de vie ciblés : milieu scolaire, milieu de vie des jeunes, quartier à forte densité, prison, milieux festifs, centres de détention, etc.

Axe 4. Promouvoir et favoriser des aptitudes favorables à la santé



4.1. Favoriser l'accessibilité à une alimentation durable et de qualité pour la population générale et pour des publics vulnérables, en ce compris les personnes en situation de handicap et les malades chroniques.

Une partie des mesures visant l'accessibilité et la durabilité de l'alimentation seront reprises dans la stratégie Good Food et dans d'autres parties du PSS en lien avec l'aide alimentaire. Le plan de promotion de la santé, lui, détermine une série d'objectifs spécifiques aux actions de promotion de la santé et les priorités à mettre en œuvre dans ce cadre. Une articulation devra être réalisée prioritairement entre les opérateurs de promotion de la santé et les opérateurs mettant en place la stratégie GoodFood et ceux travaillant dans le cadre de l'aide alimentaire. Les actions des opérateurs veilleront systématiquement à prendre en compte le principe « *One Health*²⁴ » dans le cadre de leurs actions.

Sept objectifs opérationnels sont déterminés :

- 4.1.1 Fournir de l'information à destination du grand public et des acteurs et actrices de première ligne social-santé sur les modes d'alimentation équilibrée, accessible et durable afin de favoriser l'identification et l'utilisation de ressources et de savoirs en la matière.
- 4.1.2 Soutenir des projets développant des compétences personnelles et sociales en lien avec l'alimentation, associant plaisir et santé en veillant à n'être ni prescriptif ni culpabilisant.
- 4.1.3 Soutenir des initiatives qui développent le lien social et intergénérationnel autour de la production, l'approvisionnement, la préparation et, le cas échéant le partage des repas (restaurants et épiceries sociales et/ou communautaires, potagers collectifs, agriculture urbaine, cuisines de quartier, ...) dans une approche de promotion de la santé.
- 4.1.4 Développer des actions visant l'amélioration et la diversité des offres alimentaires dans les milieux de vie collective (crèches, écoles, services de repas à domicile, MR/MRS, entreprises, prisons, ...) et la participation des usagers et usagères et résidents et résidentes à la gestion de l'offre alimentaire qui leur est proposée, en coordination avec les stratégies GoodFood.
- 4.1.5 Améliorer la collecte et l'analyse des données relatives aux habitudes alimentaires de la population bruxelloise (adultes et jeunes) en ce compris les liens aux inégalités sociales de santé et enrichir les données sur la satisfaction alimentaire.
- 4.1.6 Plaidoyer pour la régulation des programmes médiatiques et de la publicité alimentaire en lien avec le plan fédéral Nutrition.
- 4.1.7 Stimuler et valoriser des projets participatifs qui visent à réduire les causes et les risques de surpoids et d'obésité.

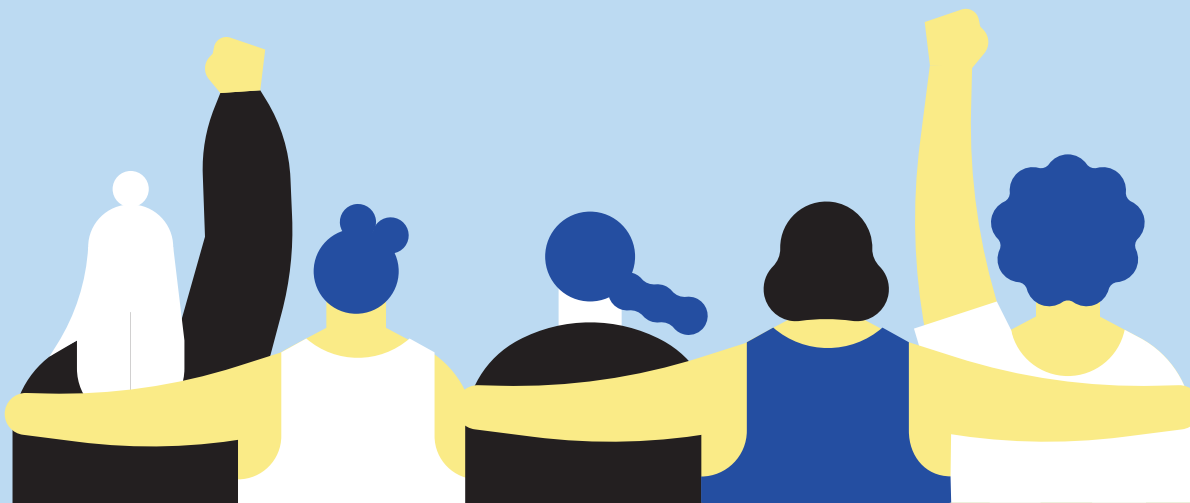
²⁴ One Health est une approche collaborative, multisectorielle et transdisciplinaire - travaillant aux niveaux local, régional, national et mondial - dans le but d'atteindre des résultats optimaux en matière de santé, en reconnaissant l'interconnexion entre les personnes, les animaux, les plantes et leur environnement commun. (<https://www.cdc.gov/onehealth/basics/index.html>)

4.2. Promouvoir l'activité physique et prévenir la sédentarité auprès des adultes et auprès des jeunes dans des approches de promotion de la santé.

L'activité physique ne se résume pas qu'à la pratique d'un sport dans un club ou dans un complexe sportif et peut se pratiquer de façon informelle et spontanée : marcher pour faire ses courses, se rendre à vélo au travail, jouer dans un parc, etc. Les villes peuvent améliorer la santé des citoyens en les incitant à bouger et à adopter une pratique d'activité physique plus régulière, ce qui diminue le risque de développer des maladies chroniques.

Six objectifs opérationnels sont déterminés :

- 4.2.1 Produire une information locale pour faire connaître les équipements et les espaces favorables à l'activité physique et pour inciter les différents publics à les utiliser avec une attention particulière aux différences de genre et aux personnes à mobilité réduite.
- 4.2.2 Soutenir des initiatives favorisant le lien social autour d'activités en faveur de la mobilité et de l'activité physique des personnes, en ce compris dans les lieux de vie collective (milieux de travail, internats, MR/MRS, milieux carcéraux) et les groupements de quartier.
- 4.2.3 Améliorer la collecte et de l'analyse des données relatives à la pratique d'activités physiques par les Bruxelloises et les Bruxellois et aux actions mises en œuvre en faveur de la mobilité, en ce compris l'analyse des freins existants particulièrement pour les populations vulnérables.
- 4.2.4 Plaidoyer pour l'aménagement des environnements publics afin qu'ils favorisent la mise en mouvement et l'activité physiques en ce compris pour les milieux de vie collective.
- 4.2.5 Sensibiliser les intervenants et intervenantes à une approche promotion de la santé dans leurs actions en matière de promotion de l'activité physique : dimension préventive, position non-prescriptive, prise en compte de facteurs socio-économiques et culturels qui peuvent favoriser une pratique excessive ou du sport ou, au contraire un rejet de l'activité physique.
- 4.2.6 Stimuler et valoriser des projets participatifs qui visent à réduire les causes et les risques de surpoids et d'obésité.





4.3. Prévenir les usages de drogues, légales et illégales, et les conduites addictives et favoriser la RDR auprès des jeunes et auprès des adultes

Chaque individu est exposé à un ensemble de facteurs de risque et de facteurs protecteurs, endogènes (génétique, personnalité, etc.) et exogènes (environnement familial et social, événements de vie, etc.), qui vont entrer en interaction et accentuer ou diminuer la probabilité d'exposition aux substances psychoactives et le risque de développer un usage problématique de ces produits.

Dix objectifs opérationnels sont déterminés :

- 4.3.1 Assurer le soutien, la formation et l'accompagnement des publics relais dans la mise en œuvre de ces mécanismes, soutenir les pratiques innovantes en termes de prévention, d'accompagnement et de RDR, prévenir et lutter contre la stigmatisation des usagers et usagères de drogues et garantir leur accès à la santé et à des soins de qualité.
- 4.3.2 Mettre en œuvre des actions en matière de réduction de l'usage de tabac, visant à soutenir et encourager l'arrêt du tabac, dissuader l'entrée en consommation et assurer une information sur les risques liés à la consommation de tabac, en ce compris le vapotage.
- 4.3.3 Renforcer les stratégies de prévention et de promotion de la santé dans la population générale et auprès de groupes à risques (adolescents et adolescentes, étudiants et étudiantes, milieux festifs) afin de prévenir les usages nocifs de drogues, légales et illégales, et leurs conséquences sur la santé.
- 4.3.4 Développer des actions de sensibilisation en matière d'alcool auprès de publics et de lieux encore insuffisamment ciblés, tels que les internats et les institutions accueillant des jeunes en difficultés, les fêtes à domicile ou clandestines, ou encore les seniors.
- 4.3.5 Sensibiliser les médecins à l'augmentation des prescriptions de médicaments psychotropes et aux problèmes de surconsommation.
- 4.3.6 Sensibiliser le public, adulte et adolescent, et les médecins aux risques des usages de médicaments excitants en périodes d'examens.
- 4.3.7 Poursuivre le développement d'actions de prévention et de réduction des risques, en ce compris le système d'alerte précoce et le testing, avec une attention particulière en matière d'usages de cannabis, de cocaïne et de crack, de kétamine et de métamphétamine et d'usage de protoxyde d'azote, ainsi que les usages de rue.
- 4.3.8 Développer des actions visant la prévention des usages problématiques d'écran et de jeux de hasard et d'argent chez les adultes et les jeunes, avec une attention particulière à des actions en collaboration avec l'ONE, l'enseignement, les services de pédiatrie, etc.
- 4.3.9 Développer un plaidoyer pour une régulation de la publicité pour l'alcool et pour les jeux de hasard et d'argent.
- 4.3.10 Soutenir le développement d'indicateurs pertinents, le recueil de données et l'évaluation des programmes et actions en ce compris sur les pratiques en matière de jeux de hasard et d'argent et les usages d'écran.



4.4. Promouvoir la santé sexuelle

Pour l'OMS, la santé sexuelle est associée au respect des droits humains, elle est présente tout au long de la vie des personnes, non seulement pour les personnes en âge de procréer mais aussi pour les jeunes et les personnes âgées. Elle s'exprime par diverses sexualités et formes d'expression sexuelle et elle est fortement influencées par les normes, les rôles, les attentes et les dynamiques de pouvoir. Elle doit donc être entendue en lien avec les contextes sociaux, économiques et politiques spécifiques.

Or, l'analyse des déterminants des inégalités sociales de santé et le développement d'une approche développée à l'intersection des sexualités, du genre et de la santé renvoient à la persistance d'inégalités et de stigmatisation relatives au genre, à la nationalité, à l'orientation sexuelle, à la couleur de peau, au statut sérologique. Il s'agit donc de travailler avec les personnes concernées, sur base de leur expérience, de leurs moyens d'actions, des obstacles qu'ils rencontrent pour améliorer le pouvoir d'agir de toutes et tous par rapport aux enjeux de santé publique, de lutte contre la discrimination et pour favoriser la mise en œuvre de politiques inclusives et efficaces.

L'intersectionnalité rend compte des effets conjoints des différents types de discriminations sur la santé des personnes qui en sont la cible. La discrimination n'est pas seulement une atteinte aux droits et aux émotions. Elle dénie le droit. Elle crée véritablement des effets de rupture parce qu'elle entrave voire elle ferme l'accès à des ressources et à des positions. Elle crée des inégalités qui peuvent se cumuler et générer une perte de confiance en soi et de statut. Ces effets sont à la fois importants et très probablement sous-estimés. Il est essentiel de pouvoir bénéficier de données à ce sujet²⁵.

Il s'agit avec cet objectif de mettre en œuvre au service de la santé sexuelle des Bruxelloises et des Bruxellois des principes et des méthodes ayant pour objectif d'agir sur les déterminants et les inégalités de santé. Cela implique donc des interventions au niveau individuel, collectif et communautaire afin de doter la population de dispositifs et de moyens pour préserver sa santé sexuelle et pour l'améliorer. Cela implique également d'utiliser l'expertise des personnes concernées (travail avec les pairs) et une approche positive de la santé c'est-à-dire la promotion du libre choix, du respect et de la responsabilité en matière de sexualité en ce compris ce qui concerne les droits sexuels et reproductifs. Cela implique aussi la lutte contre les violences, la coercition et les discriminations liées à l'état de santé, au genre, au handicap, à l'orientation sexuelle, à l'appartenance ethnique, à l'âge et à travail du sexe.

Sept objectifs opérationnels sont déterminés :

- 4.4.1 Participer au soutien de l'Evras chez les jeunes.
- 4.4.2 Soutenir la mise en œuvre d'actions de prévention des mutilations génitales dans une vision concertée.
- 4.4.3 Renforcer l'appui à la formation initiale et continuée et l'accompagnement des professionnels et professionnelles et des futurs professionnels et des futures professionnelles du social santé en matière de santé sexuelle.
- 4.4.4 Pérenniser les stratégies concertées en matière de santé sexuelle et d'EVRAS
- 4.4.5 Adapter les messages de prévention aux approches de promotion de la santé pour l'ensemble des thématiques liées à l'EVRAS
- 4.4.6 Améliorer la recherche et la collecte de données en santé sexuelle avec une attention particulière pour celles relatives aux effets de l'intersectionnalité
- 4.4.7 Réduire l'impact des maladies chroniques et des cancers sur la sexualité et l'image de soi.

²⁵ Régny M., (2018) Note de lecture du rapport State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people (Commission européenne, juin 2017).



4.5. Prévenir la stigmatisation des personnes LGBTQIA+ et celle des personnes vivant avec le VIH.

Trois objectifs opérationnels sont déterminés :

- 4.5.1 Prévenir et lutter contre la discrimination et la stigmatisation et améliorer la santé sexuelle des personnes LGBTQIA+ et celle des personnes vivant avec le VIH et ce tout au long de leur vie.
- 4.5.2 Soutenir les projets de démarches communautaires des personnes LGBTQIA+
- 4.5.3 Renforcer l'appui à la formation initiale et continuée et l'accompagnement des futurs professionnels et des professionnelles du social santé en matière de santé sexuelle et de prévention de la stigmatisation avec une attention particulière pour l'intersectionnalité.





4.6. Participer à l'organisation de la prévention des maladies transmissibles au travers d'actions, de médecine préventive et de programmes de vaccination.

Ces actions doivent avoir pour objectifs l'information et la sensibilisation du grand public et de publics spécifiques et assurer une attention particulière aux inégalités sociales de santé dans des approches nourries par la promotion de la santé (tuberculose, IST dont VIH et VHC, coronavirus). Il s'agit également de promouvoir le dépistage et l'accompagnement des personnes contaminées dans le respect de leurs droits.

Sept objectifs opérationnels sont déterminés :

- 4.6.1 Adapter et coconstruire les messages de prévention aux approches de promotion de la santé en matière de maladies infectieuses en ce compris ceux concernant les mesures d'hygiène générale, le dépistage et la vaccination, pour la population générale et pour des publics spécifiques en collaboration avec les acteurs de démarches communautaires en santé.
- 4.6.2 Poursuivre les missions de lutte contre la tuberculose en particulier pour ce qui concerne la communication et l'expertise.
- 4.6.3 Soutenir et organiser la concertation des acteurs de la prévention des IST dont le VIH, le VHC et le HPV aux niveaux stratégique et opérationnel, notamment dans la mise en œuvre du paradigme de prévention combinée (usage du préservatif/matériel de réduction des risques +dépistage + traitements), et participer au suivi du Plan national sida.
- 4.6.4 Maintenir les efforts de prévention des IST dont le VIH et le VHC, pour la population générale et plus spécifiquement pour les jeunes adultes, belges et européens, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et les personnes afro-latino-caraïbéennes, HSH, usagers et usagères de drogues, travailleurs du sexe, personnes trans).
- 4.6.5 Accroître l'accessibilité et le recours au dépistage du VIH /des IST et adapter les stratégies et les services de dépistage aux besoins spécifiques des populations clés.
- 4.6.6 Soutenir le développement d'indicateurs pertinents, le recueil de données et l'évaluation des programmes et actions.
- 4.6.7 Favoriser le développement et l'évaluation des stratégies de communication et démarches de promotion de la santé adaptées afin d'augmenter la couverture des programmes de vaccination (COVID, grippe, rougeole, etc)

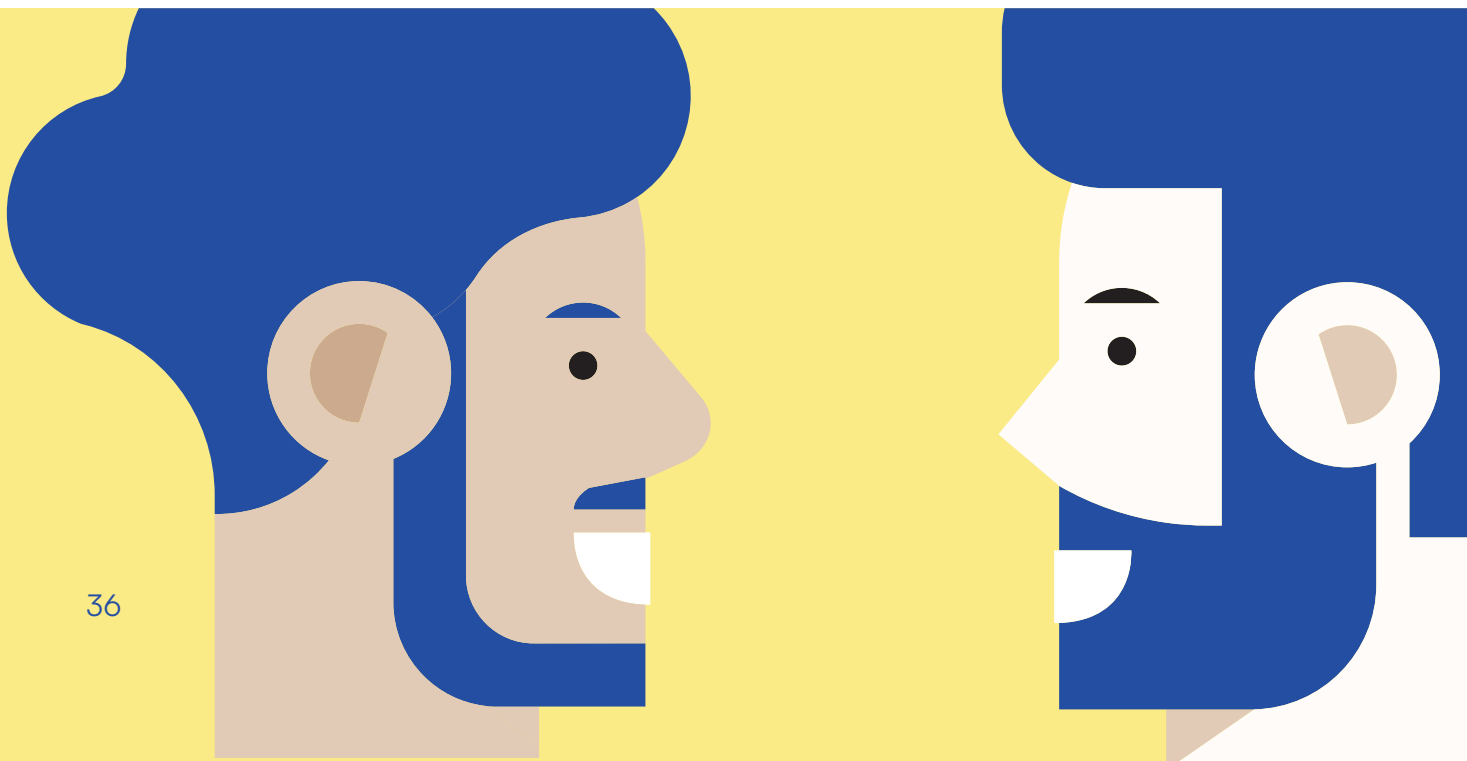


4.7. Promouvoir la santé mentale

La promotion de la santé mentale doit ici être entendue comme un concept différent de la prévention des troubles mentaux même si la première contribue à la seconde. Ce qui est visé c'est le développement de la santé mentale, individuelle et communautaire. C'est de renforcer les environnements et des milieux de vie afin qu'ils puissent apporter soutien et de réduire les inégalités de santé mentale.

Huit objectifs opérationnels sont déterminés :

- 4.7.1 Soutenir des projets venant s'articuler à la prévention du suicide en collaboration avec les services ambulatoires qui en ont la charge.
- 4.7.2 Lutter contre la violence et le harcèlement moral et sexuel auprès des adultes et des jeunes, en ce compris le Revenge porn, et accompagner les actions à cet effet.
- 4.7.3 Participer à une stratégie intersectorielle en matière de promotion de la santé mentale, de prévention des troubles psychiques, de lutte contre la stigmatisation et la discrimination.
- 4.7.4 Mettre en œuvre des actions visant à soutenir les aptitudes psycho-sociales des jeunes.
- 4.7.5 Créer des outils de sensibilisation à l'importance de la qualité du sommeil à l'intention des jeunes et des adultes, avec une attention particulière aux publics vulnérables.
- 4.7.6 Développer des démarches communautaires en santé mentale.
- 4.7.7 Former et sensibiliser le grand le public et les professionnels de l'aide et du soin aux problématique de santé mentale
- 4.7.8 Renforcer les processus participatifs et inclusifs en santé mentale par les pairs



4.8. Soutenir des actions de promotion de la santé à l'intention des personnes ayant vécu l'exil, avec ou sans titre de séjour en règle, et des personnes sans domicile fixe.

Il convient de contribuer aux actions de promotion de la santé menées en leur faveur en matière de santé et de qualité de vie afin de garantir leur accès aux soins, l'accès aux outils de prévention et la participation à la communauté, leur sécurité et la réduction des risques qu'ils encourent.

Quatre objectifs opérationnels sont déterminés

- 4.8.1 Développer des outils pédagogiques, d'information et de mobilisation, adéquats pour les personnes réfugiées ou sans titre de séjour en règle, pour favoriser prioritairement l'accès aux soins, la prévention des maladies transmissibles et la réduction des risques liés à l'usage de drogues.
- 4.8.2 Développer les compétences des organisations et structures d'accueil et d'hébergement pour qu'elles appréhendent les enjeux sociaux et culturels qui influencent les relations avec les personnes en situation d'exil
- 4.8.3 Développer des démarches communautaires en santé au sein des structures collectives d'accueil et d'hébergement.
- 4.8.4 Soutenir les professionnels et professionnelles des structures collectives d'hébergement et d'accueil via des démarches de promotion de la santé



4.9. Participer à l'organisation et soutenir la sensibilisation au dépistage des maladies chroniques et des cancers au travers d'actions et de dispositifs qui visent l'information et la sensibilisation du grand public et de publics spécifiques et qui assurent une attention particulière aux inégalités sociales de santé dans des approches nourries par la promotion de la santé.

Cinq objectifs opérationnels sont déterminés :

- 4.9.1 Favoriser le développement et l'évaluation des stratégies de communication et de démarches de promotion de la santé adaptées afin d'augmenter la couverture des programmes de médecine préventive et leur accessibilité pour les publics vulnérables, en tenant compte des spécificités de ces publics (difficulté de lecture, de mobilité, absence de couverture mutuelle, etc.).
- 4.9.2 Collaborer au programme de dépistage du cancer colorectal existant en Région Bruxelloise en collaboration avec la Commission Communautaire Commune en collaboration avec les acteurs de promotion de la santé et contribuer à son adaptation aux résultats des évaluations.
- 4.9.3 Collaborer au programme de dépistage du cancer du sein en Région Bruxelloise dans le cadre de l'Accord de coopération et contribuer à son adaptation aux résultats des évaluations et à l'évolution des recommandations internationales en collaboration avec les acteurs de promotion de la santé.
- 4.9.4 Sensibiliser au dépistage du cancer du col de l'utérus et à la vaccination contre le HPV.
- 4.9.5 Soutenir les actions visant le dépistage du diabète et l'accompagnement des personnes diabétiques au travers d'action de promotion de la santé et de démarches communautaires en santé.

4.10. Soutenir des actions visant à réduire la fracture numérique

Il ne s'agit pas ici d'aborder l'e-santé mais bien tout ce qui pourrait être développé afin de faciliter le recours à l'accompagnement social et aux soins. Force est de constater, en effet, l'absence grandissante d'interlocuteurs et d'interlocutrices de plus en plus remplacés par des plateformes numériques qui plongent les usagers les plus vulnérables dans la solitude et l'impuissance. Il s'agit d'abord du manque d'accès mais aussi et surtout de permettre à toutes et tous d'avoir la capacité d'avoir accès à de l'information de qualité, de pouvoir demander et trouver de l'aide en ligne. Il s'agit, dans cet axe de soutenir des actions visant une appropriation des outils (en termes de littératie) par les publics plus vulnérables par rapport à la fracture numérique mais aussi la formation et l'accompagnement des institutions du secteur social santé afin de garantir un accueil et une écoute pour les publics en difficulté par rapport au numérique.

Axe 5. Réorienter les services



5.1. Implémenter l'expertise des actrices et acteurs de promotion de la santé, notamment en matière de démarche intersectorielle, au cœur des territoires et dans le déploiement et le renforcement de l'articulation des actions qu'ils et elles mènent avec d'autres champs d'intervention de proximité à travers les contrats locaux social santé : contrats de quartiers durables, maisons médicales, initiatives de développement local intégré, agents de prévention communaux, associations de démarches communautaires en santé,



5.2. Diversifier et élargir l'offre de formation continue, d'échanges de pratiques et de soutien méthodologique afin de renforcer les compétences en matière de stratégie de promotion de la santé (action communautaire et participation, communication, littératie en santé, approche par milieux de vie, collaboration interdisciplinaire, réflexivité ...) à destination de professionnels et professionnelles de la santé, du social et de l'éducation.



5.3. Elargir la diffusion d'outils et de méthodes pouvant favoriser la participation citoyenne en santé dans les quartiers et en particulier au sein des contrats locaux social santé (CLSS).

5.4. En partenariat avec les acteurs et les actrices concerné.e.s, améliorer les connaissances de la population en général et des publics vulnérables en particulier par rapport aux structures d'aide et de soins.

5.5. Participer à l'organisation de la concertation entre les centres de références en médecine préventive, les services d'accompagnement et de support et les acteurs et actrices du social santé concernés afin d'améliorer l'information et la sensibilisation aux dépistages, à l'accompagnement et le cas échéant à la vaccination.

5.6. Renforcer les capacités, valoriser les compétences, soutenir la collaboration des structures de première et de deuxième ligne, pour que celles-ci soient immédiatement mobilisables et opérationnelles en termes d'appui et de ressources en promotion de la santé en situation de crise (formation à l'utilisation du numérique, aide à la production de support d'information fiable, diffusion d'outils pédagogiques adaptés, ateliers d'échanges de pratiques, etc.).

5.7. Renforcer la collaboration entre les acteurs et actrices de support et d'accompagnement socio-sanitaires (par exemple ceux identifiés dans le PSSI comme le SMES, Brusano, ...) et les services supports de promotion de la santé pour favoriser la qualité et l'évaluation des actions.

5.8. Mettre en place un groupe d'experts et expertes interdisciplinaires, choisis sur base de leurs compétences et leur indépendance à l'égard des mesures. Chaque discipline serait représentée de manière équivalente en ce compris le secteur de la promotion de la santé afin de limiter les mesures susceptibles d'augmenter les inégalités sociales de santé.

06

Cadre de la mise en œuvre



A. Cadre légal

1. Le cadre décrétable et administratif

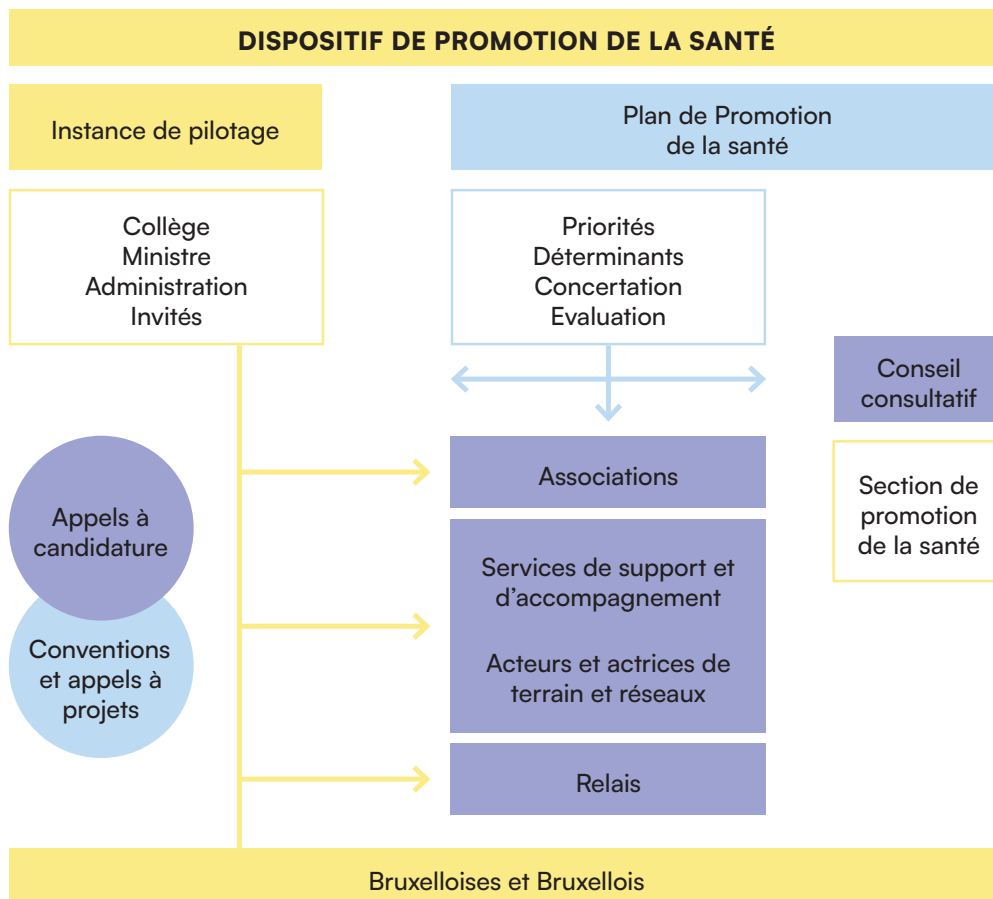
1.1. Un Plan de promotion de la santé

En vertu du Décret bruxellois de promotion de la santé du 18 février 2016, le Plan précise :

- Les déterminants sociaux et environnementaux de la santé sur lesquels il convient d'agir pour améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales de santé ;
- Les thématiques, objectifs stratégiques, stratégies et publics cibles prioritaires ;
- Des articulations avec les autres plans de santé bruxellois existants et les concertations et collaborations avec les autres acteurs et entités publiques dont la contribution est nécessaire à l'atteinte des objectifs ;
- Les modalités d'évaluation et de suivi.

1.2. Un dispositif de promotion de la santé

- **L'Instance de pilotage** (composée de représentant(s) du Gouvernement francophone bruxellois de l'administration et d'invités de l'associatif et/ou institutionnel) ;
- **La section promotion de la santé** du Conseil Consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la Santé ;
- **Les organismes piliers** désignés et subventionnés en promotion de la santé : **un service d'accompagnement en promotion de la santé, des services de supports méthodologiques et thématiques et des centres de références en médecine préventive**. Le service d'accompagnement et les services de supports sont désignés pour 5 ans sur la base d'appels publics à candidature. Leur mission première est d'apporter leurs expertises aux acteurs de terrain. Ils sont évalués tous les 5 ans, sur leurs expertises et leur adéquation aux missions définies par le Décret (voir infra). En cas d'évaluation positive, la désignation est reconduite pour 5 ans sans nouvel appel public à candidature.
- Les **acteurs et les actrices** désignés et subventionnés en promotion de la santé. Les acteurs sont désignés pour 3 ans sur la base d'appels à projets. Leur mission première est de mettre en œuvre des actions répondant aux priorités et stratégies du Plan. Les acteurs et les actrices ainsi que les projets sont évalués une première fois au bout de 3 ans d'activités, sur leurs expertises, leur adéquation aux missions définies par le Décret et les termes de leurs conventions. En cas d'évaluation positive, la désignation est reconduite pour 2 ans maximum sans nouvel appel public à projets.
- **Les réseaux** désignés et subventionnés, sur la base d'appels à réseaux ;
- Les relais (personnes, associations, services, ...) non subventionnés dans le cadre du Décret ;
- Et un élément qui n'est pas spécifié dans le Décret, mais qui s'impose de lui-même : **les usagers et leurs représentants**.



Le schéma illustre les éléments du dispositif qui viennent d'être décrits.

1.3. Un Plan stratégique et un plan opérationnel

En vertu du cadre posé par le Décret, le Plan de promotion de la santé identifie des moyens pour mettre en œuvre les différentes priorités et stratégies présentées. Pour ce faire, une série d'acteurs et d'actrices et d'organismes piliers sont désignés pour opérationnaliser le plan en mettant en œuvre des actions visant les publics finaux ou les acteurs relais qui les accompagnent.

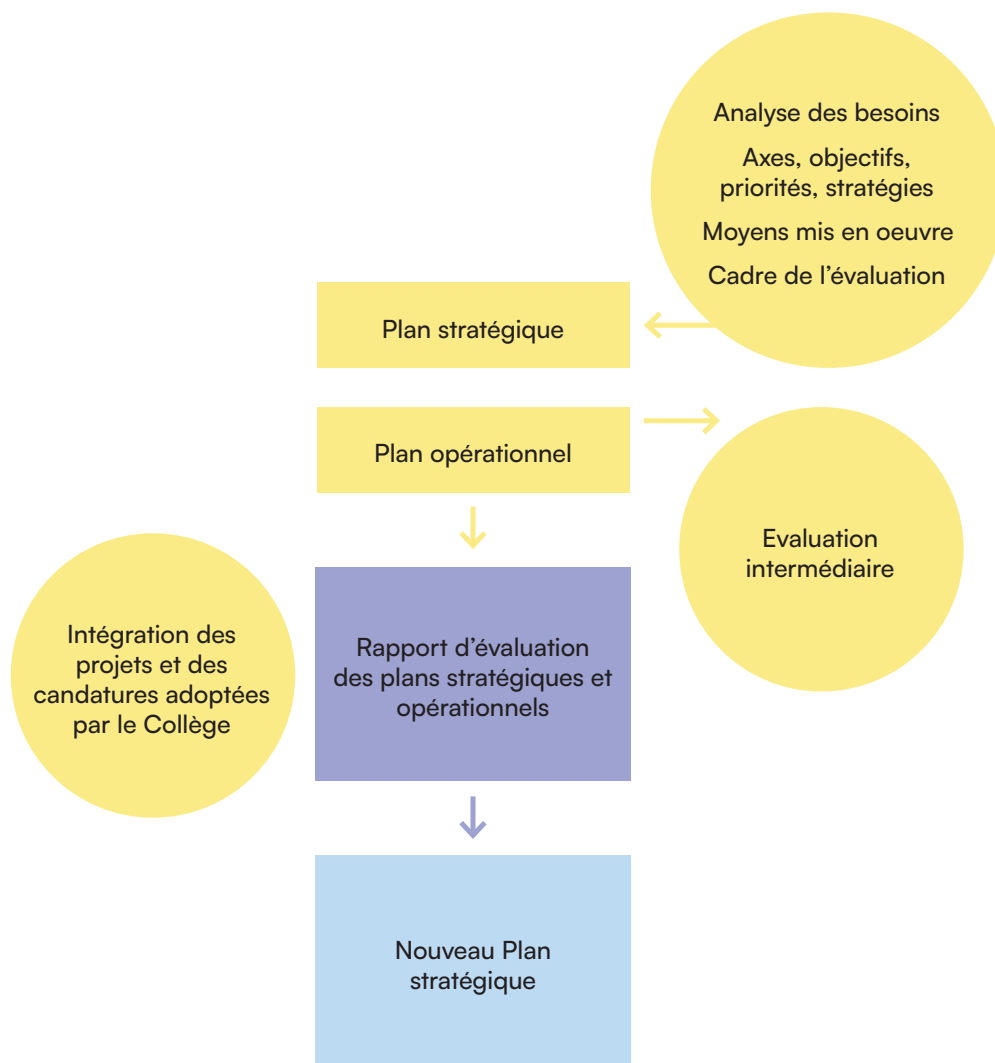
Ce Plan est un Plan Stratégique, qui sera complété, après désignation des intervenants et intervenantes désignés par le Collège sur base des réponses aux appels à projets qu'ils auront proposés, par un Plan opérationnel décrivant le dispositif ainsi mis en place. Ce plan opérationnel identifiera les projets et les actions planifiées et reprendra le montant des subventions accordées.

Cette méthode offre deux avantages : elle bénéficie de l'expertise du secteur pour déployer les priorités de la promotion de la santé et elle est amenée à générer un réel outil de suivi du Plan et du dispositif de promotion de la santé.

1.4. Actualisation du Plan et suites

Sur la base des évaluations intermédiaires, grâce au suivi réalisé et à l'aide d'analyses complémentaires, au moins 6 mois avant l'échéance du Plan de promotion de la santé, un projet de Plan actualisé est élaboré. Il est rédigé par l'Administration en collaboration avec les organismes piliers et les acteurs. Ce Plan est proposé à l'Instance de Pilotage et soumis à la section promotion de la santé du Conseil Consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la santé. Il est ensuite transmis pour approbation au Collège.

1.5. Schéma du cycle général de planification stratégique et opérationnelle du Plan



Ce schéma illustre les lignes qui précèdent.

2. La méthodologie d'élaboration du nouveau plan

Sur base des évaluations réalisées, il a été décidé par l'instance de pilotage de concevoir une nouvelle structure pour le nouveau plan de promotion de la santé. Cette nouvelle structure reflète la réaffirmation de son ancrage dans la charte d'Ottawa au travers des axes du plan et du choix de valoriser l'amélioration de la santé et la lutte contre les inégalités sociales de santé, l'inscription de la promotion de la santé au cœur d'un dispositif d'intégration des politiques sociales et sanitaires bruxelloise, la mise en avant de l'importance de la participation citoyenne et des démarches communautaires en santé.

Le nouveau plan tient compte des remarques faites dans le cadre de l'évaluation du plan actuel ainsi que de certaines remarques émises par les membres de la section de la promotion de la santé durant les cinq années de vie de la section promotion de la santé. Il tient compte également des leçons tirées de la crise Covid-19 notamment dans le cadre de la mise en œuvre des stratégies concertées.

2.1. Les parties prenantes impliquées

2.1.1. L'Instance de pilotage

Ainsi que le décret le prévoit, l'instance de pilotage a organisé la politique de promotion de la santé en proposant au Collège des orientations actualisées, en analysant et approuvant le plan de promotion de la santé à soumettre au Collège, en assurant le suivi de l'exécution du plan et son évaluation. Elle détermine les indicateurs servant de base au recueil de données servant de base au recueil de données.

Elle a travaillé à éclairer le positionnement politique du plan, à assurer la complémentarité et les spécificités du plan de promotion de la santé par rapport au Plan social santé intégré (PSSI) en élaboration.

2.1.2. Le Conseil consultatif

La section promotion de la santé du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé qui constitue l'organe d'avis du secteur a rendu une série d'avis relatifs au premier plan puis au second plan en construction. Une grande partie de ces avis ont été pris en compte dans la rédaction de ce plan.

Le 29 avril, une version simplifiée du futur plan a été présentée au Conseil afin de pouvoir bénéficier d'un retour des membres avant la finalisation du plan. Le 20 mai, une séance en présence des Ministres a été organisée pour présenter le plan ainsi que le PSSI. Le 10 juin, la section promotion de la santé a rendu son avis définitif sur le plan.

2.1.3. Les services piliers

Dans le cadre de la démarche d'évaluation du plan, l'administration de la COCOF a chargé la concertation des Services Piliers de contribuer à cette démarche en remettant des recommandations pour la construction du futur plan sur base de leur expérience.

Ce rapport a été intégré au rapport d'évaluation du Plan déposé au Collège et approuvé par lui puis transmis au Parlement. Les propositions et recommandations ont majoritairement été prises en compte dans la rédaction du nouveau plan.

2.1.4. Acteurs et actrices de promotion de la santé

Les acteurs et les actrices de promotion de la santé ont été consultés à plusieurs reprises quant aux besoins qu'ils estimaient devoir être rencontrés, d'abord lors des groupes de travail mis en place dans le cadre de la consultation relative au futur plan social santé intégré et ensuite lors du processus d'évaluation du plan 2018-2022.

Par ailleurs, des entretiens ont eu lieu avec certains services support pour que le plan puisse être enrichi de leur expertise.

2.1.5. Observatoire bruxellois du social et de la santé

Le plan 2018-2022 a bénéficié du travail d'évaluation mené par l'Observatoire de la santé et du social de la Commission communautaire commune.

2.2. Les étapes de construction

2.2.1. *Analyse des besoins sociaux et de santé via les données récoltées*

Un travail a été mené sur les données publiées entre autres par l'Observatoire du social et de la santé, Sciensano mais aussi dans des documents fournis par les services support (l'étude HSBC, les tableaux de bord d'Eurotox, les fiches du RESO, des documents de Culture et Santé, ...). Cette recherche a permis également d'identifier l'absence de certaines données : le plan reprend alors l'enrichissement de ces savoirs en tant qu'objectif opérationnel.

Durant la crise covid, un processus de concertation a été organisé visant à mettre en œuvre des **stratégies concertées de promotion de la santé en matière de covid**. Cette concertation, non prévue par le plan a exigé beaucoup de travail des acteurs et actrices concernés et des investigations des contextes spécifiques. Des diagnostics ont été menés, des concertations entre acteurs initiées. Ce travail a nourri le plan, tant pour ce qui concerne les manières de travailler en temps de crise que sur les besoins créés par la syndémie. Ce travail a bien entendu enrichi l'élaboration du plan.

Comme mentionné plus haut, de septembre à décembre 2020, **huit groupes de travail ont été organisés dans le cadre de l'élaboration du PSSI** autour de thématiques et de problématiques estimées insuffisamment couvertes par les plans existants : santé et inégalités environnementales, accès à une alimentation durable, saine et de qualité, accès aux soins et aux services socio-sanitaires, santé mentale, autonomie des personnes âgées, (més)usages de drogues et conduites addictives, approche quartier et accès aux droits. Trois axes transversaux ont été débattus dans des groupes de travail spécifiques : la monoparentalité, les inégalités de genre et la promotion de la santé. Chaque groupe a produit une série de constats et de recommandations dont une partie importante ont été traduites en mesures inscrites dans le plan social santé intégré et dans le plan de promotion de la santé.

2.2.2. *Travail d'orientation*

Le travail d'orientation du plan s'est également opéré au travers de plusieurs espaces de travail.

Le référentiel de promotion de la santé a été défini au travers des textes fondateurs produits lors des différentes conférences internationales de promotion de la santé sous l'égide de l'organisation mondiale de la Santé et de la littérature associée.

Ensuite **l'ancrage politique** a été précisé : les priorités de la Ministre ayant en charge la promotion de la santé et du Ministre ayant en charge la santé et l'action sociale, les plans préexistants et le plan social santé intégré rédigé dans la même période. Des éléments de ce référentiel apparaissent dans la partie 2 du plan. Une attention a également été portée aux **résolutions du Parlement bruxellois** pour ce qui concerne le Plan sucre, le Plan national sida, la résolution concernant les mutilations génitales et la prévention de l'alcoolisme.

Les résultats de l'évaluation du plan 2018-2022 ont également été utilisés dans la manière de concevoir le plan. **Le questionnaire d'évaluation rempli par les acteurs et actrices du secteur** avait pour objectif de recueillir la manière dont le secteur avait « vécu » le plan et sa mise en œuvre, ce qu'ils et elles pouvaient en dire dans leurs contextes d'intervention respectifs, en quoi le plan représentait un frein ou un outil pour l'élaboration et la mise en place des actions, le développement de collaborations, le positionnement à l'intérieur du secteur de promotion de la santé, le travail en intersectorialité et quelles modifications étaient susceptibles d'améliorer les choses.

Le rapport des services piliers a fourni une série de recommandations qui majoritairement ont été prises en compte dans le nouveau plan.

L'**évaluation de l'Observatoire du social et de la santé** a également permis de réajuster certains axes, d'être attentifs à la méthodologie même si le calendrier tel que prévu dans le décret rend difficile l'implémentation de toutes les remarques et de tous les constats.

De manière transversale au travail réalisé par rapport aux données et aux besoins rapportés par les acteurs et actrices de terrain, des réunions de travail ont été organisées avec l'administration de l'environnement pour mettre en place une concertation inter-administration en lien avec les objectifs opérationnels du plan et ceux de Good Food.

Pour ce qui concerne la médecine préventive, **un travail de concertation interministérielle et inter-administrations** a été mis en œuvre pour aboutir à un accord de coopération nécessaire à l'organisation de sa mise en œuvre dans le futur plan.

Enfin, **les avis du Conseil consultatif** ont nourri le travail du plan, qu'il s'agisse des avis rendus par rapport au plan 2018-2022 ou des avis et recommandations pour le nouveau plan

2.2.3. La communication

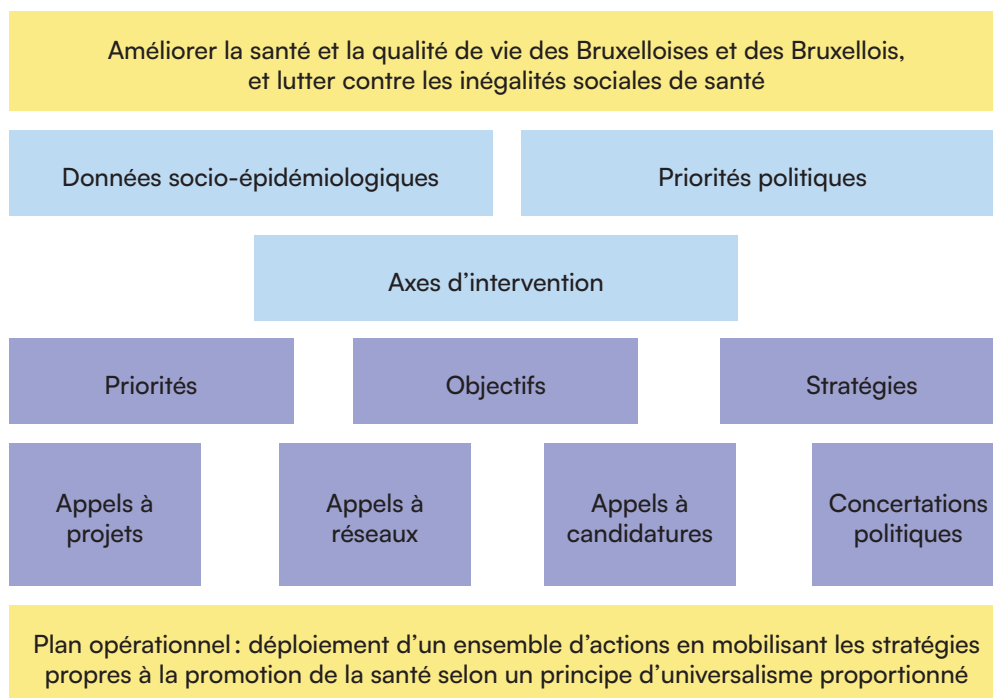
Il s'agit ici de faire connaître le plan aux différentes parties prenantes.

Outre la publication du plan et des appels à projets auxquels seront adjoints un mode d'emploi, des séances d'informations seront organisées en pour améliorer l'accessibilité des documents.

Le plan sera publié sur le site de la COCOF dans une version « grand public » et dans une version répondant aux dispositions de la directive européenne sur l'accessibilité des documents.

Des séances d'informations, questions/réponses seront organisées au mois de septembre.

3. L'architecture du Plan stratégique



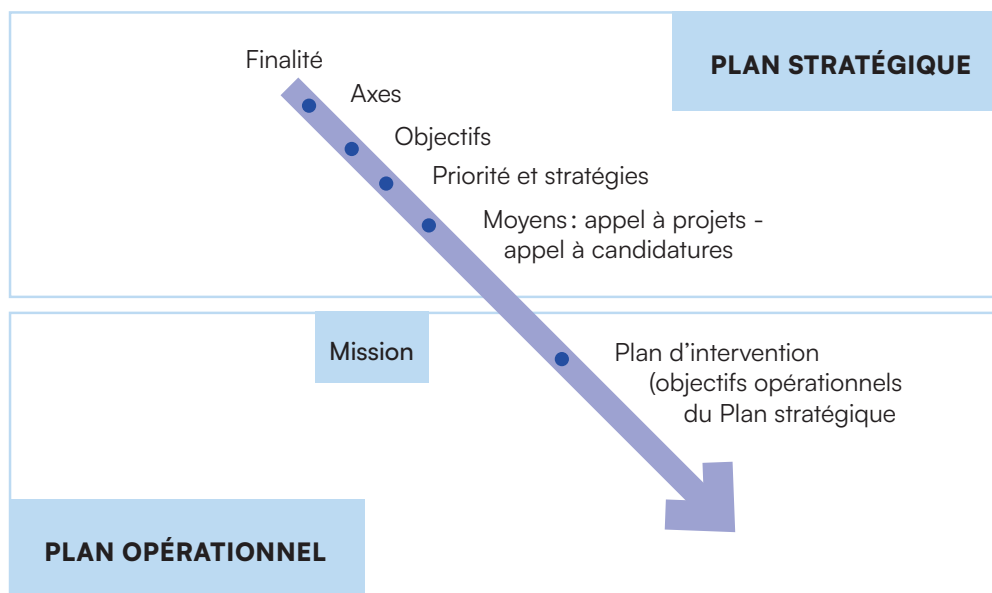
Le schéma qui précède résume l'architecture du plan stratégique. Une priorité est définie : améliorer la santé et la qualité de vie des Bruxelloises et des Bruxellois et lutter contre les inégalités sociales de santé. Sur base des données socio-épidémiologiques et des priorités politiques, des axes d'intervention sont identifiés, ainsi que des priorités, des objectifs et des stratégies. Pour les mettre en œuvre, une concertation politique, des appels à projets, à réseaux et à candidatures sont lancés. L'ensemble des initiatives retenues constitue le plan opérationnel qu'on peut définir comme le déploiement d'un ensemble d'actions mobilisant les stratégies de promotion de la santé selon un principe d'universalisme proportionné. L'évaluation de ce plan s'inscrit dans cette architecture

B. Mise en œuvre du plan

1. Processus d'élaboration du plan stratégique et opérationnel

Dès que le plan stratégique est approuvé par le Collège, il est diffusé aux services et acteurs et actrices qui élaborent des plans d'interventions.

Les plans d'intervention désignés par le Collège constituent le plan opérationnel.



Le schéma repris ci-dessous illustre ce processus initié par la définition d'une finalité, d'axes, d'objectifs, de priorités et de stratégies s'appuyant sur des appels à projets et à candidatures qui initient une série de projets et d'actions constitutifs du plan opérationnel.

2. Définitions : missions, objectifs, plan d'intervention

2.1. Missions

Les missions sont des fonctions, des rôles ou des buts assignés à un opérateur ou une opératrice de promotion de la santé par l'autorité de la COCOF.

Elles concernent les services de support et le service d'accompagnement. Elles se déclinent en deux types : les missions générales et les missions spécifiques.



Le schéma qui précède illustre la déclinaison du plan en axes (les objectifs généraux), en objectifs spécifiques, en objectifs opérationnels, en actions puis en tâches.

2.2. Objectifs

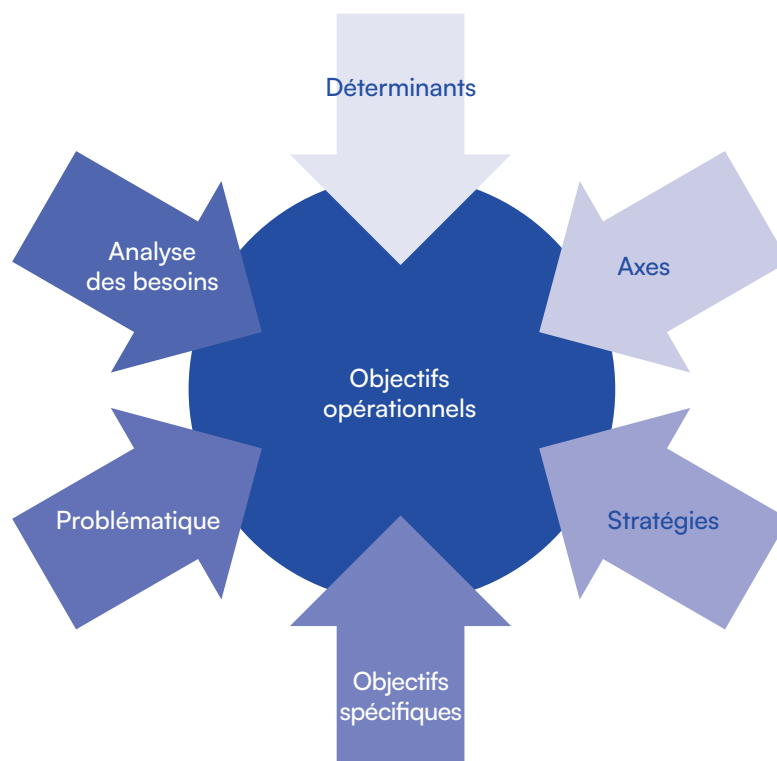
Un objectif est la formulation d'un but à atteindre. Il indique le sens du projet, et précise les résultats attendus du projet.

Il existe trois types d'objectifs : les objectifs généraux, les objectifs spécifiques et les objectifs opérationnels.

Dans le plan 2023, chaque axe du plan constitue un objectif général. L'objectif général porte sur le projet dans son ensemble et il est développé en objectifs spécifiques à cet axe.

Les objectifs spécifiques permettent de spécifier l'objectif général.

Les objectifs opérationnels sont les déclinaisons des objectifs spécifiques. Ils sont la formulation de ce qui est ciblé par les actions du projet.



Le schémas repris ci-dessous illustre les éléments constitutifs des objectifs opérationnels : déterminants, axes, stratégies, objectifs spécifiques, problématiques, analyse des besoins.

2.3. Le plan d'intervention

Le plan d'intervention est l'outil qui permet de traduire les objectifs poursuivis par l'opérateur en actions coordonnées. Il permet d'inscrire les actions dans une suite logique d'objectifs permettant de clarifier la finalité du projet.

Il donne à voir l'architecture de base du projet et permet d'argumenter sur sa cohérence globale. Le plan d'intervention sert de base pour :

- Prévoir les moyens à mettre en œuvre.
- Élaborer un Planning.
- Définir des livrables.
- Organiser le suivi et l'évaluation du projet.
- ...

Le plan d'intervention est conçu sur base d'un choix réalisé par les opérateurs et les opératrices.

Il s'agit de choisir un ou des objectifs, objectifs spécifiques ou objectifs opérationnels, d'un ou de plusieurs axes. Si les objectifs sélectionnés sont des objectifs spécifiques, ils devront être déclinés en un ou des objectifs opérationnels puis en actions. Si l'opérateur ou l'opératrice a sélectionné un ou des objectifs spécifiques, il ou elle devra les décliner en actions.

L'opératrice ou l'opérateur peut articuler des objectifs d'axes différents pour élaborer leur(s) action(s)



2.4. Les stratégies prioritaires

Outre les priorités identifiées dans les objectifs du plan, celui-ci identifie **les stratégies prioritaires** pour la mise en œuvre des actions et programmes :

- Soutenir la transversalité, le travail en réseau et l'analyse partagée du territoire ;
- Promouvoir le pouvoir d'agir des populations ;
- Favoriser la participation des publics et la mobilisation citoyenne ;
- Encourager le travail de proximité avec des publics spécifiques dans leurs milieux de vie ;
- Assurer la formation et l'accompagnement des relais professionnels et non professionnels ;
- Mettre en œuvre des modalités d'évaluation capacitante ;
- Enrichir les données en matière de santé et d'inégalités sociales de santé.

2.5. Les éléments à intégrer systématiquement au plan d'intervention

Une série d'éléments devront soutenir chaque objectif mené et apparaître dans les projets qui seront proposés au subventionnement puis mis en œuvre. Il s'agit de points d'attention essentiels pour la cohérence du plan opérationnel.

a) *Documenter le terrain pour fournir des données analysées et contextualisées*

Une série de données doivent contextualiser les actions et les programmes : les caractéristiques des publics visés en termes d'environnement physique et social, le territoire d'intervention, des éléments d'un diagnostic existant ou à réaliser, le cas échéant, les caractéristiques des relais concernés.

b) *Intégrer une réflexion sur le genre*

Pour ce qui concerne le plan, il s'agit donc d'intégrer une réflexion sur le genre dans les actions menées par rapport à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie et à la lutte contre les inégalités sociales de santé. Cette réflexion pourra être menée par rapport au public concerné ou par rapport à la manière dont cette dimension existe et peut être travaillée au sein des institutions et ou des équipes.

c) *Participer à la réduction des inégalités sociales de santé*

Les actions et programmes qui seront reprises dans le plan opérationnel de promotion de la santé devront participer à la lutte contre les inégalités sociales de santé en veillant par exemple à la règle d'universalisme proportionné afin de ne pas accentuer le gradient social. Les opérateurs devront identifier la ou les manière(s) selon lesquelles les actions proposées contribueront à cet effet.

d) *Intégrer la littératie en santé*

Les actions et les projets qui participeront au plan opérationnel devront démontrer la manière dont ils prennent en compte la littératie en santé et peuvent contribuer à l'améliorer.

e) *Prévoir les modalités d'évaluation*

Il s'agit de pouvoir rendre compte des hypothèses qui sous-tendent l'effet attendu par l'intervention par rapport aux objectifs fixés dans le contexte spécifique d'intervention. L'évaluation dans ce cadre ne consiste pas à prouver l'efficacité des interventions, ce qui semble très difficile pour des processus comme ceux de la promotion de la santé mais bien de prévoir des approches d'évaluation dont l'objectif est de comprendre et faire comprendre comment les interventions menées peuvent engendrer des changements.²⁶

f) *Identifier la ou les manières dont la participation des publics sera intégrée au projet*

Il s'agit de pouvoir expliquer la manière dont les publics participent aux différentes étapes du projet, les publics étant entendus comme ceux visés par l'action, ; il peut donc s'agir des acteurs de terrain, par exemple, pour certains services supports

g) *Développer ou s'associer à un ou plusieurs plaidoyers à l'échelle locale, régionale, nationale ou internationale.*

Le plaidoyer est essentiel en promotion de la santé. Il ne s'agit pas ici d'attendre de tous les opérateurs et de toutes les opératrices qu'ils et elles élaborent un plaidoyer mais bien de voir dans quelle mesure ils et elles pourraient ou devraient le faire.

Les publics finaux et les relais

Le dispositif de promotion de la santé sera déployé conformément au principe d'universalisme proportionné. Les actions viseront de manière privilégiée les problématiques de santé et les publics prioritaires identifiés dans l'analyse des besoins.

Ce principe balise la manière dont les actions seront priorisées. Le degré de déploiement des actions est adapté aux données épidémiologiques. La priorisation des actions pour un groupe est proportionnelle aux vulnérabilités et aux risques identifiés (un groupe est particulièrement objet d'inégalités en santé, particulièrement vulnérable, particulièrement désavantagé ou particulièrement concerné par la problématique de santé). À terme, la population générale ne peut être le seul public visé, ni celui auquel la plupart des actions sont destinées. Ne viser que la population générale participerait à creuser le fossé entre les différentes couches de population, ce qui est contraire à la finalité du Décret et à ses principes. Mais ne viser que les publics vulnérables risquerait de stigmatiser ceux-ci et renforcerait le gradient social. Il s'agit donc d'agir sur les deux « fronts ».

Les publics-relais de divers secteurs (travailleurs des secteurs psycho-socio-médicaux, enseignants, politiques, universitaires, etc.) en contact avec les publics finaux identifiés peuvent également être le public cible des actions déployées.

Un préalable : la création d'un espace dédié à la recherche et l'innovation transversale à chaque axe et impliquant la nécessaire plasticité des objectifs. Cette plasticité sera rendue possible par une rencontre annuelle avec l'administration.

²⁶ Voir à ce sujet Malengreaux S., Doumont D., Aujoulat I. L'approche réaliste pour évaluer les interventions de promotion de la santé : éclairages théoriques, Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS-RESO, 2020

3. Moyens mis en œuvre pour l'opérationnalisation du Plan stratégique

3.1. Les autorités publiques

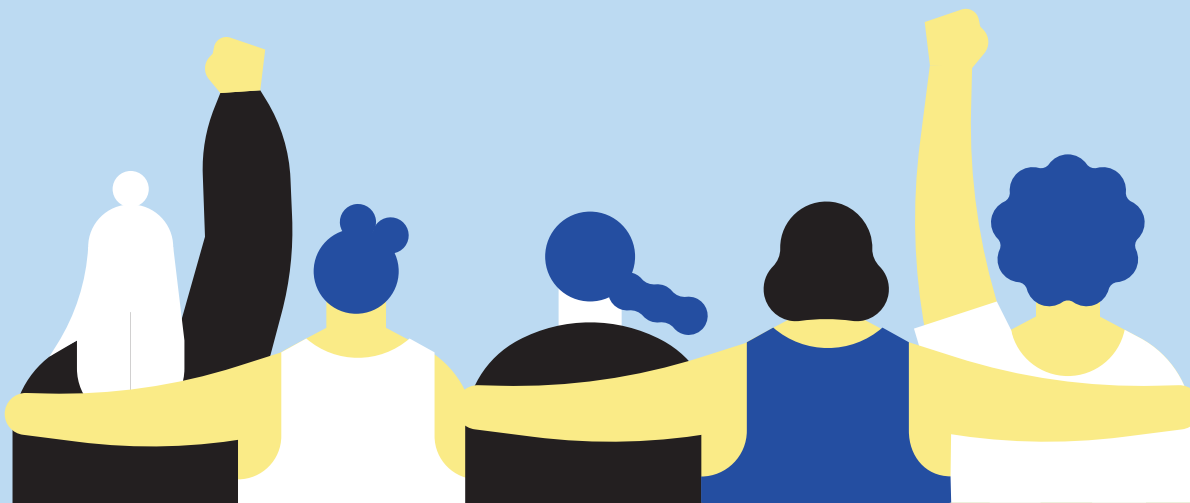
Le décret spécifie les missions dévolues à l'instance de pilotage qui, dans le décret, encadre le plan. Le plan stratégique confie aux autorités publiques la mise en œuvre des objectifs stratégiques et des objectifs opérationnels de l'axe 1.

3.2. Les missions du service d'accompagnement

Le décret détermine les missions à remplir par les services support.

Le décret détermine les conditions de désignation du service d'accompagnement et par là-même, les missions qu'il doit être en mesure de remplir :

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



3.3. Les missions des services support

Le décret bruxellois de promotion de la santé définit les critères de désignation des services support.

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

Les missions de chaque service de support sont précisées dans des conventions qui accompagnent la désignation. Ce support peut concerner : une ou plusieurs thématiques de santé prioritaires définies dans le plan de promotion de la santé et/ou une ou plusieurs méthodologies ou stratégies d'action définies dans le plan de promotion de la santé.

Le plan 2018-2022 prévoyait 7 missions générales de support :

- le soutien aux acteurs et actrices en matière de littératie en santé ;
- le soutien aux acteurs et actrices en matière de communication et nouveaux médias ;
- le soutien à l'évaluation et à la transférabilité en Promotion de la santé ;
- le soutien à la formation continue des acteurs et actrices en Promotion de la santé ;
- le soutien en matière de promotion d'environnements et comportements favorables à la santé : alimentation et activité physique ;
- le soutien aux acteurs et actrices en matière de prévention des IST, dont le VIH et le VHC ;
- le soutien aux acteurs et actrices en matière de prévention de l'usage de drogues et de réduction des risques .

A ces 7 missions, le plan 2023 ajoute deux nouvelles missions :

- le soutien aux acteurs et actrices en matière de genre
- le soutien aux acteurs et actrices en matière de démarche communautaire

3.4. Les programmes de médecine préventive

Le décret organise la mise en œuvre de programmes de médecine préventive associés au plan de promotion de la santé. Ces programmes sont pilotés par un ou des centres de références.

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

Ils prennent en compte l'expérience des professionnels de la santé et les valeurs et les attentes de la population. Les programmes sont réalisés en concertation avec, les intervenants les plus proches de la population et dans la relation la plus continue avec elle, à savoir les médecins généralistes, le secteur ambulatoire et les services de proximité dans le champ de l'aide socio-sanitaire.

L'élaboration et la mise en œuvre de ces programmes prend particulièrement en compte les populations qui connaissent une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable.

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

3.5. Les missions des réseaux

Le réseau est une forme organisée d'action collective sur la base d'une démarche volontaire de coopération, unissant des acteurs et des actrices, des organismes piliers, des relais et d'autres associations, dans des relations non hiérarchiques.

Les réseaux de promotion de la santé sont des acteurs de promotion de la santé, en ce qu'ils contribuent au Plan de promotion de la santé en améliorant la coordination, la complémentarité, l'intersectorialité, la pluridisciplinarité, la continuité et la qualité des activités en faveur de la population. Ils sont organisés sur une base géographique et/ou thématique.

Le Décret précise également qu'en fonction du Plan de promotion de la santé et lorsque cela est nécessaire, les réseaux de promotion de la santé collaborent avec les réseaux de santé «ambulatoires» agréés dans le cadre du Décret du 5 mars 2009.

3.6. Les missions des acteurs et des actrices

Il s'agit pour les acteurs et les actrices de mettre en œuvre les plans d'actions visant les publics finaux ou les acteurs relais qui les accompagnent, plan d'actions qui ont été approuvés par les autorités publiques selon les modalités citées plus haut.

4. L'évaluation

L'évaluation est réalisée par et pour les intervenantes et 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 :

- concerne les degrés de réalisation des objectifs du plan opérationnel, conformément au Décret de promotion de la santé ;
- vise à saisir comment les finalités du décret de promotion de la santé sont atteintes ;
- s'attache à comprendre comment et pourquoi un projet ou programme fonctionne, ce qui fonctionne, pour qui et dans quels contextes (« Realist Evaluation ») ;
- participe à l'objectif de transfert des connaissances et de diffusion de la promotion de la santé.

Elle est organisée à deux niveaux sur des temps différents.

Au niveau du Plan Opérationnel

On vise une évaluation du degré de réalisation des objectifs opérationnels :

- Quelles sont les réalisations produites dans le cadre des projets, programmes, missions, ... ?
- Comment et en quoi ce qui est réalisé contribue aux objectifs visés ? Quels sont les éléments qui ont facilité, freiné, l'atteinte des objectifs du projet ou programme ?

On entend par « réalisation » : « des activités, biens et services fournis directement par une intervention, bien délimités et concrets, mis en place pour atteindre les objectifs du projet ou du programme, et qui continueront à avoir une existence en dehors de celui-ci. Les réalisations peuvent prendre la forme d'objets matériels (un outil d'animation, une brochure, une base documentaire...) ou immatériels (un réseau de partenaires, un programme de formation, etc.). »²⁷

Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs d'évaluation des réalisations et atteinte des objectifs du plan opérationnels selon un processus élaboré en concertation avec les acteurs.

Dans un premier temps, ils seront déterminés par les opérateurs lors de la remise des plans d'intervention.

Au niveau du Plan stratégique

En collaboration avec les opérateurs et organismes piliers, l'Administration analysera le degré de réalisation du Plan stratégique. Cette analyse contribuera à l'élaboration du projet de Plan opérationnel à venir.

C. Données socio-sanitaires

Les données reprises dans ce chapitre sont issues en grande majorité de deux outils de l'Observatoire du social et de la santé : le *Baromètre social 2020*²⁸ et *Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé*.²⁹

Elles reprennent les données présentées dans le PSSI mais elles ont été enrichies d'éléments supplémentaires en lien avec la modélisation des déterminants de la santé et des déterminants des inégalités sociales de santé utilisés dans le plan de promotion de la santé de manière à éclairer les objectifs du plan stratégique.

1. Santé et qualité de vie en région bruxelloise

1.1. La population

Au 1^{er} janvier 2020, la Région de Bruxelles-Capitale comptait officiellement 1 218 255 habitants et habitantes dont **597 706 hommes** et **620 549 femmes**. A ces chiffres il faut ajouter un certain nombre de personnes qui vivent à Bruxelles mais ne sont pas comptabilisées dans la population officielle (étudiants non domiciliés dans la Région, demandeurs d'asile, étrangers en situation irrégulière, diplomates et membres de leurs ménages, ...).

La population bruxelloise se distingue de celle des deux autres régions en termes de structure d'âges : elle est beaucoup plus **jeune**, et présente depuis longtemps une tendance générale au rajeunissement. Une légère augmentation de l'âge moyen est enregistrée depuis 2017. La Région compte néanmoins un nombre important de personnes âgées. Elle devra affronter le fait qu'une proportion croissante d'entre elles seront à l'avenir beaucoup plus vulnérables socio-économiquement que la population âgée actuelle, ce qui nécessitera une adaptation de la prise en charge. A titre indicatif, **la part des personnes vivant en Région bruxelloise à l'aide de la GRAPA (Garantie de revenus aux personnes âgées) a augmenté de façon importante ces dernières années, passant de 8 % en 2008 à 12 % en 2020.**

Les personnes isolées sont surreprésentées en Région bruxelloise : elles représentent 46 % des ménages bruxellois, contre 35 % en Belgique.

Plus d'un tiers de la population bruxelloise (35%) est actuellement de nationalité étrangère et 58% de l'ensemble de ses habitants avaient une nationalité étrangère à la naissance. Ces chiffres traduisent la diversité culturelle présente sur le territoire de la Région.

Les statistiques ou les données administratives ne parlent que des personnes dûment répertoriées dans les registres communaux, dans le Registre national ou dans les différentes banques de données de la Sécurité sociale. La Région compte aussi de nombreuses personnes qui y habitent mais qui ne sont pas comptabilisées dans la population officielle : étrangers ne disposant pas de titre de séjour en règle, étudiants non domiciliés, personnes sans résidence légale, diplomates et leurs familles, ...

La quantification de cette population « invisible » est par définition difficile. Quelques sources³⁰ permettent néanmoins de considérer qu'il s'agit d'un ordre de grandeur de plusieurs dizaines de milliers de personnes.

28 Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2020). Baromètre social 2020. Bruxelles :Commission communautaire commune.

29 Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019.

30 Une recherche en cours (Measuring Invisibility in Brussels) dénombre, à partir des données du Registre national pour l'année 2013, plus de 18.000 personnes ayant perdu leur adresse de résidence légale en Région bruxelloise et non réinscrite. En 2015 le KCE estimait le nombre de personnes sans-papiers entre 85.000 et 160.000 pour l'ensemble du pays (Roberfroid D., Dauvrin M. (2015). Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier?. Bruxelles: Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé). Le dénombrement réalisé par Bruss'help en novembre 2020 recensait 5.313 personnes sans-abri ou en situation de mal-logement sur le territoire bruxellois. Au 1er janvier 2021, le SPF des Affaires Etrangères répertoriait en outre à Bruxelles plus de 11.000 personnes comme membres de familles de diplomates.

Ce constat plaide en faveur du développement et de l'amélioration de la production de données statistiques à Bruxelles. Il montre surtout que le poids des situations de grande précarité est très certainement sous-évalué. Cette réalité demande de réfléchir et d'orienter les politiques social-santé en conséquence.

Il ressort en effet du baromètre 2020 de l'observatoire de la Santé et du social de Bruxelles que le nombre de personnes sans-papier est beaucoup plus élevé en Région bruxelloise que dans les deux autres régions du pays : en effet, la répartition du nombre d'aides médicales urgentes (AMU) par région indique que deux tiers des AMU octroyées en Belgique le sont en Région bruxelloise. Ceci représente 13.584 AMU sur l'ensemble de l'année 2020 en Région bruxelloise. Ceci est un nombre de bénéficiaires minimum (car il se peut qu'un seul bénéficiaire soit remboursé pour plusieurs patients : par exemple des enfants). Ce chiffre est sans aucun doute bien inférieur au nombre réel de personnes sans droits étant donné qu'une partie d'entre eux ne recourent pas à l'aide médicale urgente.

1.2. Les inégalités sociales et territoriales de santé

Depuis plusieurs années et jusqu'à la crise du coronavirus, **environ un tiers des Bruxellois et Bruxelloises disposent d'un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté, 41 % des enfants en Région bruxelloise vivaient dans un ménage dont le revenu se situe sous le seuil de risque de pauvreté.**

Au sein de la Région bruxelloise, **le revenu médian des déclarations (annuel) varie de façon importante entre les communes** : il est de 15 633 € à Saint-Josse-ten-Noode et atteint 26 197 € à Woluwe-Saint-Pierre.

La géographie bruxelloise des revenus médians est très structurée et reste très stable au cours des dernières années, se caractérisant en résumé par les zones suivantes (IBSA, 2021) : **le croissant pauvre, où se concentrent les quartiers aux revenus les plus faibles ; le quadrant sud-est, où les revenus sont les plus élevés, surtout en seconde couronne et les quartiers de la seconde couronne ouest, avec des valeurs intermédiaires.**

La densité de population bruxelloise s'élève à 7 500 hab./km² en 2020 et elle **varie de façon importante entre les quartiers et les communes de la Région** : elle est douze fois plus importante à Saint-Josse-ten-Noode (la commune la plus densément peuplée du pays, avec 23 358 hab./km²) qu'à Watermael-Boitsfort (1 952 hab./km²)⁶. Les densités de population les plus élevées sont généralement observées dans les secteurs situés en première couronne, et se réduisent à mesure que l'on s'éloigne du centre. Cependant, certains secteurs situés dans le centre de la Région ou en première couronne se distinguent en raison du grand nombre de bureaux installés sur leur territoire, c'est le cas par exemple du quartier européen et du quartier Nord.

Les personnes isolées sont surreprésentées en région bruxelloise. Elles constituent 46% de la totalité des ménages bruxellois.

La Région de Bruxelles-Capitale compte sur son territoire **un nombre très important de familles monoparentales**. Près de 65 000 ménages monoparentaux sont en effet dénombrés. Les parcours de vie qui mènent à la monoparentalité de ces familles sont divers (séparation, décès, violences conjugales...) et leurs situations le sont tout autant (statut social, emploi, santé, âge). Un constat marquant apparaît cependant : **à la tête de ces familles, se trouvent pour la toute grande majorité (86 %) des femmes**. La monoparentalité est donc un phénomène genré, qui demande à être appréhendé comme tel. En effet, non seulement la grande majorité des ménages monoparentaux sont constitués d'une femme élevant seule un ou plusieurs enfants, mais les problématiques vécues par ces familles sont imprégnées et renforcées par les inégalités de genre à l'œuvre dans notre société.

Les mères monoparentales encourent un risque accru de pauvreté en raison de la diminution de leurs revenus à la suite de la séparation, à l'inégale répartition des frais liés aux enfants avec l'ex-conjoint, au coût du logement, ainsi qu'à une flexibilité et une disponibilité sur le marché de l'emploi rendues plus difficiles par le fait de supporter seules l'éducation des enfants. Ceci s'ajoute au fait que, rappelons-le, les femmes se retrouvent plus souvent occupées dans les secteurs les plus précaires et les moins rémunérateurs de notre économie. **Leur taux d'activité et d'emploi sont particulièrement bas, respectivement 43% et 31%**

Le cumul de ces difficultés augmente le risque d'isolement social ou de burn-out, avec toutes les incidences négatives qui en découlent sur la santé et l'épanouissement personnel tant des parents solos que des enfants.

La pauvreté, dans toutes ses composantes, entraîne une dégradation de l'état de santé et peut aussi amener à un appauvrissement. Les inégalités sociales de santé s'observent à tous les âges et concernent la plupart des problèmes de santé.

Le taux de mortalité infantile est deux fois plus élevé (5/1000) dans les ménages sans revenus que dans les ménages disposant de deux revenus, et l'espérance de vie à la naissance diffère significativement selon le niveau socio-économique de la commune de résidence. Entre 2013 et 2017, **l'écart en termes d'espérance de vie des habitants entre les communes les plus pauvres et les communes les plus riches est de 3 ans pour les hommes et 2,5 pour les femmes.**

1.3. *La crise Covid et ses conséquences sociales et sanitaires*

En région bruxelloise, en date du 4 mai 2022, on décomptait 445.952 contaminations et 4.150 décès liés au coronavirus.

Pour mieux comprendre l'ampleur de l'impact de la crise covid, il semble intéressant de se référer au concept de syndémie. Richard Horton, dans un article publié dans la revue médicale britannique The Lancet, relie Covid-19 et syndémie.³¹

En effet, au-delà de l'impact majeur sur la santé des personnes directement touchées par la maladie, **l'épidémie de Covid-19, ainsi que les mesures de restriction mises en place pour y faire face, ont également d'autres conséquences sur les plans sanitaire (notamment concernant le recours aux soins et la santé mentale), social et économique et les inégalités sociales en matière de vulnérabilité professionnelle et financière ont été accentuées par la crise sanitaire**³². « *L'impact du Covid-19 a reproduit les inégalités de santé existantes, et les a, dans certains cas, accrues* » (Public Health New England, 2020).

Différents facteurs sont associés à un risque plus élevé de développer des formes plus sévères, plus graves de la maladie. Parmi ceux-ci, on peut notamment citer **l'âge, l'existence de comorbidités (en particulier l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré, les bronchopneumopathies obstructives chroniques, les maladies rénales chroniques) et l'obésité.**

31 Horton R., Le covid -19 n'est pas une pandémie in The Lancet, vol. 396, n°10255, 26 septembre 2020. « Initialement élaborée par une anthropologue médicale américaine, Merill Singer, l'approche syndémique permet de mettre en évidence les interactions biologiques et sociales importantes pour le pronostic. Une syndémie est définie par Singer comme « l'agrégation d'au moins deux maladies ou problèmes de santé dans une population pour laquelle il existe un certain niveau d'interface biologique ou comportementale délétère qui exacerbe les effets de chacune des maladies impliquées ». Singer 2017) « les syndémies se caractérisent par un ensemble d'interactions biologiques et sociales entre des états et des conditions, interactions qui augmentent la susceptibilité d'une personne à nuire ou à aggraver son état de santé ». (...) Dans le cas du Covid-19, deux catégories de maladies interagissent au sein de populations spécifiques : l'infection par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère le SRAS-COV-2- et une série de maladies non-transmissibles. Ces maladies se concentrent différemment au sein de groupes sociaux selon des formes d'inégalités. L'accumulation de ces maladies sur fond de disparités sociales et économiques exacerbe les effets néfastes de chaque maladie distincte. (...) Considérer le Covi -19 comme une syndémie a pour conséquence la plus importante de souligner ses origines sociales. La vulnérabilité des citoyens âgés, des communautés noires, asiatiques et ethniques minoritaires, et des travailleurs clés qui sont généralement mal payés et bénéficient de moins de protection sociale, met en évidence une vérité jusqu'à présent à peine reconnue, à savoir que quelle que soit l'efficacité d'un traitement ou d'un vaccin protecteur, la recherche d'une solution purement biomédicale au Covid-19 échouera.

32 Bajos N., Warszawski J., Pailhé A., Council E., Jusot F., Spire A., Martin C., Meyer L., Sireyjol A., Franck J.E., Lydié N. (Octobre 2020). Les inégalités sociales au temps du COVID-19. IRESP, Questions de santépublique, n°40

D'autres facteurs vont aussi jouer un rôle en augmentant le risque d'exposition/d'infection au SARS-CoV-2 : **le fait d'exercer certaines professions, notamment une profession dans le domaine du soin**³³ mais aussi **les conditions d'existence, par exemple la densité de la population dans la commune de résidence**³⁴ ou **le fait de vivre avec un nombre élevé de personnes dans le même logement**³⁵. De plus, certaines catégories de personnes cumulent les facteurs d'exposition au virus³⁶, et les groupes sociaux les plus à risque d'être exposés au SARS-CoV-2 sont aussi des groupes souffrant plus souvent de pathologies associées à un risque plus élevé de développer une forme grave de la maladie³⁷.

Les communes qui font partie du croissant pauvre (Molenbeek, Saint-Josse-Ten-Noode, Anderlecht, certains quartiers de Bruxelles-Ville) **ont été plus touchées par les infections**. La population est confrontée à des conditions qui l'expose à un risque plus élevé : densité d'habitants plus importante par quartier et par logement, plus haute proportion d'emplois de contacts et considérés comme essentiels (caissière, livreurs, chauffeurs, métiers de la construction, ...), usage plus fréquent des transports publics, pollution de l'air. La maladie a frappé de façon non aléatoire les populations les plus précarisées.

La surmortalité a aussi été plus élevée dans ces quartiers³⁸. **Les inégalités de santé ont donc constitué une prévalence plus élevée de comorbidité (diabète, obésité, affections respiratoires) ou un accès plus difficile aux soins et ont exposé les habitants à un plus grand risque de développer une forme grave de la maladie**. Une plus grande vulnérabilité face à la maladie des populations précarisées a causé plus de décès.

L'exemple de la santé mentale

Les données reprises ci-dessous sont extraites d'une synthèse de la littérature réalisée par le RESO UCL à propos de l'impact de la crise Covid-19 en termes d'inégalités sociales de santé³⁹

La santé mentale des individus a en effet été grandement affectée par le Covid-19 : anxiété, stress, symptômes dépressifs, insomnie, variations d'humeurs, désarroi et pensées suicidaires sont parmi les symptômes fréquemment rapportés et documentés. La crise sanitaire a engendré un climat particulièrement anxiogène qui a généré de l'inquiétude, voire de la panique, pour un grand nombre d'individus se traduisant, par exemple, par la peur d'être contaminé, d'être isolé ou la peur de la mort.

Les causes de l'exacerbation de ce mal-être psychologique sont multiples : isolement social, incertitudes relatives au futur, pertes de revenus, perturbation des habitudes quotidiennes, solitude, infodémie et expériences de pertes).

33 Warszawski J., Bajos N., Meyer L., de Lamballerie X., Seng R., Beaumont A.-L., Slama R., Hisbergues M., Rahib D., Lydié N., Legendre B., Barlet M., Rey S., Raynaud P., Leduc A., Costemalle V., Beck F., Legleye S., Castell L., Givord P., Favre-Martinoz C., Pallod N., Silhol J., Sillard P. (Octobre 2020). En mai 2020, 4,5 % de la population en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2 Premiers résultats de l'enquête nationale EpiCov. DREES, Etudes & résultats, n° 1167.

34 ibidem

35 ibidem

36 Bajos N., Warszawski J., Pailhé A., Council E., Jusot F., Spire A., Martin C., Meyer L., Sireyjol A., Franck J.-E., Lydié N. (Octobre 2020). Les inégalités sociales au temps du COVID-19. IRESP, Questions de santé publique, n°40.

37 ibidem

38 Bourguignon M., Damiens J., Doignon, Y., Eggerickx T., Fontaine S., Lusyney P., Plavsic A., Sanderson J.-P (2020). L'épidémie de Covid-19 en Belgique : les inégalités sociodémographiques et spatiales face à la mort. Document de travail 17. Louvain-la-Neuve : Centre de recherche en démographie.

39 Service universitaire de Promotion de la Santé — RESO. Impact de la syndémie de COVID-19 en termes d'inégalités sociales de santé — Fiche 1 : La santé mentale des populations au prisme de la syndémie de COVID-19. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS/RESO, Février 2022 [Mis à jour le 02-03-22], 15p.

Plusieurs études font également état d'une détérioration de la santé mentale de la population belge durant la crise sanitaire liée à la Covid-19, se traduisant par une augmentation des troubles dépressifs et anxieux et des niveaux de stress en 2020 et 2021⁴⁰. De plus, les taux de pensées suicidaires et de tentatives de suicide auraient augmenté⁴¹. D'après une enquête menée par Lorant et ses collaborateurs entre le 20 mars et le 9 avril 2020, les mesures de détresse psychologique de la population générale belge auraient été 2,3 fois plus élevées que les mesures obtenues avant la crise, à la même période (Lorant *et al.*, 2021). L'importante augmentation, dont font état ces chiffres, peut s'expliquer par le niveau de sévérité des mesures de prévention auxquelles la population était soumise lors de cette période ainsi que par le taux d'infections recensées au quotidien. En effet, un parallélisme a été fait entre l'augmentation de symptômes de dépression et le niveau de sévérité des mesures restrictives de prévention de la Covid-19 d'une part, et entre une augmentation du niveau d'anxiété et l'augmentation des taux d'infection à la Covid-19 d'autre part (Van Hoof *et al.* 2021).

Au niveau international comme en Belgique, les études pointent que **certains groupes de population ont été plus affecté que d'autres**.

Les femmes ont été confrontées à une détresse psychologique accrue se traduisant notamment par des symptômes de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique, de l'insomnie ou encore par des troubles de l'adaptation parce que les femmes occupent globalement des emplois plus précaires que les hommes et sont plus nombreuses à travailler dans le secteur des soins de santé et de la 1^{ère} ligne (secteur particulièrement impacté par la crise). Ensuite, lors de la crise sanitaire, on a assisté à une augmentation des cas de violence intrafamiliale partout dans le monde. Enfin, une autre raison qui rend les femmes particulièrement à risque d'une détérioration de leur santé mentale a trait au fait que la crise a augmenté la charge mentale reposant sur celles-ci.

Un autre public particulièrement impacté par la syndémie de Covid-19 est celui des **minorités ethniques et/ou des travailleurs et travailleuses migrants**, dont le bien-être psychologique a été affecté, souvent en raison de conditions de travail et de logement précaires, voire d'absence de logement, de leur incapacité à satisfaire des besoins fondamentaux, de situations de clandestinité et d'isolement, représentant tant de conditions incompatibles avec le respect des mesures de prévention imposées.

Le RESO a élaboré une fiche de synthèse relative à l'impact du Covid-19 sur la santé mentale⁴². On y lit qu'une étude menée par l'OMS⁴³, en collaboration avec les universités de Gand et de Copenhague, entre avril et octobre 2020, montre qu'en Belgique, parmi les personnes migrantes ou réfugiées et âgées entre 15 et 24 ans, une personne sur deux présente des problèmes psychologiques en conséquence de la crise sanitaire tels que des symptômes de stress post-traumatique et des troubles du sommeil. Cette souffrance psychologique serait exacerbée par le manque d'adaptation des services de santé mentale à ce public. Nous avons besoin d'études réalisées en contexte belge pour compléter le portrait de la santé mentale des minorités ethniques.⁴⁴

40 Sciensano, KCE, INAMI-RIZIV, Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Impact du COVID-19 [En ligne]. Bruxelles (Be). Mis à jour le 7 fév 2022. Disponible : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/crise-covid-19/impact-du-covid-19>

41 Ibidem

42 Service universitaire de Promotion de la Santé — RESO. Impact de la syndémie de COVID-19 en termes d'inégalités sociales de santé — Fiche 1: La santé mentale des populations au prisme de la syndémie de COVID-19. Woluwé-Saint-Lambert: UCLouvain/IRSS/RESO, Février 2022 [Mis à jour le 02-03-22], 15p.

43 Organisation Mondiale de la Santé (OMS). ApartTogether survey: preliminary overview of refugees and migrants self-reported impact of COVID-19. World Health Organization; 2020. 32p. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

44 Une fiche de synthèse aborde l'impact de la syndémie de COVID-19 sur les minorités ethniques. Cette fiche de synthèse est à retrouver sur le site du RESO.

Dans cette même recherche⁴⁵, le RESO indique que des études ont révélé que **la santé mentale des membres de la communauté LGBTQI+ a également été particulièrement impactée par la crise sanitaire**. Cette iniquité trouverait son origine dans le fait que cette communauté aurait souffert d'une insécurité financière plus importante ainsi que de l'interruption de certains services de santé. De plus, les membres de cette communauté auraient été particulièrement à risque de subir des violences intrafamiliales pendant les périodes de confinement⁴⁶ (Commission Européenne, 12 novembre 2020).

Le RESO indique que les constats sont similaires en Belgique. En effet, une association néerlandophone, *Cavaria*, rapporte dès avril 2020 une augmentation inquiétante de l'utilisation de sa ligne d'information spécifiquement destinée à ces communautés, *Lumi*, ainsi que des niveaux plus élevés de stress, de dépression, de solitude, d'anxiété, etc. exprimés par la communauté LGBTQI+. La proportion des appels dont le sujet était le suicide a, par exemple, augmenté de 1,6% à 5,7% dans cette communauté⁴⁷.

45 Service universitaire de Promotion de la Santé — RESO. Impact de la pandémie de COVID-19 en termes d'inégalités sociales de santé — Fiche 1: La santé mentale des populations au prisme de la pandémie de COVID-19. Woluwé-Saint-Lambert: UCLouvain/IRSS/RESO, Février 2022 [Mis à jour le 02-03-22], 15p.

46 Commission Européenne. (12 novembre 2020). Union de l'égalité : stratégie en faveur de l'égalité de traitement à l'égard des personnes LGBTQI+ pour la période 2020-2025 Communication de la commission au parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions.

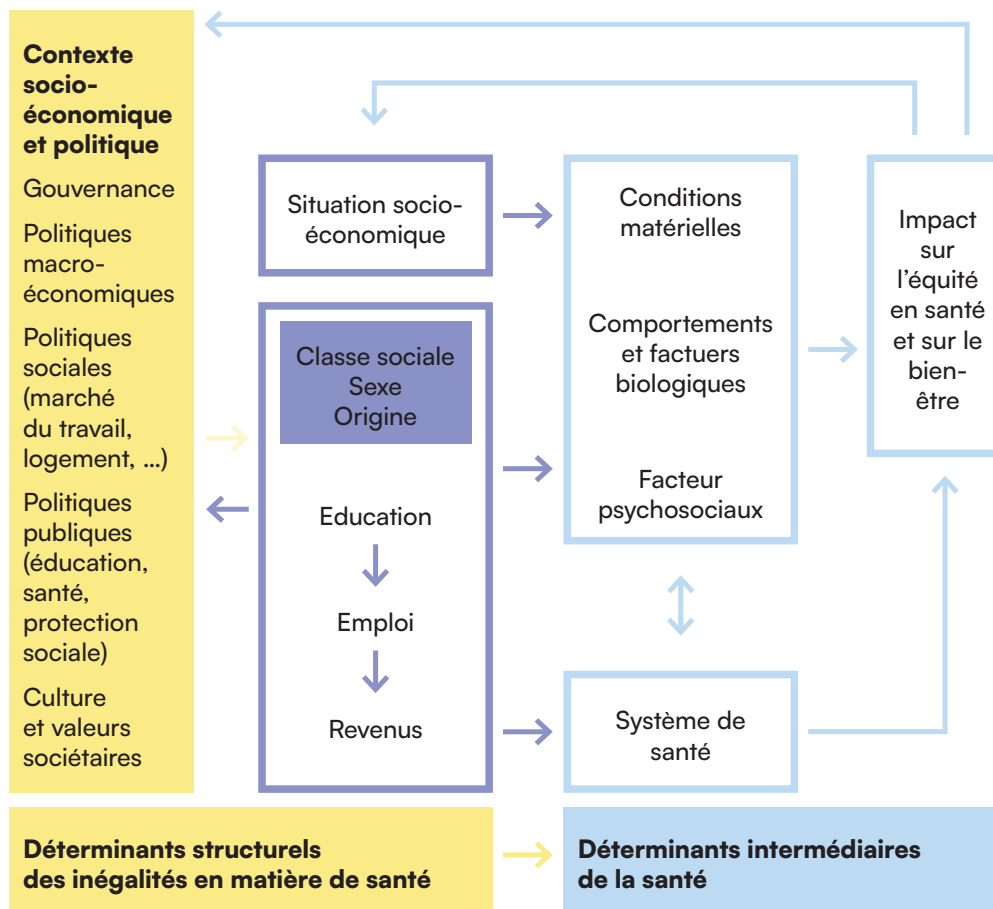
47 Jans T, Renaux Q, Bonnel J, Declerck E. De impact van COVID-19 op LGBTI-personen - Een oproep aan beleidsmakers. Gent (Belgique) : Cavaria (NI) ; 2020. 32p repris dans Service universitaire de Promotion de la Santé — RESO. Impact de la pandémie de COVID-19 en termes d'inégalités sociales de santé — Fiche 1: La santé mentale des populations au prisme de la pandémie de COVID-19. Woluwé-Saint-Lambert: UCLouvain/IRSS/RESO, Février 2022 [Mis à jour le 02-03-22], 15p.

2. Les déterminants de la santé et de la qualité de vie

Les priorités du plan ont été sélectionnées comme expliqué plus haut sur une série de critères parmi lesquels les besoins en termes sanitaires et d'inégalité sociales de santé.

Pour la présentation de ces besoins, la structure des données utilisée s'appuie sur le modèle de Solar et Irwin

2.1. Les déterminants structurels des inégalités sociales de santé



Solar et Irwin , expliqué à la page 14 de ce plan.

Modèle de Solar O., Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of Health discussion. Paper 2 (Policy and Practice, p48, copyright (2010)

2.1.1. Le contexte socio-économique et politique

Nous l'avons expliqué plus haut le contexte socio-économique et politique d'un pays ou d'une région comme Bruxelles a un impact sur l'ampleur des inégalités socio-économiques de santé : le marché du travail, le système d'enseignement, les institutions politiques, les normes culturelles et sociales dominantes, etc.

Bruxelles est une **région économiquement riche** c'est-à-dire que le PIB par habitant y est élevé. Cependant, comme mentionné plus haut, **un tiers environ de la population dispose d'un revenu inférieur au seuil de pauvreté**. Par ailleurs, la croissance économique bruxelloise apparaît comme faiblement créatrice d'emploi par rapport à celle d'autres grandes villes belges, les emplois créés requièrent un certain niveau de qualification et / ou de connaissances linguistiques. Or, on constate un nombre important de Bruxellois peu qualifiés. Environ la moitié des emplois créés à Bruxelles sont occupés par des navetteurs venant de Flandre et de Wallonie.

Le taux de chômage des Bruxelloises et des Bruxellois est élevé, tout comme est importante la part des jeunes qui quittent prématurément l'école. Il existe en outre de grandes inégalités de revenus, observables également au niveau des quartiers.

Bruxelles abrite un grand nombre de **résidents de nationalité étrangère** ainsi **qu'un nombre non négligeable de personnes non-reprises dans le Registre national**.

Les différentes compétences politiques en matière de santé et d'aide aux personnes sont morcelées en Région bruxelloise : trois Commissions communautaires y assument les compétences communautaires (Commission communautaire flamande, Commission communautaire française et Commission communautaire commune), en plus de la Fédération Wallonie—Bruxelles (Communauté française) et de la Communauté Flamande. Les communes ont également des compétences en matière de social-santé. Cet éclatement des compétences a pour conséquence que les usagers tout comme les professionnels éprouvent parfois des difficultés à identifier les dispositifs sociaux et sanitaires adéquats.

2.1.2. La position socio-économique

La position socio-économique d'une personne est également considérée comme un déterminant structurel car elle sous-tend les conditions de vie et de travail des personnes et influence donc de manière importante la santé.

Il est important de rappeler que lorsqu'on parle des inégalités socio-économiques de santé on se réfère à un indicateur, le plus souvent le revenu. Pourtant d'autres indicateurs impactent les inégalités: la scolarité ou le statut professionnel par exemple. Ces indicateurs sont liés mais ils mesurent des aspects différents de la stratification économique. Avec la notion de position socio-économique, on se réfère à la classe sociale, au revenu, au statut socio-professionnel, au niveau d'éducation, à l'origine et au genre.

Les éléments relatifs au genre seront traités dans chaque catégorie en raison de leur transversalité. Ces données ne prennent en compte que les pôles homme/femme sans tenir compte des spécificités, importantes, des personnes transsexuelles et intersexes. Dans la mesure où les données sont disponibles pour ce qui concerne l'origine des personnes, nous les reprendrons également dans chaque catégorie.

2.1.3. Les revenus

Il y a d'importantes inégalités de revenus en Région bruxelloise où l'on trouve, nous l'avons vu, à la fois les quartiers les plus pauvres et les plus riches de l'ensemble du Royaume. Les inégalités salariales sont aussi plus importantes en Région bruxelloise que dans les deux autres régions, entre les travailleurs et travailleuses hautement scolarisés et celles et ceux faiblement scolarisés.

Une part importante de la population bruxelloise vit dans la pauvreté. **Un tiers des Bruxelloises et Bruxellois vit avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté** (1.230 EUR par mois pour une personne seule et 2.584 EUR par mois pour un couple avec deux enfants). Cette situation recouvre une multitude d'états de carence et de fragilité : **1/5 de la population en âge de travailler (entre 18 et 64 ans) vit de l'aide sociale ou d'un revenu de remplacement** (y compris les allocations de chômage), **29 % des jeunes de 15-24 ans sont au chômage**, ce taux est de 13% pour l'ensemble de la population active bruxelloise, **28% des ménages bruxellois connaissent une forme de précarité énergétique** et **23% font face à la précarité hydrique**. Ces difficultés sont souvent liées à des situations de surendettement qui génèrent des conséquences importantes dans de nombreux domaines de la vie (procédures judiciaires, saisie de salaires, saisie de biens, coupure de services d'utilité publique, expulsion, etc.).

En 2022, au moment de la rédaction de ce plan, la situation s'est encore aggravée avec l'explosion des prix de l'énergie en lien avec la guerre en Ukraine.

Impact de la crise Covid-19

La crise du Covid-19 et les mesures de restriction de certaines activités qui l'ont accompagnées ont eu un impact important sur les revenus de la population, en particulier en Région bruxelloise. Les personnes ne bénéficiant pas de la protection sociale ont été les plus durement touchées, notamment celles qui vivaient du travail au noir, ou survivaient de la mendicité ou de réseaux d'entraide en temps « normal ». **34 % des Bruxelloises et des Bruxellois ont signalé une perte de revenus en mai 2020 et 30 % en mars 2021**. La situation des indépendants est plus grave encore : 61 % indiquent que leur situation financière s'était détériorée en mars 2021 (en mai 2020, ce chiffre était de 68 %). Ces pourcentages sont supérieurs à ceux des deux autres régions.

2.1.4. Le statut socio-professionnel

Le taux d'activité de l'ensemble de la population bruxelloise de 15-64 ans est de 65 % en 2019. 35 % des personnes sont dites inactives sur le marché du travail : elles sont soit aux études (pour les plus jeunes), femmes/hommes au foyer, (pré)pensionnés et (pré)pensionnées (pour les plus âgés), etc. **Le taux d'emploi est de 57% et le taux de chômage est de 13%**. Ces deux derniers indicateurs témoignent **de la situation défavorable des résidents et résidentes à Bruxelles sur le marché du travail**.

Le taux de chômage des jeunes (15-24 ans) est particulièrement élevé en Région bruxelloise : parmi les personnes actives disponibles sur le marché de l'emploi de ce groupe d'âge, **près de trois sur dix (29 %) sont au chômage**.

Le taux de chômage varie selon les communes : de 8 % à Woluwe-Saint-Pierre à 23 % à Molenbeek-Saint-Jean.

Parmi la population bruxelloise, **l'inégalité des sexes** se manifeste au niveau de la participation au marché de l'emploi : en effet, **le taux d'activité est nettement plus bas chez les femmes** que chez les hommes (59 % contre 71 % en 2019). En 2019, pour les personnes avec un niveau de scolarisation faible, le taux d'activité des femmes est de 32 %, contre 52 % pour les hommes, tandis que parmi les diplômés et diplômées de l'enseignement supérieur, le taux d'activité des femmes est de 81 %, contre 89 % pour les hommes.

En ce qui concerne **la nationalité**, en Région bruxelloise, les ressortissantes européennes et ressortissants européens (UE-28) — non belges — considérés globalement se trouvent dans l'ensemble dans la situation la plus favorable sur le marché de l'emploi, suivis des personnes de nationalité belge et ensuite des ressortissants de pays hors UE-28. **Les ressortissantes et ressortissants de pays hors UE-28 se trouvent, eux, dans une situation particulièrement préoccupante : à Bruxelles, leur taux de chômage (25 %) est deux fois plus élevé que celui des personnes de nationalité belge**, et trois fois plus élevé que celui des ressortissants de pays de l'UE-28. Avec **45,8 %**, **les personnes d'origine subsaharienne ont le taux d'emploi le plus bas** (après les personnes originaires du Proche et du Moyen-Orient). En général, le taux d'emploi s'élève avec le niveau de diplôme, sauf pour les personnes d'origine étrangère qui ne bénéficient pas de cette relation positive.

Pour ce qui concerne les revenus du travail, **les travailleurs et travailleuses d'origine subsaharienne** ayant un diplôme de l'enseignement supérieur **se retrouvent plus souvent à des niveaux de salaire inférieurs à celles et ceux d'une autre origine**, malgré un niveau de diplôme et domaine d'étude identiques : les travailleurs ayant un diplôme de l'enseignement supérieur d'origine subsaharienne sont chaque fois trois déciles en dessous de ceux d'origine belge.⁴⁸

Impact de la crise Covid-19

La crise du Covid-19 a entraîné des **conséquences majeures sur la situation des personnes sur le marché de l'emploi en raison des restrictions de l'activité**. Les différentes catégories de travailleurs et travailleuses, ont été touchés de manière différente dans ce cadre : l'évolution de la situation sur le marché du travail est plus défavorable que pour d'autres, notamment les jeunes, les personnes à niveau d'instruction faible ou moyen et les personnes de nationalité d'un pays hors Union européenne.

En 2020, **16 % des salariées et salariés en moyenne ont été mis en chômage temporaire et 22 % des indépendantes et indépendants ont bénéficié du droit passerelle**. Bien que leur niveau de vie ait considérablement baissé, **le problème le plus aigu résidait dans le grand nombre de personnes de la région qui passaient entre les mailles du filet de la sécurité sociale**. Il s'agit entre autres de certains indépendants et indépendantes, d'un grand nombre d'artistes, de travailleurs et travailleuses occupant un emploi précaire, d'étudiantes et étudiants, de travailleurs et travailleuses non déclarés, de sans-abri et de sans-papiers qui ne pouvaient pas bénéficier d'un tel droit en raison de leur statut.

La crise du Covid-19 a creusé les inégalités déjà présentes sur le marché du travail, y compris entre les hommes et les femmes : entre autres facteurs d'inégalité, un plus grand nombre de femmes se sont retirées du marché de l'emploi au cours du premier confinement, aggravant encore les écarts en termes de participation au marché de l'emploi. Par ailleurs, les femmes sont souvent présentes dans les métiers essentiels d'aide et de soins aux personnes fortement mis sous pression pendant la crise, et peu valorisées en termes salarial.

2.1.5. La scolarité

De manière générale, par rapport à la moyenne belge, Bruxelles se caractérise par **une sur-représentation de personnes faiblement et de personnes hautement diplômées dans la population**. En 2019, parmi la population bruxelloise de 25 à 64 ans, 28 % disposent au maximum d'un diplôme du secondaire inférieur, 25 % sont diplômés du secondaire supérieur et 47 % sont diplômés de l'enseignement supérieur.

Le niveau de scolarité est corrélé avec la position socio-économique des personnes. On constate ces dernières années une augmentation de la pauvreté des personnes faiblement scolarisées. En Région bruxelloise en 2019, **le taux de risque de pauvreté des personnes faiblement diplômées**, c'est-à-dire celles et ceux qui possèdent au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur, **atteignait 45 %**. Il était de 32 % chez les diplômées et diplômés de niveau moyen c'est-à-dire pour les diplômées et diplômés de l'enseignement secondaire supérieur et de 14 % parmi les diplômées et diplômés de l'enseignement supérieur.

Pour l'année scolaire 2018-2019, **près d'un quart (24 %) des élèves bruxellois du secondaire (toutes filières confondues) avaient un retard scolaire de minimum deux ans**. Les garçons sont plus souvent concernés par cette situation que les filles : 26 % des garçons sont dans cette situation en Région bruxelloise, contre 21 % des filles. La proportion d'élèves en retard scolaire diffère fortement selon la filière : **la filière professionnelle présente le plus grand pourcentage d'élèves en retard scolaire (65 %)**, suivie de la filière technique et artistique (48 %) et ensuite de l'enseignement général (10 %).

En Région bruxelloise, la proportion d'élèves du secondaire en retard scolaire de deux ans ou plus varie fortement d'une commune à l'autre. **C'est dans les communes où la précarité est la plus importante qu'on retrouve les proportions les plus élevées d'élèves en retard scolaire d'au moins deux ans** : c'est à Saint-Josse-ten-Noode que la proportion apparaît la plus élevée en 2018-2019 (33 %) alors que Woluwe-Saint-Pierre enregistre le pourcentage de retard scolaire le plus bas pour l'ensemble des élèves du secondaire (9 %).

Impact de la crise Covid-19

En matière de formation et de scolarité, la crise covid a amplifié les inégalités sociales.

Cette disparité a augmenté entre, d'une part, les enfants, les adolescentes et adolescents et les jeunes adultes ayant la possibilité de se former hors des établissements scolaires dans de bonnes conditions, et, d'autre part, celles et ceux pour qui ce n'est pas possible - du fait des conditions familiales, de la possibilité ou non d'avoir un ordinateur à la maison, des conditions de logements etc. Une enquête de l'Université de Mons⁴⁹ portant sur les enseignants de la Fédération Wallonie-Bruxelles indique à titre indicatif que selon 90 % d'entre eux, les inégalités scolaires se sont amplifiées durant la période de confinement. Une étude de la KU Leuven⁵⁰ indique également que les inégalités se sont amplifiées avec les fermetures des écoles, tant au sein d'une même école qu'entre les écoles.

Les acteurs de terrain témoignent que, outre l'impact sur l'apprentissage, **la crise du Covid-19 a également agi sur les habitudes de travail, les repères, les capacités de concentration, en particulier pour les enfants issus de milieux défavorisés et ce sans tenir compte des effets des éventuelles tensions au sein de la famille dans le cadre du confinement, résultant des problèmes sociaux exacerbés et/ou de logement inadéquat aux besoins du ménage.**

49 Duroisin, N., Beuset, R., Flamand, A. & Leclercq, M. (2021). Ecole & Covid : Pratiques enseignantes en temps de pandémie (résultats de la deuxième enquête). Rapport de recherche. Université de Mons, Belgique.

50 De Witte K. en Elisa Maldonado J. (2020), De effecten van de COVID-19 crisis en het sluiten van scholen op leerlingprestaties en onderwijsongelijkheid, KU Leuven, Leuvense economische standpunten 2020/181.

2.2. Déterminants intermédiaires

Les déterminants structurels de la santé influencent la santé via les déterminants intermédiaires. On les réunit en 4 groupes : les conditions matérielles, les comportements de santé et de prévention, les facteurs psychosociaux et l'environnement social et les soins de santé.

2.2.1. Les conditions matérielles

2.2.1.1. Environnement⁵¹

La pollution atmosphérique, première nuisance environnementale, est une des causes de la mortalité prématurée, du cancer du poumon, de maladies respiratoires, de maladies cardiovasculaires et du faible poids des nourrissons à la naissance. D'autres effets commencent à être documentés tels que des dysfonctionnements métaboliques ou endocriniens et des dysfonctionnements cognitifs chez les plus jeunes, pouvant conduire à des retards d'apprentissage ou encore à une démence précoce chez les plus âgés. La pollution de l'air aux particules fines et au dioxyde d'azote est responsable en région bruxelloise de plus de 930 décès prématurés par an.

Les niveaux de concentration moyenne annuelle en particules fines et en dioxyde d'azote sont loin d'être homogènes en Région bruxelloise, certains secteurs étant nettement plus pollués que d'autres (jusqu'à quatre fois plus en ce qui concerne la pollution au dioxyde d'azote). **Les secteurs les plus pollués se retrouvent essentiellement autour du pentagone, le long des grands axes routiers de la capitale ainsi qu'au Nord-Est de la Région.**

Le bruit environnemental constitue en termes d'impacts sur la santé, le deuxième facteur de risque environnemental au niveau européen. Il a de nombreuses répercussions à court et à long terme sur notre santé qui vont de la simple gêne aux maladies cardiovasculaires (hypertension, maladies cardiaques ischémiques, AVC) et aux troubles cognitifs chez l'enfant en raison de son effet sur le système nerveux.

En 2016, entre 65 et 70 % de la population bruxelloise était exposée à des niveaux de bruit moyen (liés au transport routier et aérien) supérieurs aux nouvelles valeurs guides recommandées par l'OMS. Plus de 70 % de la population était par ailleurs exposée à des niveaux de bruit pendant la nuit (lié au trafic routier supérieurs aux valeurs guides recommandées par l'OMS).

L'impact de l'exposition au bruit lié au transport routier diffère fortement selon les quartiers envisagés. Certains quartiers sont ainsi nettement plus impactés que d'autres. Il s'agit notamment des quartiers se situant au Nord du Pentagone ainsi qu'au niveau des boulevards périphériques de la capitale.

51 Andrieux J., Eggen M., Bouland C. (2020) État des connaissances sur les liens entre environnement et santé en Région de Bruxelles-Capitale. Centre de Recherche en Santé Environnementale et Santé au Travail (Ecole de Santé Publique, Université libre de Bruxelles), Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.. Disponible sur : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil/>

2.2.1.2. Le logement

Le logement joue un rôle essentiel dans la détermination de la santé et du bien-être tout au long de la vie. L'accès, le caractère abordable, la stabilité résidentielle, la localisation, les conditions en termes de qualité et de sécurité font du logement un déterminant important de la santé et des inégalités sociale de santé. Devoir habiter dans des logements inabordables, cela a des impacts directs sur la qualité de l'alimentation, et plus largement sur la santé mentale et physique des adultes et des enfants. Cela peut même impacter la stabilité résidentielle et mener à l'itinérance alors que la stabilité résidentielle favorise la santé. Ne pas pouvoir compter sur cette stabilité peut conduire à l'anxiété, à la dépression et à des altérations de la santé physiques. Pour les enfants, les impacts se traduisent dans la scolarité, dans le la mise à mal des liens sociaux, entre autres. **25 % des Bruxellois et Bruxelloises vivent dans un logement « inadéquat » (fuites, humidité) et/ou dans un logement surpeuplé.**

La localisation du logement est également un levier ou un frein à la santé : avoir accès à des infrastructures cyclables et piétonnes non loin de son domicile améliore une pratique plus grande d'activité physique. Habiter un logement à proximité du trafic urbain peut être associé à des maladies respiratoires et à certains cancers. Ce sont les populations défavorisées financièrement et socialement qui sont le plus touchées par l'altération de tous ces éléments.

Sur la base de l'enquête EU-SILC 2019, **un tiers des Bruxelloises et Bruxellois vivent dans un ménage où le coût du logement représente plus de 40 % du revenu disponible.** Ces pourcentages sont supérieurs à ceux des deux autres régions. La Région bruxelloise est principalement habitée par des locataires (62% des ménages) : un tiers de ceux-ci consacre plus de 40% de son revenu à son loyer. **Cette proportion monte à 70% pour les personnes locataires et bénéficiaires du revenu d'intégration sociale.**

Impact de la crise Covid-19

Durant la période de crise du Covid-19, la baisse des revenus subie par une partie de la population, en particulier parmi les personnes moins favorisées, a accru les risques d'accumulation des reports de paiement et de surendettement, notamment pour les arriérés de loyer (et donc de risque d'expulsions), les dettes énergétiques (et donc de risques de coupures de courant) et de factures d'eau.

Les appels au numéro vert « urgences sociales » concernant des problématiques liées au logement ont représenté 11,5 % des appels sur la période octobre 2020 - janvier 2021, soit un peu plus d'un appel sur 10.

2.2.2. Ages

2.2.2.1. Personnes âgées

En Région bruxelloise, la population totale des personnes de 65 ans et plus a connu une progression en chiffres absolus entre 2006 et 2016. Elle comptait au 1^{er} janvier 2021 un total de 159.026 habitants⁵² âgés de 65 ans et plus. L'indice de vieillissement bruxellois (65 ans et plus/0-19 ans) est nettement plus bas en Région bruxelloise que dans les autres régions. En revanche, s'il y a proportionnellement moins de personnes de plus de 65 ans à Bruxelles, celles-ci sont en moyenne un peu plus âgées que dans les deux autres régions.

Les femmes ont une espérance de vie plus longue mais elles vivent plus souvent seules, avec des moyens financiers plus faibles que ceux des hommes et elles sont souvent elles-mêmes aidantes pour un membre de leur famille.

De nombreuses personnes âgées sont dans des situations difficiles qui peuvent concerner différentes dimensions de leur vie (e.a. difficultés financières, logement précaire, réseau social peu soutenant) et cette précarité augmente : **la part des bénéficiaires de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) s'élevait à un peu plus de 12% en janvier 2020⁵³ contre 8% en 2008.**

On observe également **une surreprésentation des personnes âgées résidant dans une maison de repos et de soins** par rapport aux autres régions : en 2013, 7,7 % des personnes de 65 ans et plus habitant la Région bruxelloise résidaient dans une maison de repos pour personnes âgées (MRPA) ou dans une maison de repos et de soins (MRS), contre 5,3 % en Flandre et 6,6 % en Wallonie.

Plusieurs hypothèses⁵⁴ sont avancées pour expliquer cette institutionnalisation précoce : de nombreuses personnes âgées vivent dans la précarité ou la pauvreté, une très petite part du marché du logement est accessible du point de vue financier, une plus grande part des logements est inadaptée aux personnes en perte d'autonomie que dans les autres régions et de nombreux quartiers sont inadaptés aux personnes avec une autonomie limitée. De nombreuses personnes âgées vivent relativement isolées avec un faible soutien social. Ces éléments couplés à une offre abondante, les poussent à franchir plus rapidement le pas vers la maison de repos. Enfin, la complexité de l'offre de structures destinées à accueillir les personnes en situation de handicap ou de problèmes de santé mentale peut sans doute encourager le recours à la maison de repos comme solution d'hébergement pour ces personnes.

Une série de facteurs ont un impact sur l'état de santé des personnes âgées : **l'insuffisance de ressources matérielles, un accès parfois limité à l'information et à la culture, l'exclusion sociale et l'exposition à des environnements défavorables.** Pour Bernard Cassou, il n'y a pas de personnes âgées dépendantes comme le pensent beaucoup de décideurs et certains professionnels de la santé mais des personnes en situation de dépendance. Dans cette conception, la dépendance n'est pas une caractéristique de la personne mais plutôt une conséquence d'une inadéquation de l'environnement de vie et/ou social avec les capacités de la personne. Des aides techniques plus ou moins sophistiquées, des modifications environnementales peuvent faciliter les gestes de la vie quotidienne et faire reculer la dépendance.

52 IBSA et Statbel

53 Service fédéral des Pensions & SPF Economie-Statistics Belgium ; calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

54 Carboneille, S. (2017). Les profils des résidents O et A en maison de repos pour personnes âgées (MR) en Région de Bruxelles-Capitale. Parcours, logiques d'orientation, d'accueil et alternatives. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapportsexternes/rapport_oa_en_mrpa_2017.pdf

Impact de la crise Covid-19

Les personnes âgées vivant en MR et MRS ont payé un lourd tribut au Covid- 2019.

Entre le 10 mars, date du premier décès en Belgique survenu à Bruxelles, et le 21 juin 2020, 1.482 décès du Covid-19 ont eu lieu sur le territoire de la Région bruxelloise, dont 44 % en maison de repos et 56 % à l'hôpital. Pour la période allant du 31 août au 31 décembre 2020, ce sont 1.056 décès du Covid-19 qui sont survenus en Région bruxelloise, dont 22 % dans la maison de repos et 77.5 % à l'hôpital. Selon les données de Sciensano, lors de la première vague de l'épidémie, en plus des décès de résidents survenus dans les MR/MRS, 295 résidents de MR/MRS seraient décédés à l'hôpital en Région bruxelloise. Lors de la deuxième vague (jusqu'au 27 décembre 2020), ce nombre est de 166.

2.2.2.2. Jeunes

En 2018, **presqu'un enfant sur cinq (18 %) est né dans un ménage sans revenu du travail en Région bruxelloise**. En outre, un enfant sur trois (32 %) naît dans un ménage avec un seul revenu du travail. Par ailleurs, environ 17 % des enfants naissent dans un ménage où la mère vit seule (isolée) au moment de la naissance.

Dès avant la naissance, le statut social des parents influence la santé de l'enfant : les enfants qui naissent dans un ménage sans revenu du travail courent trois fois plus de risques d'être mort-nés et plus de deux fois plus de risques de décéder dans la première année de vie par rapport aux enfants qui naissent dans un ménage disposant de deux revenus.

En 2018, **40 % des adolescents et adolescentes avaient une durée de sommeil insuffisante, 40 % rapportaient avoir éprouvé des difficultés pour s'endormir plus d'une fois par semaine au cours des six mois précédant l'enquête**, et 54 % indiquaient se sentir fatigués en se levant le matin des jours d'école au moins une fois par semaine. Les garçons étaient proportionnellement plus nombreux à ne pas dormir suffisamment, tandis que les filles étaient plus nombreuses à éprouver des difficultés pour s'endormir et à déclarer se sentir fatiguées le matin au moins une fois par semaine.

Dans le 2^e - 3^e degré du secondaire, les élèves de l'enseignement professionnel étaient proportionnellement plus nombreux que ceux de l'enseignement général et technique de transition à ne pas dormir suffisamment, mais moins nombreux à se sentir fatigués le matin au moins une fois par semaine⁵⁵

En 2018, **la majorité des élèves (86 %) déclarait un niveau moyen à élever de satisfaction par rapport à leur vie, et huit adolescents sur dix se sentaient heureux, voire très heureux**. En revanche, **un élève sur deux déclarait être insatisfait de son image corporelle, se percevant comme étant trop mince ou trop gros**. Les garçons étaient proportionnellement plus nombreux à rapporter un niveau élevé de satisfaction par rapport à leur vie, à se sentir heureux, voire très heureux, à avoir souvent ou toujours confiance en eux, et à être souvent ou toujours capables de s'en sortir face à un problème. Ils étaient, en outre, moins nombreux à percevoir leur corps comme étant un peu ou beaucoup trop gros et à rapporter des symptômes dépressifs. En secondaire, les élèves fréquentant l'enseignement général et technique de transition étaient plus souvent satisfaits de leur vie et rapportaient plus fréquemment se sentir souvent ou toujours capables de s'en sortir face à un problème, en comparaison des élèves des autres filières. En outre, ils étaient proportionnellement moins nombreux à rapporter des symptômes dépressifs, en comparaison de ceux de l'enseignement technique de qualification ou professionnel.⁵⁶

55 Lebacqz T., Pedroni C., Desnoux V., Holmberg E., Moreau N., Dujeu M., Castetbon K. (2020) Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 — Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 64 pages. Disponible sur : <http://sipes.ulb.ac.be>

56 Desnoux V., Lebacqz T., Pedroni C., Holmberg E., Moreau N., Dujeu M., Castetbon K. État de santé & bien-être. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 — Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 2020. 52 pages. Disponible sur : <http://sipes.ulb.ac.be>

Les attentes de la part des parents ainsi que de la société à l'égard des garçons et des filles diffèrent ; elles sont influencées par les normes culturelles et la classe sociale à laquelle les adolescents et les adolescentes appartiennent. Les résultats de cette étude montrent la nécessité de prendre des mesures pour accroître l'estime de soi et réduire le stress lié au travail scolaire chez les adolescentes, afin de contribuer à réduire les disparités de santé entre filles et garçons.⁵⁷

Impact de la crise Covid-19

La crise Covid 19 a eu un **impact majeur sur la santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes.** Ainsi que le précise le Délégué aux Droits de l'Enfance dans son rapport, le distanciel, la perte de repères, la désocialisation mais aussi la crise économique et sociale résultant de la crise Covid - 19 ont profondément affecté les jeunes.

Selon Sciensano⁵⁸ un jeune sur quatre, déclare avoir envisagé le suicide dans les 12 derniers mois (2020-2021). Une étude de la Mutualité Chrétienne⁵⁹ indique une sous-utilisation des soins de santé mentale remboursés, et ce plus particulièrement lors du deuxième trimestre de 2020 alors même qu'une forte augmentation de la demande en soins de santé mentale par des adolescentes et adolescents, tant en ambulatoire qu'en institution hospitalière était observée (Maes, 2021 ; FAPEO, 2021).

D'après une étude de Rens⁶⁰ et ses collègues, la détresse mentale des jeunes était plus élevée chez les filles que chez les garçons. D'après Schmits⁶¹ et ses collaboratrices et collaborateurs, les étudiantes et étudiants représenteraient également un groupe impacté en termes de santé mentale (isolement, fatigue mentale et physique, manque de motivation, etc.) engendrant, par exemple, un sentiment de décrochage⁶².

2.2.3. Les comportements de santé et de prévention

Les comportements de santé recouvrent l'ensemble des habitudes de vie et des comportements préventifs. Comme nous l'avons dit, adopter un comportement en matière de santé n'est pas lié à la seule volonté ou à la seule rationalité. Les comportements sont façonnés par les représentations et les circonstances de vie.

En termes de santé perçue, la proportion de personnes ne s'estimant pas en bonne santé varie significativement selon le statut social et le niveau de scolarité (à âge et sexe égal) : parmi les Bruxelloises et Bruxellois de 15 ans et plus n'ayant au maximum qu'un diplôme de l'enseignement primaire, plus de la moitié ne s'estiment pas en bonne santé, contre moins d'un cinquième parmi les diplômés de l'enseignement supérieur.

Des inégalités prononcées sont également visibles dans la distribution des risques d'affection (maladies chroniques, santé mentale, santé bucco-dentaire, etc.) mais aussi dans l'usage de la prévention (dépistage, vaccination) ou le recours aux soins.

57 Ibidem

58 Sciensano. Vers une Belgique en bonne santé : Impact du Covid-19. Consulté le 15 octobre 2021, à l'adresse : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/crise-covid-19/impactdu-covid-19>

59 Sholokhova S., Noirhomme C., Morissens A., Verniest R. L'impact de la pandémie de COVID-19 sur le recours des enfants et adolescents aux soins de santé mentale. MC-Informations. Décembre 2021.286, pp.23-45.

60 Rens E., Smith P., Nicaise P., Lorant V. & Van den Broeck K. Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19: A Belgian Survey Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2021; 12:1-9. Numéro de dépôt: D/2019/14.440/3.

61 Schmits E., Dekeyser S., Klein O., Luminet O., Yzerbyt V. & GLOWacz F. Psychological Distress among Students in Higher Education: One Year after the Beginning of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.2021 ;18(14):7445.

62 Les informations reprises dans ce chapitre ont été empruntées au travail mené par le Service universitaire de Promotion de la Santé — RESO. Impact de la syndémie de COVID-19 en termes d'inégalités sociales de santé — Fiche 1: La santé mentale des populations au prisme de la syndémie de COVID-19. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS/RESO, Février 2022 [Mis à jour le 02-03-22], 15p.

L'accès aux soins reste en effet difficile pour de nombreux ménages bruxellois. D'après l'Enquête de Santé 2018, 16 % des ménages bruxellois déclaraient avoir reporté des soins de santé pour raisons financières. Là encore, le gradient social est clair : le report des soins de santé diminue à mesure que les moyens financiers disponibles augmentent. En Région bruxelloise, 38 % des ménages, présentant « des difficultés à joindre les deux bouts », déclarent avoir reporté des soins pour raisons financières, contre seulement 4 % parmi les ménages ne déclarant aucune difficulté.

En région bruxelloise, on a moins recours aux soins en médecine générale et aux services à domicile mais plus aux soins spécialisés ou hospitaliers que dans les deux autres régions⁶³.

Par ailleurs, une étude récente de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale⁶⁴ a montré un non-recours important parmi les personnes en situations de précarités et de pauvreté : malgré qu'ils ou elles y soient éligibles, de nombreux Bruxellois et Bruxelloises ne bénéficient pas de droits sociaux ou n'ont pas accès aux soins de santé auxquels ils auraient pourtant droit. Le phénomène illustre par l'absurde les discordances observées entre l'existence de droits, l'offre de services et la réalité de leurs exercices et de leurs usages.

2.2.4. L'accès à une alimentation de qualité

Bien que les populations fassent l'objet d'une sensibilisation importante par rapport à l'alimentation et à son impact sur la santé, les maladies et les problèmes liés à l'alimentation vont croissant : le diabète de type 2 augmente, la proportion de personnes en surpoids également et parallèlement l'anxiété par rapport à l'image que véhicule le corps est de plus en plus importante. A Bruxelles, en 2018, l'enquête par interview de Sciensano identifiait une prévalence de personnes en surpoids (en ce compris l'obésité) de 51,6% et une prévalence de l'obésité de 14,1%.

La prévalence du surpoids était plus élevée chez les hommes et celle de l'obésité un peu importante chez les femmes que chez les hommes. En termes d'inégalités sociales de santé, on constate que le surpoids et plus encore l'obésité sont fortement liés au niveau d'instruction. En Belgique le groupe de population le moins instruit présentait en 2018 une prévalence de surpoids 1,5 fois plus élevée que le groupe le plus instruit après ajustement pour l'âge. Il y avait 2 fois plus de personnes obèses chez les personnes les moins instruites que chez les plus instruits.

Si l'accès à une alimentation suffisante et de qualité est difficile pour de plus en plus de personnes à Bruxelles « les inégalités qui existent dans le 'droit à une alimentation suffisante et adéquate' sont encore plus importantes en matière d'alimentation durable. ». Les obstacles sont nombreux : financiers (un prix plus élevé), numériques (un accès à Internet nécessaire), sociaux (une participation active exigée qui demande du temps de l'énergie) et d'accessibilité (des facilités de mobilité).⁶⁵

Ainsi, par exemple, les produits les plus accessibles financièrement sont le plus souvent ceux qui sont le plus transformés et donc de moins bonne qualité. Les dispositifs alternatifs permettant d'avoir accès à des légumes frais, comme par exemple, les potagers collectifs, sont loin d'être accessibles à toutes et tous dans une ville comme Bruxelles pour des raisons géographiques, financière, symboliques. Cuisiner des aliments frais demande du temps, des équipements, du savoir-faire et de la motivation.

63 INAMI. Géographie de la consommation médicale en Belgique. <https://www.riziv.fgov.be/fr/publications/Pages/geographie-consommation-medicale-belgique.aspx>

64 Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale (2017). Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise. Bruxelles : Commission communautaire commune.

65 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2019).

2.2.5. L'activité physique

L'inactivité physique, ou sédentarité, est récemment devenue le 4ème facteur de risque de décès dans le monde. **En Belgique, on estime que l'inactivité physique cause 7,1 % des cas de maladies cardio-vasculaires, 8,8 % des cas de diabète (type 2), 11,7 % des cas de cancer du sein et 12,6 % des cas de cancer du côlon⁶⁶.**

L'activité physique n'est pas synonyme de la pratique d'un sport dans un club ou dans un complexe sportif et peut se pratiquer de façon informelle et spontanée : marcher pour faire ses courses, se rendre à vélo au travail, courir dans un parc, etc. Les villes peuvent améliorer la santé des citoyens en les incitant à bouger et à adopter une pratique d'activité physique plus régulière, ce qui diminue le risque de développer des maladies chroniques. Cela passe par des activités physiques d'intensité modérée grâce aux moyens de déplacement actifs : la marche, le vélo, la trottinette, le skate-board, etc.

A Bruxelles, le temps moyen consacré à la pratique d'une activité physique, au moins modérée, par semaine, diffère grandement selon le groupe d'âge. Les 15-24 ans représentent le groupe de Bruxellois et de Bruxelloises consacrant le plus de temps (379,4 minutes/semaine) à la pratique d'une activité physique. Après 55 ans, le temps moyen consacré à la pratique d'une activité physique diminue de manière importante (170,1 minutes/semaine). **Les femmes sont, en moyenne, moins actives que les hommes et dépassent à peine les recommandations par semaine⁶⁷.**

La situation des enfants et adolescents et adolescentes bruxellois (en écoles primaires et secondaires francophones, âgés de 10 à 22 ans) est insatisfaisante puisque **83% des garçons et 92,8% des filles n'atteignent pas les recommandations de l'OMS préconisant 60 minimum d'activité physique modérée à intense par jour et un sport au moins trois fois par semaine.** En ce qui concerne les degrés d'enseignement, le niveau global d'activité physique est insuffisant pour 81,2% des enfants de l'enseignement primaire et pour 89,8% jeunes de l'enseignement secondaire.

⁶⁶ Andrieux J., Eggen M., Bouland C. (2020) État des connaissances sur les liens entre environnement et santé en Région de Bruxelles-Capitale. Centre de Recherche en Santé Environnementale et Santé au Travail (Ecole de Santé Publique, Université libre de Bruxelles), Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Disponible sur : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil/>

⁶⁷ Ibidem

2.2.6. Les usages de drogues, légales et illégales, les conduites addictives et la réduction des risques⁶⁸

Il convient de rappeler l'impact des inégalités sociales de santé sur les usages de drogues. Si les usages de drogues, licites ou illicites, problématiques ou non, concernent l'ensemble de la population, force est de constater que les facteurs de risques et les facteurs de protection sont inégalement répartis dans la population. Or ils ont un impact sur l'initiation à l'usage de drogues, le développement d'un usage problématique ou d'une dépendance, sur l'accès aux soins ou aux outils de réduction des risques, sur le maintien de l'abstinence, sur les probabilités de rechute ou d'arrêt de la consommation, etc. Les conséquences sociales, pénales et sanitaires, liées à l'usage de drogues, sont différemment distribuées selon le statut socio-économique des individus ; en particulier, les conséquences liées à la transmission des hépatites et du VIH, ainsi que la mortalité par overdose, suivent le gradient social.

Alain Origer⁶⁹ calcule le Score d'Accumulation d'Inégalités Socio-économiques (SAIS) des usagères et usagers de drogues victimes d'overdose et survivants. Il en ressort que la mortalité par overdose suit le gradient social : les usagères et usagers de drogues dont le SAIS est le plus faible ont 9,88 fois plus de risque de mourir d'une overdose que ceux dont le SAIS est le plus élevé. Parallèlement au gradient social, le genre influence également la survenue d'overdoses fatales. Si les hommes victimes sont plus nombreux que les femmes, celles-ci sont plus jeunes au moment du décès. Les « carrières » d'usagères de drogue sont en effet plus courtes que celles des hommes et débouchent plus rapidement sur un usage intensif par injection.

Le tabac

En 2018, **16% de la population étaient des fumeurs et fumeuses quotidiens à Bruxelles**. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (18%) que chez les femmes (12%).

En 2018, un élève sur cinq (16,2%) a expérimenté le tabac. En secondaire, 7,9% des élèves fumaient quotidiennement. La cigarette électronique avait été essayée par un quart des élèves du secondaire et près de 80% des élèves ayant déjà essayé le tabac et l'e-cigarette avaient expérimenté le tabac en premier. Les élèves bruxellois étaient proportionnellement moins nombreux que les élèves wallons à déclarer avoir consommé du tabac et à rapporter des consommations hebdomadaires ou quotidiennes du tabac⁷⁰.

Les disparités socio-économiques sont importantes dans le comportement tabagique. La proportion de fumeurs quotidiens était beaucoup plus élevée chez les personnes les moins diplômées par rapport aux personnes les plus diplômées. 4,1% de la population étaient des utilisateurs réguliers d'e-cigarettes en 2018 en Belgique⁷¹.

⁶⁸ Les données de ce chapitre ont été fournies par Eurotox à l'exception de celles concernant le tabac

⁶⁹ Origer, A. (2016). Surdoses et inégalités sociales. Mieux comprendre les décès liés à l'usage de drogues pour mieux agir. Academia — L'Harmattan : Louvain-la-Neuve.

⁷⁰ Bellanger A., Eggen M., Dujou M., Lebacqz T., Pedroni C., Desnoux V., Holmberg E., Castetbon K. (2020) Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres produits illicites — Région de Bruxelles-Capitale. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 — Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 15 pages. Disponible sur : <http://sipes.ulb.ac.be/>

⁷¹ Renard F., Scohy A., De Pauw R., Jurčević J., Devleesschauwer B., Health status report 2021 — L'état de santé en Belgique. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de dépôt : D/2022/14.440/07. Disponible en ligne : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante>

L'alcool

En ce qui concerne l'alcool, en milieu scolaire (enquête HBSC), l'interdit légal est transgressé par une proportion non-négligeable d'adolescents et adolescentes, dans la mesure où **entre un quart et un tiers des adolescents et adolescentes bruxellois a déjà consommé de l'alcool avant l'âge légal (16 ans)**. L'usage hebdomadaire concerne 1 élève sur 10 du secondaire, et l'alcoolisation ponctuelle importante⁷² **13,3% d'entre eux (dont plus d'un cinquième des élèves de 16 ans et plus)**. Entre 2014 et 2018, on observait une tendance à la stabilité pour l'ensemble des indicateurs de consommation sauf en ce qui concerne l'usage hebdomadaire et, surtout, l'alcoolisation ponctuelle importante, qui sont en augmentation chez les élèves de la Région bruxelloise.

Le milieu étudiant est particulièrement concerné par les pratiques de consommation excessive d'alcool et semble jouer un rôle déterminant dans l'acquisition et le renforcement des pratiques d'alcoolisation excessive chez les jeunes. En effet, selon les dernières données disponibles, près d'un tiers des étudiants (29%) a présenté une surconsommation hebdomadaire⁷³ d'alcool durant l'année académique, et 15% ont déclaré avoir été ivres ou pratiquer le *binge drinking*⁷⁴ plusieurs fois par semaine.

Dans la population générale (enquête HIS), la surconsommation hebdomadaire et la consommation quotidienne d'alcool sont relativement stables dans le temps, de même que l'hyper-alcoolisation hebdomadaire. En revanche, l'usage problématique⁷⁵ sur la vie chez les consommateurs actuels est en augmentation constante entre 2001 et 2018, ce qui suggère que de plus en plus de consommateurs présentent au cours de leur vie un ou plusieurs épisodes de consommation un peu plus compliqué (qui peuvent bien entendu se résorber sans intervention professionnelle).

Les substances psychotropes

L'usage de cannabis est particulièrement élevé et en augmentation dans la population bruxelloise, en particulier chez les jeunes hommes (1 sur 4 parmi les 15-24 ans en consomme, et 13% en aurait un usage excessif). Dans la population scolaire, 5% des jeunes en consommeraient de manière hebdomadaire ou quotidienne. L'offre du produit est également très élevée.

Concernant les autres drogues, l'usage de cocaïne (y compris de crack) est en augmentation dans la population bruxelloise (e.g. 6% des 25-34 ans et 5% des 35-44 ans en auraient consommé les 12 derniers mois), en raison d'une explosion de l'offre, mais aussi probablement parce que les psychostimulants procurent des effets qui s'accordent bien avec les valeurs qui prédominent actuellement dans notre société (performance, individualisme compétitif). L'usage de ce produit n'est donc plus cantonné aux milieux festifs au monde du show-business. Dans les milieux marginalisés, l'usage de crack occasionne une importante dégradation de la santé mentale et physique des usagers.

L'usage de kétamine est également en augmentation, en particulier dans les milieux festifs. Les demandes de traitement en lien avec un usage problématique de ce produit ont également considérablement augmenté. Ce produit peut occasionner une dépendance psychologique importante en cas d'usage régulier, favorisant un usage compulsif susceptible d'avoir un impact considérable sur le fonctionnement cognitif (troubles mnésiques et attentionnels, confusion, agitation...) et la santé (troubles urinaires et cardiaques).

Certains signaux évoquent également une augmentation de la disponibilité et de l'usage de métamphétamine, une substance susceptible d'occasionner une dégradation rapide et importante de la santé physique et mentale de l'utilisateur en cas de dépendance. Actuellement, son usage semble surtout concerner le contexte du chemsex.

72 Consommation habituelle d'au moins 5 verres d'alcool lors des jours de consommation.

73 Plus de 14 verres par semaine pour les femmes et plus de 21 verres pour les hommes.

74 Consommation de 5 verres de boissons alcoolisées ou plus sur une période de 2 heures.

75 Estimé à l'aide du test de screening CAGE.

Les jeux de hasard et d'argent

Le recours régulier aux jeux de hasard et d'argent, en particulier aux paris sportifs et aux casinos en ligne, doit faire l'objet d'une attention particulière car la situation actuelle (crise sociale et économique) est un terreau favorable au développement des usages excessifs. L'âge légal (18 ans ; 21 ans pour les casinos) n'est pas suffisamment respecté, et les systèmes de contrôle sur base de la carte d'identité peuvent être facilement contournés. La publicité n'est pas suffisamment régulée et est particulièrement débridée. Les pratiques d'utilisation ne sont pas suffisamment documentées.

Les usages d'écrans

L'utilisation des écrans est en augmentation chez les jeunes bruxellois selon l'enquête HBSC, alors que les usages intensifs sont associés à des fragilités sur le plan de la santé physique et mentale (fatigue matinale, manque d'énergie, nervosité, irritabilité, faible santé globale perçue, faible satisfaction par rapport à la vie...). Il est probable que la crise sanitaire ait entraîné une augmentation de l'usage des écrans, y compris de l'usage intensif. Malheureusement, ces usages restent trop peu documentés sur le plan épidémiologique dans la population bruxelloise (et plus généralement en Belgique francophone).

Impact de la crise Covid-19

Les données reprises ci-dessous sont empruntées au Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Région de Bruxelles-Capitale réalisé par Eurotox⁷⁶.

Les premières enquêtes ayant évalué l'impact du confinement et de la crise sanitaire sur la consommation de drogues légales et illégales ont fourni des résultats rassurants, dans la mesure où l'on n'a pas observé de tendance généralisée à l'augmentation ou l'aggravation de la consommation.

La majorité de la population sondée a donc été capable de faire preuve de résilience en cette période difficile. Toutefois, au-delà de ce constat général, les enquêtes ont clairement mis en évidence qu'une proportion non négligeable de la population a été impactée de manière délétère par le confinement.

Ainsi, **environ un quart de la population semble avoir augmenté sa consommation d'alcool**, cette augmentation étant apparemment favorisée par certaines caractéristiques sociales, psychologiques et environnementales, que la crise sanitaire et économique a pu impacter ou provoquer. En particulier et sans grande surprise, il apparaît qu'une santé mentale fragilisée, le confinement avec des enfants, les conditions de vie ainsi que l'exercice d'une profession à risque de contagion favorisent la surconsommation d'alcool. La crise sanitaire (et la crise économique qui l'accompagne) étant de longue durée, **le risque est grand que ces surconsommations se chronicisent et qu'elles puissent évoluer en usage problématique**.

L'enquête réalisée auprès des services spécialisés en assuétudes de la Région de Bruxelles-Capitale a également montré **que l'impact de la crise sanitaire sur les consommations problématiques et sur les usagères et usagers en contact avec les services d'aide et de soin est bien plus important que ne le suggèrent les enquêtes menées à l'échelle de la population générale**.

Ce qui est observé, c'est bien une **aggravation des vulnérabilités** d'un public qui était déjà connu pour être particulièrement fragile, **une complexification des problématiques de consommation et une affluence de nouveaux bénéficiaires**. L'usage d'alcool, de tranquillisants/sédatifs et de cannabis ont particulièrement augmenté, probablement parce les usagères et usagers ont eu tendance à les surconsommer pour tenter de réduire l'angoisse et la détresse exacerbées par la crise sanitaire.

⁷⁶ Stévenot, C. & Hogge, M. (2021). Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles : Eurotox asbl.

Alors que la **consommation de somnifères/tranquillisants** prescrits était en diminution en Région bruxelloise (1 Bruxellois sur 10 en consommait en 2018, selon l'enquête HIS 2018), la crise sanitaire a entraîné un **regain de consommation** selon les enquêtes Santé & Covid de Sciensano, les troubles anxieux et du sommeil ayant grandement augmenté pendant cette crise (plus que doublé). De même, la **consommation d'anti-dépresseurs**, qui était déjà en augmentation (8% de la population bruxelloise en consommait en 2018), pourrait également avoir augmenté en raison de la multiplication des troubles dépressifs pendant la crise sanitaire. Par ailleurs, les services observent également une **augmentation de la consommation de cocaïne** (y compris de crack, qui implique une plus grande demande de matériel d'inhalation) ainsi que des problématiques de poly consommation, plus complexes à prendre en charge.

Les services ont adapté leurs modes de fonctionnement et activités pour maintenir autant que possible le lien avec les bénéficiaires, tout en limitant la propagation du virus. Cela ne s'est pas fait sans difficulté, ni sans impact délétère sur les bénéficiaires et les travailleuses et travailleurs. Par exemple, en ce qui concerne les demandes d'aide en ligne sur le site www.aide-alcool.be en 2020, la file active (nombre de personnes inscrites et suivies) s'élevait à 377 personnes (+9 % par rapport à 2019), pour un total de 1606 consultations (+12.7 %). L'augmentation des demandes d'aide s'est toutefois surtout accentuée à partir du second confinement : en novembre et décembre 2020, 113 nouvelles demandes d'aide ont été enregistrées, contre 58 en novembre-décembre 2019. Et en janvier 2021, le site a enregistré 99 inscriptions au programme d'accompagnement en ligne, ce qui représente le plus grand nombre d'inscriptions enregistrées en 1 seul mois depuis la naissance du site en 2012⁷⁷. Rappelons aussi que le délai entre le début d'un usage problématique et la première demande de traitement en «présentiel» est généralement de plusieurs années⁷⁸, de sorte qu'il y aura aussi inévitablement un impact différé de la crise sanitaire sur les demandes de traitement, bien que l'on peut supposer que le confinement ait parfois accéléré le décours temporel de demande d'aide en raison des tensions familiales ou des décompensations exacerbées par le confinement et l'impact plus général de la crise sanitaire.

L'impact de la crise sanitaire sur l'ensemble des comportements d'usage et les addictions ne se limite pas aux seules consommations de produits psychoactifs. En effet, **le confinement semble avoir notamment intensifié l'utilisation des écrans**, bien que cet impact n'ait pas encore été systématiquement investigué sur notre territoire. L'enseignement à distance, lorsqu'il ne peut être associé à une supervision suffisante (parentale ou scolaire), pourrait favoriser une utilisation excessive des écrans ainsi que le décrochage scolaire, ce qui risque d'accroître les inégalités sociales liées à la scolarité.

En outre, la crise économique générée par la cessation ou la réduction de l'activité professionnelle de nombreuses personnes pourrait aussi avoir favorisé **le recours désespéré aux jeux de hasard et d'argent**. La cinquième enquête Covid de Sciensano montre en effet que, bien que la majorité des joueuses et joueurs ait une pratique de jeux de hasard et d'argent similaire à la période antérieure à la crise sanitaire, 14,6 % des joueuses et 19,3 % des joueurs ont augmenté leur pratique pendant la crise sanitaire. Les services spécialisés dans la prise en charge des addictions comportementales observent d'ailleurs actuellement une augmentation des problématiques de ce type.

77 Le nombre de demandes est généralement plus élevé en janvier en raison des bonnes résolutions de la nouvelle année et de l'approche de la campagne de Tournée Minérale, mais le nombre de demandes enregistrées en janvier 2021 surclasse de loin les demandes habituellement enregistrées lors du premier mois de l'année.

78 En l'absence d'aide sous contrainte ou d'aide impulsée par un proche, il faut souvent du temps pour que les usagers et usagers prennent conscience et acceptent leur problème de consommation, et pour qu'ils/elles sollicitent une aide professionnelle une fois le problème reconnu. Ces étapes peuvent en effet s'étendre sur de nombreuses années, préalablement jalonnées de tentatives autonomes et infructueuses de reprise de contrôle de la consommation

2.2.7. La santé sexuelle

Pour l'OMS, la santé sexuelle est associée au respect des droits humains, elle est présente tout au long de la vie des personnes, non seulement pour les personnes en âge de procréer mais aussi pour les jeunes et les personnes âgées. Elle s'exprime par diverses sexualités et formes d'expression sexuelle et elle est fortement influencées par les normes, les rôles, les attentes et les dynamiques de pouvoir. Elle doit donc être entendue en lien avec les contextes sociaux, économiques et politiques spécifiques.

Or, l'analyse des déterminants des inégalités sociales de santé et le développement d'une approche développée à l'intersection des sexualités, du genre et de la santé renvoient à la persistance d'inégalités et de stigmatisation relatives au genre, à la nationalité, à l'orientation sexuelle, à la couleur de peau, au statut sérologique. Il s'agit donc de travailler avec les personnes concernées, sur base de leur expérience, de leurs moyens d'actions, des obstacles qu'ils rencontrent pour améliorer le pouvoir d'agir de toutes et tous par rapport aux enjeux de santé publique, de lutte contre la discrimination et pour favoriser la mise en œuvre de politiques inclusives et efficaces.

L'intersectionnalité rend compte des effets conjoints des différents types de discriminations sur la santé des personnes qui en sont la cible. La discrimination n'est pas seulement une atteinte aux droits et aux émotions. Elle dénie le droit. Elle crée véritablement des effets de rupture parce qu'elle entrave voire elle ferme l'accès à des ressources et à des positions. Elle crée des inégalités qui peuvent se cumuler et générer une perte de confiance en soi et de statut. Ces effets sont à la fois importants et très probablement sous-estimés. Il est essentiel de pouvoir bénéficier de données à ce sujet⁷⁹.

Les IST⁸⁰

Au cours de la période 2017-2019, le nombre de cas rapportés de chlamydia, de gonorrhée et de syphilis a été en constante augmentation. Le nombre de tests demandés à l'INAMI pour ces IST bactériennes augmente également progressivement et proportionnellement.

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est l'IST la plus commune et la plus recensée. A Bruxelles, cela concernait 12,7/100 000 habitants sur les trois dernières années. 50,8% des cas rapportés concernent des hommes et 49,1% des femmes. 87,5% des patients ont eu des contacts hétérosexuels.

La gonorrhée est moins fréquente, mais elle est également répandue dans la population belge. Elle est principalement diagnostiquée chez les hommes, de manière disproportionnée chez les HSH. La gonorrhée montre également une tendance à la hausse depuis 2017, le nombre de cas rapportés passant de 19,3/100 000 habitants en 2017 à 23,2/100 000 habitants et habitantes en 2019.

La syphilis est surtout fréquente chez les HSH, avec une large répartition par âge. La tendance pour la syphilis reste assez stable sur la période 2017-2019 à Bruxelles avec 19,5/100 000 habitants en 2017 et 34,3/100 000 habitants en 2019.

79 Régny M., (2018) Note de lecture du rapport State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people (Commission européenne, juin 2017).

80 Vanden Berghe W., Lecompte A., Bensemmane S., De Schreye R., De Baetselier J. Surveillance des infections sexuellement transmissibles 2017-2019. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020.14.440/84. Disponible en ligne

Le VIH⁸¹

En 2020, **727 nouveaux diagnostics de VIH ont été enregistrés en Belgique, ce qui correspond à une moyenne de 2 nouveaux diagnostics par jour ou 63 nouveaux diagnostics par million d'habitants.**

En 2020, parmi les modes de contaminations connus, 47 % des infections au VIH nouvellement enregistrées ont été diagnostiquées chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et 49 % chez des hétérosexuels. La consommation de drogues par voie intraveineuse a été rapportée pour 1 % des diagnostics de VIH et la transmission périnatale pour 2 %.

En 2020, 244 nouveaux diagnostics de VIH ont été posés chez des HSH ; cela représente une baisse de 27 % par rapport à 2019. Parmi les HSH, la diminution du nombre de diagnostics en 2020 a été la plus importante chez les personnes de nationalité belge (-41 % par rapport à 2019). En 2020, 40 % des diagnostics de VIH chez les HSH ont été posés chez des personnes de nationalité belge, 23 % avaient une autre nationalité européenne et 20 % une nationalité latino-américaine.

Les HSH de 20 à 29 ans représentaient 24 % des diagnostics de séropositivité en 2020, 38 % avaient entre 30 et 39 ans ; 37 % étaient âgés de 40 ans et plus, et 1 % étaient âgés de 15 à 19 ans (Figure 10 ; Tableaux 8 à 11).

En 2020, 252 nouveaux diagnostics de VIH ont été posés chez des personnes hétérosexuelles ; cela représente une baisse de 31 % par rapport à 2019.

Parmi les personnes hétérosexuelles diagnostiquées en 2020, **44 % étaient de nationalités africaines subsahariennes** ; 27 % de nationalité belge, 18 % de nationalités européennes et 11 % d'autres nationalités. En 2020, **les femmes représentaient 70 % des diagnostics de VIH chez les hétérosexuels d'Afrique subsaharienne** et 32 % chez les hétérosexuels de nationalité belge.

L'âge moyen des patients infectés par le VIH en suivi médical augmente d'année en année ; les patients âgés de 50 ans et plus représentaient 19 % de l'ensemble des patients en 2006 et 43 % en 2020.

Les patientes et patients en suivi médical en 2020, comme dans les années précédentes, sont en majorité des hommes (65 %). Parmi ceux-ci, 66 % ont mentionné une infection par contact homosexuel et 29 % par contact hétérosexuel. Parmi les femmes, 92 % ont été infectées par contact hétérosexuel.

Depuis le 1er juin 2017, le traitement de prévention du VIH, **la prophylaxie pré-exposition (PrEP)**, est disponible en Belgique et remboursé aux personnes présentant un risque accru de contamination par le VIH par voie sexuelle. La PrEP peut être obtenue auprès des centres de référence VIH (CRV). Une consultation de suivi trimestrielle est prévue pour effectuer, entre autres, le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST). En 2020, 3 983 personnes ont utilisé une PrEP ; cela représente une augmentation de 12 % par rapport à 2019.

Parmi les 3 554 utilisateurs et utilisatrices de la PrEP enregistrés en 2019, 992 (28 %) n'ont pas acheté de comprimés PrEP en 2020.

La prophylaxie post-exposition (PEP ou TPE (traitement post-exposition)) est un traitement antirétroviral à court terme visant à réduire le risque d'infection par le VIH après une exposition accidentelle. Il peut être prescrit en cas d'exposition professionnelle (blessure par piqûre d'aiguille) ou d'exposition par des rapports sexuels non protégés ou le partage d'aiguilles (consommateurs de drogues injectables). La PEP peut être obtenue dans un hôpital disposant d'un centre de référence VIH.

81 Deblonde J., De Rouck M., Montourcy M., Serrien B., Van Beekhoven D. Epidémiologie des maladies infectieuses rapport de novembre 2021 de Sciensano

La PEP doit être initiée le plus rapidement possible, au plus tard 72 heures après l'exposition au risque. Un traitement PEP complet implique un traitement antirétroviral standard de 28 jours. Après un traitement PEP complet, un test VIH est effectué 30 et 90 jours après l'exposition pour déterminer s'il y a ou non une infection par le VIH. En 2020, 1 502 personnes ont reçu une prophylaxie post-exposition (PEP) pour le VIH. Les hommes représentaient 64 % des utilisateurs de PEP ; 40% de ces personnes étaient âgées de 20 à 29 ans et 28 % de 30 à 39 ans.

Au total, 1 572 traitements de PEP ont été enregistrés, soit une diminution de 23 % par rapport à 2019. Pour les traitements de PEP pour lesquels le type d'exposition au risque était connu, les rapports sexuels entre hommes ont été le plus souvent rapportés (37 %), suivis par les viols (23 %).

Impact de la crise covid-19

La pandémie de Covid-19 et les mesures de confinement imposées ont eu **un impact important sur l'épidémie du VIH.**

Les organisations de promotion de la santé, de prévention et de soutien ont dû adapter leurs services à une situation exceptionnelle de contacts physiques réduits et de confinement. Le nombre de tests VIH effectués a diminué, tant dans les établissements médicaux que dans les centres de dépistage des organisations de terrain qui se concentrent sur des groupes cibles spécifiques.

Les inégalités structurelles liées à la pauvreté et à la migration ont pu être exacerbées pendant la pandémie de COVID-19, limitant potentiellement l'accès aux services de santé pour les populations vulnérables encore plus qu'auparavant.

La prestation des soins de santé pour les patients infectés par le VIH a été impactée par les mesures de confinement appliquées aux soins de santé et par l'affectation de prestataires de santé liés au VIH et aux maladies infectieuses à la lutte contre la pandémie de COVID-19. Les consultations non urgentes liées au VIH ont été annulées ou converties en consultations téléphoniques ou en ligne.

Plusieurs études ont montré une diminution de l'activité sexuelle, ainsi qu'une réduction du nombre de partenaires sexuels. Le changement de comportement sexuel a été particulièrement observé pendant la première vague de la pandémie de COVID-19, avec ses possibilités limitées d'intimité physique et sociale. Les mesures de confinement et en particulier les restrictions de voyage pendant les périodes de confinement ont également eu un impact majeur sur les schémas de migration internationale. L'impact de la pandémie a été relativement plus fort pour les migrations en provenance d'Afrique, d'Asie et des Amériques que pour les migrations intra-européennes. Ces modifications des schémas migratoires peuvent avoir eu un effet sur l'épidémie de VIH en Belgique, qui se caractérise de plus en plus par une grande diversité en termes de populations touchées.

07

Bibliographie



Rapports, notes

Fédération Bruxelloise de promotion de la santé asbl (Mars 2017) La démarche communautaire en Promotion de la santé à Bruxelles : éléments pour la rédaction du plan stratégique de Promotion de la santé à Bruxelles. »

INAMI. Géographie de la consommation médicale en Belgique. <https://www.riziv.fgov.be/fr/publications/Pages/geographie-consommation-medicale-belgique.aspx>

Inégalités en santé - Recommandations politiques. Recommandations du groupe de travail 'Inégalités en santé' de la Fondation Roi Baudouin à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique — FWB 2007.

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2020). *Baromètre social 2020*. Bruxelles : Commission communautaire commune.

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019.

Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale (2017). Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise. Bruxelles : Commission communautaire commune

Sciensano. Vers une Belgique en bonne santé : Impact du Covid-19. Consulté le 15 octobre 2021, à l'adresse : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/crise-covid-19/impactdu-covid-19>

Note d'orientation -UCLouvain/RESO Février 2022 Ségolène Malengreau Contribution des stratégies de promotion de la santé pour un Plan Social Santé Intégré équitable

Service universitaire de Promotion de la Santé — RESO. Impact de la syndémie de COVID-19 en termes d'inégalités sociales de santé — Fiche 1: La santé mentale des populations au prisme de la syndémie de COVID-19. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS/RESO, Février 2022 [Mis à jour le 02-03-22], 15p.

Action Communautaire en santé - un outil pour la pratique — décembre 2013

Education santé « Vers le succès de l'évaluation en promotion de la santé » novembre 2012

Articles

Andrieux J., Eggen M., Bouland C. (2020) État des connaissances sur les liens entre environnement et santé en Région de Bruxelles-Capitale. Centre de Recherche en Santé Environnementale et Santé au Travail (Ecole de Santé Publique, Université libre de Bruxelles), Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.. Disponible sur : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil/>

Bantuelle M, Mouyart P., Prévost M. (2013) *Action Communautaire en santé - un outil pour la pratique* Fédération des maisons médicales Santé Communauté Participation (SACOPAR) Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPSCT)

Bajos N., Warszawski J., Pailhé A., Counil E., Jusot F., Spire A., Martin C., Meyer L., Sireyjol A., Franck J.E., Lydié N. (Octobre 2020). Les inégalités sociales au temps du COVID-19. IRESP, Questions de santé publique, n°40

Bellanger A., Eggen M., Dujou M., Lebacqz T., Pedroni C., Desnouck V., Holmberg E., Castetbon K. Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres produits illicites — Région de Bruxelles-Capitale. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 — Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 2020. 15 pages.

Disponible sur : <http://sipes.ulb.ac.be/>

Achin C., Bereni L. (dir) Dictionnaire genre et science politique. Concepts, objets, problèmes. Paris, Les presses de Sciences P, coll « Références », 2013

Bourguignon M., Damiens J., Doignon, Y., Eggerickx T., Fontaine S., Lusyne P., Plavsic A., Sanderson J.-P (2020). L'épidémie de Covid-19 en Belgique : les inégalités sociodémographiques et spatiales face à la mort. Document de travail 17. Louvain-la-Neuve: Centre de recherche en démographie

Carbonnelle, S. (2017). Les profils des résidents O et A en maison de repos pour personnes âgées (MR) en Région de Bruxelles-Capitale. Parcours, logiques d'orientation, d'accueil et alternatives. Observatoire du social et de la santé

Deblonde J., De Rouck M., Montourcy M., Serrien B., Van Beckhoven D. Epidémiologie des maladies infectieuses rapport de novembre 2021 de Sciensano

Desnoux V., Lebacq T., Pedroni C., Holmberg E., Moreau N., Dujeu M., Castetbon K. (2020)

État de santé & bien-être. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 — Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 52 pages

De Witte K. en Elisa Maldonado J. (2020), De effecten van de COVID- 19 crisis en het sluiten van scholen op leerlingprestaties en onderwijsongelijkheid, KU Leuven, Leuvense economische standpunten 2020/181.

Duroisin, N., Beuset, R., Flamand, A. & Leclercq, M. (2021). Ecole & Covid : Pratiques enseignantes en temps de pandémie (résultats de la deuxième enquête). Rapport de recherche. Université de Mons, Belgique.

Ferron, C. La promotion de la santé, in : Lambert H (corda.) Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fines, décembre 2021, 5 p.

Horton R.,(2020) Le covid -19 n'est pas une pandémie in The Lancet, vol. 396, n°10255, 26 septembre 2020

Ischer P. & Saas C. (2019) La participation en matière de promotion de la santé. Document de travail 48. Berne et Lausanne : Promotion de la santé Suisse

Jans T, Renaux Q, Bonnel J, Declerck E. (2020) De impact van COVID-19 op LGBTI-personen - Een oproep aan beleidsmakers. Gent (Belgique) : Çavaria (NI) ; 32p

Lebacq T., Pedroni C., Desnoux V., Holmberg E., Moreau N., Dujeu M., Castetbon K. (2020) Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 — Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 64 pages. Disponible sur : <http://sipes.ulb.ac.be>

Malengreaux S., Doumont D., Aujoulat I. (2020) L'approche réaliste pour évaluer les interventions de promotion de la santé : éclairages théoriques, Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS-RESO,

Marmot M., « Fair society, healthy lives ». Strategic review of health inequalities in England post-2010. *The Marmot Review, February 2010* Missine Sarah lors d'un séminaire sur l'Universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé de l'OSH le 9 mai 2017

Origer, A. (2016). Surdoses et inégalités sociales. Mieux comprendre les décès liés à l'usage de drogues pour mieux agir. Academia — L'Harmattan : Louvain-la-Neuve.

Renard F., Scohy A., De Pauw R., Jurčević J., Devleeschauwer B., Health status report 2021 — L'état de santé en Belgique. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de dépôt : D/2022/14.440/07. Disponible en ligne : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante>

Rens E., Smith P., Nicaise P., Lorant V. & Van den Broeck K. Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19: A Belgian Survey Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2021; 12:1-9. Numéro de dépôt: D/2019/14.440/3.

Régny M., Note de lecture du rapport State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI (Commission européenne, juin 2017), 2018

Sørensen K., Van Den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H., For (Hls-Eu) (2012) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012.

Schmits E., Dekeyser S., Klein O., Luminet O., Yzerbyt V. & GLowacz F. Psychological Distress among Students in Higher Education: One Year after the Beginning of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 ;18(14):7445

Schrijvers, G. (2017). *Integrated Care: Better and Cheaper : With a Selection of More than 100 Good Practices of Integrated Care*. Den Haag: Sdu Uitgevers

Sholokhova S., Noirhomme C., Morissens A., Verniest R. L'impact de la pandémie de COVID-19 sur le recours des enfants et adolescents aux soins de santé mentale. *MC- Informations*. Décembre 2021.286. pp.23-45.

Stevenot C. et Hogge M ; (2021) Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en région de bruxelles capitale ; Bruxelles: Eurotox asbl

Vanden Berghe W., Lecompte A., Bensemmane S., DeSchreye R., De Baetselier .I Surveillance des infections sexuellement transmissibles 2017-2019. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020.14.440/84. Disponible en ligne

Warszawski J, Bajos N, Meyer L, de Lamballerie X, Seng R., Beaumont A.-L., Slama R., Hisbergues M., Rahib D., Lydié N., Legendre B., Barlet M., Rey S., Raynaud P., Leduc A., Costemalle V., Beck F., Legleye S., Castell L., Givord P., Favre-Martinoz C., Paliot N., Silhol J., Sillard P. (Octobre 2020). En mai 2020, 4,5 % de la population en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2 Premiers résultats de l'enquête nationale EpiCov. *DREES, Etudes & résultats*, n° 1167.

Déclarations politiques et documents officiels

Charte de Bangkok

Charte d'Ottawa

Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIème siècle - juillet 1997

Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques 2010

OMS Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé, 2008

OMS). ApartTogether survey: preliminary overview of refugees and migrants self-reported impact of COVID-19. World Health Organization; 2020. 32p. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

OMS Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé - 19 juin -22 juillet 1946 (*Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n° 2, p. 100)

Commission Européenne. (12 novembre 2020). Union de l'égalité : stratégie en faveur de l'égalité de traitement à l'égard des personnes LGBTIQ pour la période 2020-2025 Communication de la commission au parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions

Sites web

OMS : http://www.who.int:social_determinants/final_report/key_concepts/fr

Université Canadienne UOttawa www.med.uottawa.ca/sim/data/Health_Promotion_f.htm

Réseau français LSPS <https://www.reseau-lsps.org/ressources/les-textes-fondateurs-de-la-promotion-de-la-sante/>

Fondation Roi Baudouin - Lentilles ISS www.inegalitesdesante.be

Stratégie bruxelloise Good Food www.goodfood.brussels/fr/content/strategie-good-food

CLPS du Brabant-Wallon https://www.clps-bw.be/qui-sommes-nous/copy_of_promotionde-la-sante

Sciensano, KCE, INAMI-RIZIV, Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Impact du COVID-19 [En ligne]. Bruxelles (Be). Mis à jour le 7 fév 2022. Disponible : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/crise-covid-19/impact-du-covid-19>

Brodiez-Dolin A. (2016) Le concept de vulnérabilité in la vie des idées [Le concept de vulnérabilité - La Vie des idées \(laviedesidees.fr\)](http://Leconceptde.vulnerabilite-LaVie.desidees.fr)





Contribuer à améliorer
la santé des Bruxelloises
et des Bruxellois
et réduire les inégalités
de santé.

