# Bruxelles, Ville-Région en Santé de l'OMS (« BVS »)

# Etude de faisabilité septembre 2013- août 2014

# Table des matières

1. Introduction :Bruxelles, Ville-Santé et… l'accord de gouvernement 2014-2019 ..... 4
1.1. Historique du projet Bruxelles, Ville-Région en santé ..... 4
1.2. Liens entre BVS et l'accord de majorité COCOM 2014 ..... 7
1.3. Activités août 2013- septembre 2014 ..... 7
2. Méthodologie de l'étude ..... 8
3. Résultats de l'étude ..... 11
3.1. Que faire ? ..... 11
3.1.1. Combattre les inégalités en santé ..... 12
3.1.2. Mettre de la « santé dans toutes les politiques » en agissant sur les « déterminants de la santé » 13
3.1.3. Favoriser l'inscription en première ligne « généraliste » ..... 15
3.2. « Comment » le faire ? ..... 16
3.2.1. Pilotage de BVS : pilotage par les ministres de la santé versus pilotage par le Ministre président 16
3.2.2. Plateformes de travail ..... 16
3.2.3. Pilotage des plateformes de travail ..... 19
3.2.4. Méthodologie « bottom-up » ..... 20
3.2.5. Plan en santé ..... 21
3.2.6. Territorialité ..... 23
3.2.7. Evaluation du processus BVS ..... 23
4. Synthèse ..... 24
4.1. Points de consensus ..... 24
4.1.1. Politique globale de santé ..... 24
4.1.2. Inégalités sociales en santé ..... 25
4.1.3. Déterminants de santé ..... 26
4.1.4. Plateforme de concertation de terrain ..... 26
4.2. Points à explorer ..... 27
4.2.1. Favoriser l'inscription en première ligne « généraliste » ..... 27

4.2.2. Plans existants ..... 28
4.3. Proposition de fonctionnement ..... 28
4.3.1. Intercabinet santé émanant d'une CIM Santé-Social ..... 28
4.3.2. Evaluations d'impact *ex-ante* ..... 29
4.3.3. Evaluations d'impact *ex-post* ..... 29
4.3.4. Participation au Réseau de Villes-Santé OMS ..... 29
5. Bibliographie ..... 30
6. ANNEXES ..... 31

Ce rapport concerne l'étude de faisabilité quant au futur du projet Bruxelles-Ville-Santé suite à son intégration à l'Observatoire de la Santé et du Social au sein de la Commission communautaire commune ; il constitue la première étape d'une réorientation du projet voulue par le Collège réuni.

Ce rapport reprend l'historique du projet, les résultats des interviews effectués auprès des acteurs du champ socio-sanitaire bruxellois ainsi que des représentants des cabinets et administrations, une synthèse des opinions exprimées et une proposition pour les prochaines étapes.

# 1. Introduction :Bruxelles, Ville-Santé et… l'accord de gouvernement 2014-2019

## 1.1. Historique du projet Bruxelles, Ville-Région en santé

### 1.1.1 Réseau « Ville-santé » OMS

L'adhésion au réseau européen des « Villes-Santé » (« Healthy Cities ») de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est l'engagement pris par les autorités publiques d'une ville (ou, dans ce cas-ci, d'une « ville-région »), à faire converger ses politiques vers un ensemble de principes de santé citoyenne et communautaire. L'OMS a développé ce réseau en 6 phases successives depuis sa création en 1988. Depuis la première phase, les objectifs généraux du réseau n'ont pas varié (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2014):

- Promouvoir l'action visant à mettre la santé en bonne place parmi les préoccupations sociales et politiques des villes
- Promouvoir les politiques et les interventions pour la santé et le développement durable au niveau local, en mettant l'accent sur les déterminants de la santé, l'équité en santé et les principes des politiques européennes Santé pour tous et Santé 2020
- Promouvoir une gouvernance intersectorielle et participative pour la santé, le principe de santé et d'équité en santé dans l'ensemble des politiques locales, et une planification intégrée pour la santé
- Générer des compétences en matière de politiques et de pratiques, des informations factuelles, des connaissances et des méthodes efficaces pouvant servir à la promotion de la santé dans toutes les villes de la Région européenne
- Promouvoir la solidarité et la coopération entre les villes et les réseaux d'autorités locales en Europe, ainsi que les partenariats avec des institutions s'intéressant aux problèmes urbains

- Accroître l'accessibilité du Réseau européen de l'OMS à l'ensemble des États membres de la Région européenne

Etant donc depuis janvier 2014 dans sa phase VI, le réseau décline ces objectifs généraux selon les deux objectifs stratégiques et les deux axes suivants (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2014) :

Objectifs stratégiques :

- améliorer la santé pour tous et réduire les inégalités de santé ;
- améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé.

Axes permanents :

- traiter les questions de l'équité et des déterminants sociaux de la santé ;
- promouvoir la santé dans toutes les politiques et améliorer la gouvernance en matière de santé

### 1.1.2 BVS asbl

Bruxelles Ville-Région en santé (BVS) est une association fondée en juin 2001 par les Ministres et Secrétaires d'état du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale en vue d'adhérer au réseau « Ville-santé » de l'OMS, les objectifs OMS ayant été soutenus par les résolutions du Parlement bruxellois et des 3 Assemblées communautaires en juillet 2001. Le label "Ville-santé" a été obtenu par la Région de Bruxelles-Capitale (RBC) en 2004 pour la phase IV, en 2009 pour la phase V et en 2014 pour la phase VI. L'asbl a soutenu avec succès, dès l'année 2001, des projets de terrain en santé communautaire, implantés dans la réalité des quartiers. Ce soutien a continué à se développer après l'obtention du label, permettant la mise sur pied d'une dizaine de projets au total (exemples : restauration et maintien d'une piscine communale; création et animation d'un jardin communautaire de quartier; amélioration de la cohésion sociale d'un quartier via l'accompagnement d'un contrat de quartier par des diagnostics, formations, consultations; etc. http://www.bvs-bgs.be/ ).

### 1.1.3 BVS à la Commission communautaire commune

Après 10 années de fonctionnement, le Collège réuni de la Commission communautaire commune a décidé d'examiner la possibilité de poursuivre le projet OMS de Ville région en santé sous réserve d'une évaluation. Cette évaluation (confiée en 2012 à l'asbl STICS) confirme la pertinence du projet et son coût non excessif mais pointe plusieurs faiblesses (gestion « time consuming » étant donné le financement éclaté, structuration en opérateur de première ligne ne correspondant pas aux moyens humains et financiers disponibles, carence de communication, notoriété insuffisante, sous-exploitation du label).

En conséquence, lors du départ à la pension de la coordinatrice de l'asbl, les autorités politiques décident de confier la gestion du projet à un service public bicommunautaire ayant un mandat d'aide à la décision politique, en l'occurrence l'Observatoire de la Santé et du Social (OBSS)[1], service d'études de la Commission communautaire commune, afin de libérer les ministres de la gestion de la structure privée, de simplifier le mode de financement via un système de dotation et de réorienter les missions et le fonctionnement[2].

Cette décision implique concrètement que le projet BVS se recentre sur des objectifs qui cadrent également avec les objectifs généraux du réseau des ville-santé de l'OMS :

- **améliorer la cohérence des politiques de santé bruxelloises** : développement d'une vision de santé publique pour la Région bruxelloise et articulation plus efficace entre les différents leviers d'amélioration de la santé qui sont dans les mains des autorités bruxelloises (promotion de la santé et de la santé communautaire, prévention, articulation efficace de la première ligne de soins et des services d'aide aux personnes, etc.).
- **développer des politiques de lutte contre les inégalités sociales face à la santé**, politiques essentiellement transversales et articulant aussi les niveaux d'action locaux et régionaux
- **promouvoir la transversalité des politiques :** « health in all policies », actions sur les déterminants de la santé de la population (logement, mobilité, aménagement du territoire, etc.) et évaluation de l'impact sanitaire des différentes politiques régionales

Les missions pressenties étaient les suivantes :

- mission de support et de conseil aux pouvoirs publics (comme par exemple pour la préparation du PRDD) ;
- mise à disposition des citoyens des outils OMS – développement d'une méthodologie accessible et transmissible – support de seconde ligne des projets ;
- promotion du label OMS en le décernant aux projets respectant les critères « ville en santé » ;
- mission de représentation de Bruxelles à l'OMS ;
- étude de faisabilité d'une « plateforme bruxelloise de promotion de la santé ».

Ce type de structuration ne pouvant cependant pas se mettre en place très rapidement, il est proposé de travailler en plusieurs étapes. La première étape consiste à **étudier la faisabilité d'une telle structure**, **l'acceptabilité** par les différents acteurs concernés (politiques, administrations, acteurs de deuxième ligne, acteurs de terrain), de manière à redéployer le projet BVS sur de nouvelles bases. Au cours de cette période, le coordinateur au sein de l'Observatoire assurerait cette étude (objet du présent rapport) et serait également chargé de maintenir les obligations internationales vis-à-vis de l'OMS.

[1] Cet Observatoire fut créé le 27 avril 1995 dans la foulée d'une conférence relative à la promotion de la santé à Bruxelles au cours de laquelle la candidature de Bruxelles auprès de l'OMS fut évoquée.
[2] Voir à ce sujet la Note au Collège réuni de la Commission communautaire commune concernant le Suivi de l'évaluation du projet Bruxelles Ville-Région en Santé (BVS).

Les décisions sur une structuration à plus long terme du projet se prendraient sur base de cette étude de faisabilité. L'élaboration du projet initial de la « plateforme » est donc postposée de manière à ce que tous les participants éventuels puissent être consultés sur la faisabilité, les obstacles et les enjeux d'une telle structure et ses liens avec le projet BVS.

Dans un premier temps, un groupe de travail composé des membres du Comité d'accompagnement (composé des représentants des Ministres et secrétaires d'Etat de l'ensemble des entités fédérées bruxelloises participantes sous la présidence des Membres du Collège réuni compétents pour la santé) éventuellement assistés par des experts serait organisé en vue de rédiger une feuille de route détaillant avec précision et exhaustivité les nouvelles missions. Ce groupe de travail ne s'est réuni qu'une fois courant 2013 et a accepté le principe d'une étude de faisabilité sans orientation supplémentaire. Etant donné les processus électoraux en cours en 2014, il n'a pas encore été possible de réunir de nouveau ce comité.

L'employée administrative de l'asbl BVS a été transférée à l'Observatoire le 1er janvier 2013. Elle a été occupée en grande partie jusque fin 2013 à la clôture de l'asbl. Un nouveau chargé de projet a également été engagé en août 2013 pour réaliser, la première année, une étude de faisabilité de la poursuite du projet.

## 1.2. Liens entre BVS et l'accord de majorité COCOM 2014

Il nous semble intéressant de signaler que certains points de la **« Déclaration politique du Collège réuni de la Commission Communautaire Commune »** entrent assez logiquement en résonnance avec la nouvelle orientation du projet BVS. On peut ainsi mettre en correspondance : les actions à mener sur les déterminants sociaux de santé ; la lutte contre les inégalités sociales de santé ; la prise en compte de la territorialité ; la participation de publics précarisés aux programmes de prévention ; le développement d'une politique globale de santé et l'élaboration d'un plan de santé bruxellois ; la mise à disposition de statistiques épidémiologiques ; le renforcement du rôle de pilotage politique de l'Observatoire de la Santé et du Social et la concertation entre les acteurs de terrain en santé et en aide aux personnes.

Enfin, **le Projet d'accord de majorité de la Région** défend lui aussi notamment l'action préventive sur les déterminants socio-économiques de la santé et la lutte contre les inégalités sociales en santé (et l'intervention, pour cela, selon un gradient social) et cite nommément le projet Ville-Santé de Bruxelles comme un des processus à développer au cours de cette législature.

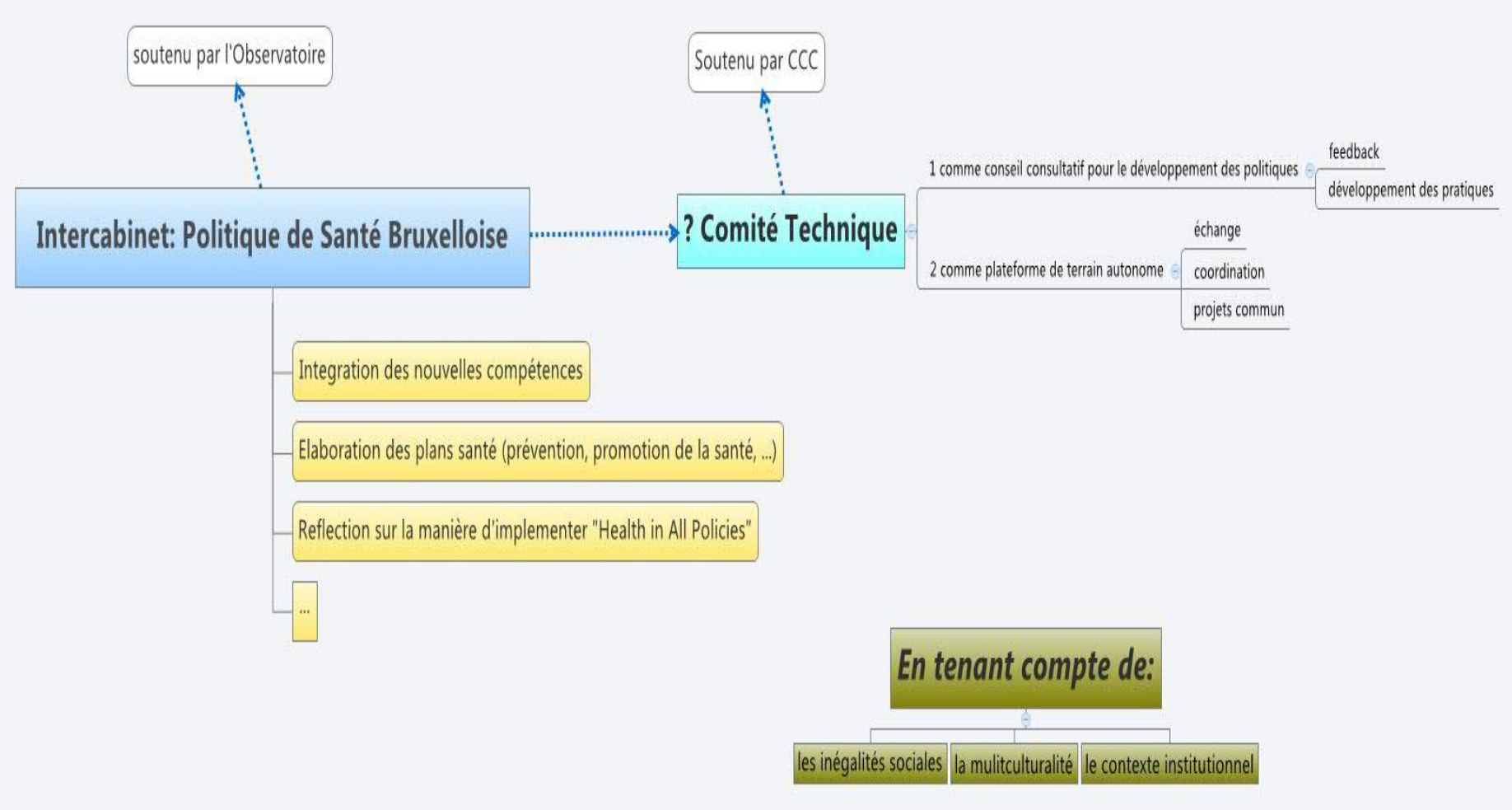
## 1.3. Activités août 2013- septembre 2014

L'année 2013 et l'année 2014 à ce jour ont été consacrées en partie à la poursuite des engagements de l'asbl : clôture des comptes, rapports d'activité et financiers à destination des entités subsidiantes, rapports dans le cadre du réseau OMS, participation et présentation à la conférence internationale des villes-santé 2013, préparation d'une étude de cas et d'un poster pour la conférence internationale des villes-santé 2014.
Depuis l'engagement du nouveau coordinateur en juillet 2013, l'étude de faisabilité a été entreprise, objet du présent rapport.

## 2. Méthodologie de l'étude

Il a été décidé de tester la faisabilité et l'acceptabilité de la réflexion initiale auprès des acteurs du champ socio-sanitaire d'une part ; des responsables politiques de l'autre.
Cette réflexion est résumée dans le schéma suivant, couplant un Intercabinet responsable de la politique de Santé en RBC et un Comité technique (plateforme de terrain) qui fonctionnerait d'une part comme conseil consultatif pour l'élaboration des politiques, le développement des pratiques et la formulation de constats remontant du terrain, et d'autre part comme plateforme de terrain autonome.

*Schéma récapitulatif*



Trois groupes d'acteurs ont successivement été interrogés.

Le premier groupe était constitué des membres de l'ancien **« Comité Technique »** de l'asbl BVS, composé d'acteurs du champ socio-sanitaire ayant accompagné les projets d'un point de vue méthodologique pendant ses dix années d'activité. Il s'agissait de :

- recueillir leur bilan de la première période de fonctionnement du projet en termes de forces, de faiblesses, d'opportunités et de menaces ayant pesé sur son déroulement ;
- recueillir leur vision sur le futur du projet ;
- leur donner l'occasion de s'exprimer sur la faisabilité d'impliquer leur propre association dans la nouvelle forme du projet, mais aussi sur la faisabilité d'impliquer tant d'autres acteurs du champ socio-sanitaire que les responsables politiques, et finalement les bénéficiaires.

La liste des personnes composant ce premier groupe de 16 répondants se trouve en ANNEXE 1 du présent rapport. Le guide d'entretien complet utilisé pour interroger ce premier groupe se trouve en ANNEXE 2.

Le deuxième groupe était constitué d'**acteurs du champ socio-sanitaire bruxellois** n'ayant pas participé au Comité Technique de l'asbl BVS. Il s'agissait de :

- recueillir leur vision sur le futur du projet, en ce compris les méthodes/approches qu'ils adopteraient personnellement pour le mener ;
- recueillir leur avis sur le fonctionnement imaginé dans le schéma proposé.

La liste des personnes composant ce deuxième groupe de 15 répondants se trouve en ANNEXE 3 . Le guide d'entretien complet utilisé pour interroger ce deuxième groupe se trouve en ANNEXE 4 .

Le troisième groupe était composé de **membres ou anciens membres de cabinets ministériels** représentant les ministres de la CCC en charge de la santé, les ministres de la CCC en charge de l'aide aux personnes, les secrétaires d'Etat en charge de matières ayant trait aux *déterminants* de la santé, et finalement des représentants des ministres ayant des compétences en santé à la COCOF, la VGC et la Communauté flamande.

Les questions posées portaient cette fois sur :

- (*pour les ministres de la CCC en charge de la santé*) la genèse de l' « Ordonnance relative à la politique de prévention en santé » de la Région de Bruxelles-Capitale (juillet 2007) et les raisons qui en ont empêché la mise en œuvre ; la vision à partir de leur cabinet d'une politique d'actions sur les déterminants sociaux de la santé (« health in all policies ») et le rôle que pourraient jouer les ministres en charge de la santé dans ce cadre (initiateurs ? coordinateurs ?).
- (*pour les ministres de la CCC en charge de l'aide aux personnes et les trois secrétaires d'état de la CCC*) : le lien entre les compétences de ces membres de l'exécutif et la compétence santé (voient-ils celles-ci comme des déterminants de la

santé ? ; mènent-ils déjà des actions qui vont dans ce sens ? ; de quels leviers institutionnels ou autres auraient-ils (eu) besoin pour agir dans ce sens ?)

- (*pour les ministres de la COCOF, de la VGC et de la Vlaamse Gemeenschap ayant des compétences en santé santé*) : les liens entre leur compétence et un projet comme BVS ; la pertinence, pour ce genre de travail, de faire usage d'un Intercabinet; leur connaissance de l'« Ordonnance relative à la politique de prévention en santé » de la Région de Bruxelles-Capitale et la manière dont ils pourraient y articuler leurs compétences ; enfin leur vision du rôle de coordination de la COCOM.

La liste des personnes composant ce troisième groupe de 11 répondants se trouve en ANNEXE 5. Les 3 questionnaires utilisés pour interroger ces répondants se trouvent en ANNEXE 6, 7 et 8 .

Les constats issus des trois volets de cette enquête qualitative ont été synthétisés (à l'aide du programme QSR NVivo), et les résultats ont été analysés et discutés en équipe au sein de l'Observatoire.

La méthodologie n'a pas permis d'exclure toute subjectivité mais les données ont toutefois été systématiquement croisées, lorsque c'était possible et nécessaire, avec les connaissances et l'expertise de l'équipe de l'Observatoire.

# 3. Résultats de l'étude

Dans cette partie, nous rapportons les différentes opinions recueillies lors de cette étude, pour certaines contradictoires. Nous les avons regroupées en Que faire et Comment faire.

## 3.1. Que faire ?

De cette étude de faisabilité sont ressorties des informations répondant nettement moins à la question « que faire » (contenu) qu'à la question « comment le faire ? » (méthode), les interlocuteurs s'accordant presque instinctivement sur la nécessité de travailler à une véritable vision en santé, à plus de cohérence, à une « ville-santé » qui profite à la population, à la santé communautaire, mais sans réel grand élan commun sur ce qu'il conviendrait de développer sur le fond. Néanmoins, quatre points sont ressortis :

- les trois premiers à un niveau assez général et relativement théorique, soit : **combattre les inégalités sociales en santé,** mettre de la **santé dans toutes les politiques** en **agissant sur les déterminants socio-économiques de la santé** ;

- le quatrième à un niveau plus stratégique, intermédiaire : favoriser **l'inscription des Bruxellois dans une structure généraliste de première ligne** comme « porte d'entrée » vers la prise en charge de la santé au sens large du terme.

### 3.1.1. Combattre les inégalités en santé

#### *3.1.1.1. Définition*

Selon la définition de l'OMS : « Les inégalités en santé sont d'évitables injustices en matière de santé relevées au sein d'un même pays ou entre différents pays. Elles sont le reflet des inégalités que l'on peut constater en général au sein d'une société et entre différentes sociétés. Les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les individus déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu'elle survient. » (Organisation Mondiale de la Santé, 2013.).

#### *3.1.1.2. Nécessité*

Le combat contre les inégalités sociales en santé semble très largement plébiscité par les répondants. Le statut social, de par ses liens avec tous les autres déterminants, est le déterminant le plus puissant de l'état de santé. La grande hétérogénéité sociale qui caractérise la Région bruxelloise se reflète donc par des inégalités sociales de santé importantes (voir Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise, OBSS, 2010).
Ces inégalités n'opposent pas seulement les riches aux pauvres mais s'observent selon un gradient social. L'OMS définit ce concept comme suit : « Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À 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. (…) 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 avant cinq ans est élevée. Dans les ménages appartenant au deuxième quintile le plus riche, le taux de mortalité des moins de cinq ans est plus élevé que dans ceux appartenant au premier quintile. C'est ce qu'on appelle le gradient social en santé. » (Organisation Mondiale de la Santé, 2013.).
Combattre structurellement ces inégalités contribuerait à sortir des publics défavorisés de cette précarité, ce qui est perçu comme un objectif nécessaire et suffisant en soi, mais ferait par ailleurs réaliser à terme des économies en soins de santé.

#### *3.1.1.3. Facteurs contextuels*

Combattre structurellement ces inégalités implique de mettre en œuvre une politique de santé qui s'attaque également aux **déterminants de la santé.**

« Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces: l'économie, les politiques sociales et la politique. » (Organisation Mondiale de la Santé, 2013.). Ces circonstances ou conditions socio-économiques vont donc déterminer à la fois le risque de tomber malade et la manière dont le sujet réagira face à la maladie, et ce de manière inégalitaire. Ces déterminants peuvent être classés en trois grandes catégories

- l'environnement social et économique (statut social, revenu, réseau social, etc.);
- l'environnement physique (qualité de l'eau, lieu de travail, qualité du logement, etc.);
- les caractéristiques et comportements personnels de l'individu (vie plus ou moins sédentaire, consommation d'alcool et de tabac, équilibre de l'alimentation, etc.).

**Le concept d'universalisme progressif a également été abordé lors des discussions**
La Commission sur les déterminants sociaux de la santé (OMS)propose d'introduire ce concept dans les politiques menées pour réduire les inégalités en santé: « policies that are universal but are implemented at level and intensity of action that is proportionate to need (…) » (UCL Institute of Health Equity, 2013). Il suppose que le fait d'investir de façon universelle (comme par exemple avec un programme de dépistage organisé) est peu efficace pour réduire le gradient social, étant donné que dans le meilleur des cas, chaque strate de la population en bénéficiera de façon égale. C'est pourquoi

les actions doivent être universelles, mais cependant « calibrées » en fonction du degré de fragilité des publics-cible (WHO and Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

Il n'y a cependant pas eu de consensus sur la manière de lutter contres les inégalités : selon certains, l'universalisme progressif « coûterait trop cher » pour les maigres moyens de la prévention et créerait plutôt une « santé à deux vitesses ».
Par ailleurs, la politique à venir bruxelloise devrait aussi tenir compte de la nécessaire intégration des « gezondheidsdoelstellingen », objectifs qui constituent le canevas d'intervention obligatoire des institutions néerlandophones.

On voit donc qu'à tout le moins, pour atteindre le but commun de lutter contre les inégalités en santé, il y aurait au préalable à s'entendre sur la méthode.

### 3.1.2. Mettre de la « santé dans toutes les politiques » en agissant sur les « déterminants de la santé »

#### *3.1.2.1. Définition*

Le fait de tenter d'insuffler de la « **santé dans toutes les politiques** », ou l'« Equité en santé dans toutes les politiques » est défini comme suit par l'OMS : « Tous les aspects de la politique gouvernementale et de l'économie, par exemple les finances, l'éducation, le logement, l'emploi, et les transports notamment, peuvent influer sur la santé et l'équité sanitaire. Si la santé n'est pas l'axe principal des politiques dans ces secteurs, celles-ci ont toutefois une forte incidence sur la santé et l'équité sanitaire. Les politiques des différents ministères doivent absolument être cohérentes, se compléter et ne pas être contradictoires. » (OMS, 2013). Ainsi, pour décliner ce concept sur un cas concret, l'OMS développe l'exemple suivant : « La prévention de l'obésité repose sur plusieurs éléments: un approvisionnement durable en denrées alimentaires nutritives appropriées, un environnement permettant de consommer facilement des aliments sains, la pratique d'exercice physique et un environnement familial, éducatif et professionnel encourageant les modes de vie sains. » (Organisation Mondiale de la Santé, 2013).

On le voit, la « Santé dans toutes les politiques », ou « Equité en santé dans toutes les politiques », revient à veiller à ce que *toutes* les politiques s'élaborent en tenant compte de la santé des citoyens, en veillant *a minima* à ne pas nuire à celle-ci, voire, dans le meilleur des cas, à l'améliorer.
Pour ce faire, il importe d'agir sur les **déterminants de la santé** dans toutes les politiques, et ce tant au niveau social et économique (revenu, statut social, formation, etc.) que de l'environnement physique (qualité de l'environnement) et des comportements individuels (exercice physique, consommations d'alcool et de tabac, alimentation, etc.).

#### *3.1.2.2. Nécessité*

La nécessité de cet objectif a été perçue comme haute. Certains répondants ont souligné le fait qu'une intervention préventive, de promotion de la santé, était propice, à terme, à économiser des soins de santé inutiles. Les leviers d'action susceptibles d'améliorer ces conditions sont par ailleurs répartis dans des secteurs et des compétences politiques variés, qui dépassent la santé stricte.

#### *3.1.2.3. Facteurs contextuels*

**Faire converger les différentes politiques vers une meilleure santé de la population ?**

Selon certains répondants, la culture de la « Santé dans toutes les politiques », par exemple telle qu'initiée au Québec[3], n'est pas encore d'actualité en Région bruxelloise. Il est notamment difficile, pour un ministre, d'inclure cette préoccupation dans ses compétences.
Par ailleurs, un ministre de la santé en charge d'initier une telle stratégie devrait se positionner davantage en conseiller dans la thématique qu'en donneur de leçon. Cela appelle un travail d'information sur l'avantage que présenterait une telle politique en termes de santé publique, et une bonne gestion de la visibilité à donner à *tous* les ministres impliqués.

**Dépasser le « morcellement » de la compétence santé ?**

Une autre proposition en ce sens a été d'avancer par petites touches successives et convergentes pour chercher de la transversalité, en mettant en écho, en réseau, des pratiques pour l'instant parallèles, en les évaluant et les rendant reproductibles. Ainsi, face au morcellement de la compétence santé en RBC[4] et pour ne pas « bousculer » les différents secteurs qui en résultent, plutôt que de provoquer le changement en essayant de changer directement le cadre, certains suggèrent de le provoquer plutôt en mettant en réseau ce qui se fait déjà en pratique et qui converge de manière encore informelle, avant d'éventuellement le formaliser. Le fait d'évaluer ainsi les pratiques et de les rendre reproductibles pourrait bénéficier du développement en cours du « pôle politique et évaluation des politiques » de l'Observatoire.

**Pilotage par le ministre-président ?**

Il n'est pas facile d'imaginer comment des ministres de la santé influenceraient, à la confection du budget, à la mise en place des stratégies, à la rédaction des objets au collège réuni, etc., la manière dont les déterminants de la santé vont être gérés par leurs collègues. Une piste soulevée par de nombreux répondants, pour rendre cela envisageable, pourrait être de confier le pilotage de BVS au ministre-président de la Région bruxelloise.

**Travail d'information sur les « Evaluations d'impact sur la santé » ?**

L'Evaluation d'Impact sur la Santé - EIS (ou Health Impact Assesment - HIA ), outil d'implémentation de la « Santé dans toutes les politiques » ou « Equité en santé dans toutes les politiques », est définie comme « une combinaison de procédures, méthodes et outils par lesquels une politique, un programme ou un projet peut être jugé quant à ses effets potentiels, parfois inattendus, sur la santé de la population et la distribution de ces effets à l'intérieur de la population, et qui identifient les actions appropriées pour gérer ces effets » (WHO, Regional Office for Europe, European Centre for Health Policy, 1999 ; & International Association for impact Assessment, 2006).
Or, les avis des répondants divergent sur les EIS, se distribuant de « plutôt favorable » à « plutôt défavorable ». Notamment, on craint parfois une bureaucratie paralysante en cas de systématisation des EIS. Certains les considèrent aussi trop coûteux pour être systématisés.
Le travail actuellement en cours à l'Observatoire explorant la mise en place en Région bruxelloise d'un « Social Impact Assessment » réfléchit tant au contenu du test qu'au processus de gouvernance nécessaire à sa mise en place; la réflexion sur les EIS pourra donc utilement démarrer de ce travail de défrichage.

**Dépendance à la famille politique/au parti.**

[3] L'article 54 de la Loi sur la santé publique de la province du Québec, en vigueur depuis le 18 juin 2002, stipule que le ministre en charge de la Santé Publique «est le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population ».

[4] Six ministres différents, appartenant aux gouvernements de différentes entités fédérées et du gouvernement fédéral, ont en charge des compétences ayant trait à la santé sur le territoire de la RBC).

Certains répondants perçoivent l'investissement dans les déterminants de la santé comme dépendant des familles politiques/ partis en présence, ce qui peut orienter de manière diverse les philosophies d'intervention dans certaines matières (pollution ; transport ; emploi…).

**Dépasser le modèle « hospitalo-centré ».**
Certains répondants estiment que le cadre actuel dans lequel se déploient les interventions en santé est trop « hospitalo-centré », menant d'autres à penser que la santé se joue principalement chez le professionnel de santé ou en hôpital ; d'après eux, ces derniers demanderaient donc à être convaincus de la pertinence d'investir dans les déterminants de la santé.

**Etre concret.**
Le lieu pressenti pour ce travail sur la prise en compte des déterminants de la santé, (soit une plateforme politique), est par ailleurs perçu diversement par les partenaires, et parfois comme une structure trop pesante et peu efficace. L'expérience engrangée lors des années de fonctionnement de l' « Intercabinet pauvreté » doit être partagée et analysée avant de construire les bases d'un Intercabinet santé. Une autre possibilité serait de faire usage de l' « Intercabinet pauvreté » lui-même pour effectuer le travail sur certains déterminants de la santé, en gardant à l'esprit que nombre de partenaires ont insisté sur le fait d' « être concrets » et efficace dans le développement futur de BVS.

**Renforcer le rôle de concertation de la Cocom.**
Le rôle de concertation fait partie intégrante des missions de la Cocom ; il est considéré comme insuffisant par certains. Il s'agirait peut-être de le renforcer si l'on souhaite lui faire coordonner une plateforme politique.

### 3.1.3. Favoriser l'inscription en première ligne « généraliste »

#### *3.1.3.1. Définition*

Il s'agirait de s'assurer que tous les Bruxellois ont l'opportunité de « s'inscrire » dans une structure de santé généraliste de première ligne (maison médicale, médecin généraliste) afin de permettre une prise en charge rapide et adéquate, encourager un échelonnement des soins (sans pour autant le rendre obligatoire) et ainsi éviter le recours en première intention aux médecins spécialistes ou aux urgences.

#### *3.1.3.2. Nécessité*

La première ligne de soins est habilitée et reconnue pour fournir à la population des soins à la fois préventifs et curatifs ainsi qu'un lieu de conseil. Permettre à l'ensemble de la population d'y accéder est à la fois gage de meilleure santé mais également d'une utilisation rationnelle des ressources.

#### *3.1.3.3. 3.1.3.3.Facteurs contextuels*

**Consensus relativement large**
Ramener les usagers vers la première ligne généraliste est une préoccupation qui est revenue régulièrement dans les interviews des acteurs de santé mais aussi des politiques. Les facteurs limitant cet accès sont : une offre de professionnels de première ligne peinant à répondre à l'augmentation de la population bruxelloise ; une information peu accessible quant à l'offre en Région bruxelloise ; une méconnaissance du système de santé belge par des populations venant de pays où le seul recours aux soins est l'hôpital ; une non inscription dans le système de certains publics.

Quelques suggestions ont été faires en termes d'action en cours ou à faire : "compendium" distribué aux nouveaux arrivants dans une commune - traduit dans les différentes langues des primoarrivants ;

avec le concours des échevins de la santé et/ou des CPAS ; avec les opérateurs CBPS, LOGO ; un inventaire exhaustif de l'offre en santé en RBC.

**Débat « hôpital de proximité » vs structure généraliste.**
Une ligne de démarcation existerait entre les tenants de deux approches: l'« hôpital de proximité » d'un côté ; l'entrée "généraliste" de l'autre.
La notion d' « hôpital de proximité » renverrait vers un concept à développer : un hôpital dont on augmenterait la proximité avec le public, afin que celui-ci puisse s'y adresser plus facilement. Certains adversaires de cette approche estiment qu'elle participerait à la "marchandisation des soins de santé", en favorisant une médecine plus chère.

## 3.2. « Comment » le faire ?

Même si des propositions très concrètes de Comment faire ont déjà été discutées au chapitre précédent, nous reprenons à présent les positions affichées par les répondants à propos du « comment » à un niveau plus stratégique : méthode(s), cadres, stratégies et concepts à envisager pour atteindre au mieux les objectifs d'une ville-région en santé.

### 3.2.1. Pilotage de BVS : pilotage par les ministres de la santé versus pilotage par le Ministre président

#### a. Définition

Les ministres de la santé se chargeraient du pilotage de BVS et s'attelleraient à l'implémentation des objectifs choisi pour BVS (implémenter l'« Equité en santé dans toutes les politiques »)

*ou*

Le ministre-président se chargerait du pilotage du projet BVS, arguant de la transversalité de ce dernier, qui ne pourrait ressortir à une compétence unique, fût-elle la santé.

#### b. Nécessité

Le pilotage de BVS est en fait souhaité tantôt pour les ministres de la santé, tantôt pour le ministre-président (même si les tenants de cette dernière option souhaitent malgré tout que les cabinets de la santé restent garants de l'expertise nécessaire au projet).
Certains craignent un aspect "donneur de leçons" des ministres de la santé, en cas de pilotage par ceux-ci.
Certains voient les inégalités sociales plutôt du ressort d'autres compétences que la santé « stricte ».

Il est donc malaisé d'accorder la prépondérance à l'une ou l'autre de ces deux options.

#### c. Facteurs contextuels

Les facteurs contextuels seront essentiellement liés à la position des ministres de la nouvelle majorité quant au pilotage de BVS.

### 3.2.2. Plateformes de travail

#### *3.2.2.1. Plateforme politique*

### a. Définition

Il s'agirait d'utiliser un lieu de dialogue politique existant (Intercabinet, Conférence Interministérielle), ou d'en créer un nouveau, pour initier la construction d'une réelle politique de santé en RBC, selon les principes d'une ville-santé (santé dans toutes les politiques via l'amélioration des déterminants de la santé; lutte contre les inégalités sociales en santé).

### b. Nécessité

La nécessité de procéder ainsi reste à définir en dialogue avec les responsables politiques. Elle présente toutefois certains avantages. Pour ce qui est d'une plateforme politique (qu'elle soit existante ou nouvelle), l'audit de l'asbl *Bruxelles, Ville-Santé* par le STICS précisait que le projet BVS avait besoin de plus de gouvernance politique, et cela a été une des raisons de l'intégration de ce dernier dans l'administration. Par ailleurs, l'implication d'élus divers dans la construction d'une vision et d'une politique en santé ne peut que contribuer à la nécessaire transversalité de ce projet. Quant à l'aspect « nouveau » ou « existant », utiliser une plateforme politique existante comme la CIM Social-Santé économiserait la création d'une nouvelle plateforme, dynamique toujours difficile à initier. Un Intercabinet « santé » pourrait être créé, et des ponts imaginés avec l'Intercabinet pauvreté, puisque leurs thématiques se recouperont souvent (nombre des thèmes de la « pauvreté » étant liés à des déterminants de la santé ! – ex : logement).

### c. Facteurs contextuels

Pour ce qui serait d'une plateforme politique existante: la dynamique de l'Intercabinet pauvreté est déjà lancée, ce qui pourrait être utilisé comme opportunité (sans présager du fait que de nouveaux membres intégreront cet intercabinet, suite aux élections de mai 2014). Par ailleurs, une **partie des thématiques d'une ville-santé recoupent** les thématiques de l'Intercabinet pauvreté. **En revanche, il faut intégrer les thématiques qui le dépassent**, et il reste à savoir ce qu'il en serait du **pilotage de BVS** s'il se fait depuis un tel intercabinet: serait-il assuré par les ministres en charge de l'aide aux personnes?, par les ministres de la santé?, par le ministre-président? **La visibilité des ministres impliqués reste aussi un facteur** central d'engagement. Il en va de même de la **visibilité du projet BVS lui-même** : elle a été considérée comme insuffisante dans le passé, à la fois en termes de transparence (ce qui y était mis en œuvre restait parfois difficile à percevoir pour les intervenants socio-sanitaires et les responsables politiques) et en termes de visibilité pour le public (ce dernier n'avait pas connaissance, ou pas assez, du projet BVS et de ses opportunités).

Face à ces difficultés, les propositions suivantes ont été faites: l'**implication des administrations pour tenter de « traverser » le morcellement** des compétences et le besoin de visibilité de chaque ministre, de chaque secteur ; la création d'**articles budgétaires transversaux** en début de législature pour financer BVS (ce qui pourrait éviter à chaque ministre l'impression de devoir puiser dans « son » budget pour financer un projet transversal); l'**invitation des acteurs par groupes de travail en fonction de l'agenda** (plutôt que dans des plénières décrites par certains acteurs comme « décourageantes »).

Pour ce qu'il en serait d'une plateforme politique nouvelle, le thème de la **visibilité** des ministres (et ses éventuelles solutions), et celui du **pilotage**, restent d'application. Pour ce qui est de la faisabilité d'un tel processus : un certain nombre d'interlocuteurs **politiques se sont plaints de l'absence d'une plateforme commune en RBC, où on prendrait connaissance de ce que font les autres entités fédérées dans le domaine de la santé**. On peut prendre ce souhait au premier degré en créant ce lieu de visibilité inter-compétences, inter-cabinets.

#### *3.2.2.2. Plateforme de terrain*

a. Définition

Pour mettre en lien une politique de santé à la réalité de terrain, on ferait usage d'une plateforme la plus transversale possible, composée de représentants d'institutions de terrain ou d'administrations intervenant dans la réalité des habitants de la RBC.

b. Nécessité

De l'avis quasi unanime, **l'apport du terrain est essentiel à un projet comme BVS, pour que les politiques menées ne soient pas "déconnectées"** de la réalité des bénéficiaires. Il ressort cependant des interviews des membres du Comité Technique de l'asbl BVS une **déception d'avoir mis du temps et de l'énergie dans une plateforme qui avait suscité de grands espoirs, sans que les responsables politiques se soient saisis du travail accompli** comme les membres l'auraient souhaité. "Les acteurs ne sont plus naïfs", a-t-on entendu. **Dès lors, il semble plus intéressant de construire sur une plateforme existant déjà** que de redemander encore une fois, à des acteurs peut-être "fatigués", de refaire ce qu'ils ont déjà fait, selon eux, sans le succès escompté.

c. Facteurs contextuels

**Conseil Consultatif de la Santé** et de l'Aide aux personnes **de la COCOM**
Un "outil" transversal existe: le Conseil Consultatif de la Santé et de l'Aide aux personnes de la COCOM. Il rassemble des professionnels de champs variés. Il aurait suscité, d'après certains acteurs, un grand espoir de co-construction des politiques au moment de sa création, ce qui atteste de la motivation originelle qu'il a suscité. Pour le réactiver, restent cependant les questions des moyens qui y sont consacrés (les jetons de présence ne constituent pas davantage qu'un défraiement, et les institutions représentées peuvent rarement se permettre, dans le quotidien de leurs missions, de consacrer du temps de travail à réfléchir à des problématiques transversales comme celles de BVS au détriment de missions structurelles), ainsi que de la voix qui lui serait accordée (délibérative?, consultative?), dans la mesure où certaines sections de ce Conseil ont pu avoir l'impression par le passé, toujours selon certains acteurs, que leur voix ne comptait pas réellement dans le processus de décision politique.

**Plateforme nouvelle**
Quant à la possibilité d'une nouvelle plateforme, il semble que dans le meilleur des cas, les acteurs trouvent l'idée intéressante, mais sans avoir beaucoup de temps à y consacrer. Dans le pire des cas, les acteurs ne souhaitent pas être à nouveau impliqués dans un autre groupe de travail, sans mandat clair et sans voix délibérative.

**Implication d'institutions « transversales ».**
Des acteurs ont tenu à souligner l'intérêt d'impliquer des institutions ayant déjà une vision, une action ou un mode de fonctionnement transversal (multidisciplinaire, inter-administrations, inter-secteurs, etc.), ces dernières pouvant amener un peu de la nécessaire transversalité à BVS. De telles assemblées existent déjà à différents niveaux: coordinations de soins mutuellistes; FMM; LUSS; RML; Plateforme de Concertation en Santé mentale; SMES-B; STRADA; LOGO; CBPS; contrats de quartier; wijkgezondheidscentra; certains comités de quartier…sont autant de lieux censés aborder les usagers par une approche globale et/ou transversale. Sans oublier le Conseil Consultatif de la Santé et de l'Aide aux personnes de la COCOM. Il reste toutefois à trancher quant aux moyens nécessaires pour qu'ils puissent mettre une partie de leur réflexion et de leur bagage au service de BVS.

**Partenaires sociaux**

Un autre souhait exprimé par les répondants fut d'intégrer les partenaires sociaux, par exemple dans un OIP, pour co-construire une politique de santé en RBC. En soins de santé, le comité de gestion de l'INAMI (partenaires sociaux et mutuelles) propose des dispositions aux politiques, co-construisant ainsi la politique de santé. Un OIP avec les mêmes partenaires bénéficierait, selon certains, de leur vision transversale de l'organisation santé-social à Bruxelles.

### 3.2.3. Pilotage des plateformes de travail

#### *3.2.3.1. L'Observatoire comme pilote d'une plateforme politique*

a. Définition

Sur le modèle de l'Intercabinet pauvreté, l'Observatoire coordonnerait, animerait et assurerait le secrétariat d'une assemblée politique qui travaillerait sur des objectifs généraux, opérationnels et spécifiques en santé (par exemple sous forme d'un plan de prévention en santé).

b. Nécessité

Le fonctionnement de l'Intercabinet pauvreté a montré que l'Observatoire pouvait avoir un apport en termes de méthodologie: il a en effet pu contribuer au développement d'une vision à long terme via la mise en route d'un processus comprenant inventaire, définition d'objectifs généraux et objectifs opérationnels, évaluation de leur mise en œuvre .

c. Facteurs contextuels

L'Observatoire est globalement considéré comme **pertinent scientifiquement et neutre politiquement** par les partenaires ayant participé à l'étude de faisabilité.

#### *3.2.3.2. L'Observatoire comme pilote d'une plateforme de terrain*

a. Définition

L'Observatoire piloterait une plateforme de terrain dans la mise en forme des constats en santé, en la nourrissant notamment d'indicateurs santé-social. Il appuierait la mise en œuvre opérationnelle, par la plateforme de terrain, des stratégies politiques décidées dans la plateforme politique

b. Nécessité

La coordination d'une telle plateforme par l'Observatoire semble difficile, car la coordination du terrain ne fait pas partie des missions de l'Observatoire et risque d'altérer l'objectivité et la neutralité dont celui-ci doit faire preuve dans son travail quotidien (et notamment dans le cadre d'évaluation, de tests d'impact) ; il serait dangereux que l'Observatoire soit impliqué dans des propositions ayant une incidence sur l'agrément ou le financement de partenaires. Il existe sur le terrain des organisations qui fournissent un support de deuxième ou de troisième ligne, dont la coordination/concertation est la tâche principale ; ce rôle pourrait donc plutôt leur être confié.

c. Facteurs contextuels

**Des partenaires ont souhaité ce pilotage par l'Observatoire**, arguant de la légitimité scientifique de ce dernier et de sa capacité à mettre à l'agenda des thématiques prioritaires, sans soulever les mêmes objections que l'Observatoire lui-même (notamment sur la position neutre de l'Observatoire par rapport aux agréments et financements des organisations de terrain). Certains ont toutefois saisi l'occasion de l'interview pour mettre en avant des projets de leur institution qui auraient dû, selon eux être soutenus.

### 3.2.4. Méthodologie « bottom-up »

#### *3.2.4.1. Participation du monde associatif*

a. Définition

Le monde associatif pourrait/devrait, selon de nombreux interlocuteurs du champ socio-sanitaire, être pris comme acteur du projet BVS (que l'on crée ou pas une plateforme à cet effet), notamment pour faire remonter les constats de terrain, et participer à un inventaire de l'offre et des besoins (quitte à valider des inventaires existants).

b. Nécessité

Il semblerait hasardeux de rédiger des plans en santé sans connexion avec les réalités de terrain. Même en admettant que BVS développe un objectif opérationnel de santé universellement reconnu, il resterait encore à l'adapter au contexte local, et l'expertise du monde associatif reste essentielle pour cela. Les partenaires ont par ailleurs très largement laissé entendre qu'un processus participatif « bottom-up » était une condition pratiquement sine qua non à un engagement de leur part.

A l'occasion d'une telle participation et d'un éventuel **inventaire, les bonnes pratiques des associations, des administrations, peuvent être répertoriées en vue d'être reproduites et étendues**. Il importe en effet de thésauriser les expériences positives menées en matière de santé communautaire et d'action sur les déterminants de la santé, pour ne pas devoir tout réinventer. Et **de telles pratiques existent. Elles sont même parfois évaluées : des inventaires existent déjà, ainsi que des rapports d'activités.**

c. Facteurs contextuels

**L'asbl BVS avait suscité un très grand enthousiasme chez les acteurs** de terrain. Les nouveaux acteurs interrogés se sont également montrés assez largement intéressés. Le potentiel semble donc réel, **mais les moyens d'une consultation transversale à long terme pourraient faire défaut** ou être insuffisants. Par ailleurs, **la question de l'accès à l'agenda politique reste entière**: les acteurs se sont déjà vus consulter à plusieurs reprises sans percevoir que leur voix soit finalement prise en compte, et sans qu'ils aient pu prendre part aux décisions qui s'en sont suivies. Certains en restent frustrés. Enfin, la concurrence (aux subsides, à la reconnaissance...) due au **morcellement du secteur se retrouve dans le monde associatif**, ce qui n'est pas forcément pour faciliter une participation univoque de sa part.

#### *3.2.4.2. Participation des habitants*

a. Définition

Les habitants peuvent être consultés pour dégager les besoins en santé et en santé communautaire là où une telle consultation n'a pas encore été organisée, voire pour donner leur avis sur les processus d'implémentation des politiques de santé.

b. Nécessité

Certains intervenants du secteur socio-sanitaire ont fait valoir que les **bénéficiaires** des interventions en santé communautaire ne sauraient être écartés de **l'énoncé de leurs propres besoins**. Pour organiser ces consultations, il faut tenir compte de la spécificité de certains publics, des caractéristiques locales qui les définissent.

Certains intervenants franchissent même un pas supplémentaire en leur donnant la parole dans **l'élaboration des soins ou des projets en santé** (groupes de parole en maison médicale ; soutien à la démarche participative des patients en hôpitaux ; etc.). Ainsi, certains se demandent, dans le schéma pressenti pour implémenter le projet BVS, où se trouvera « l'expression des citoyens en tant que communauté » ? On craint même qu'une éventuelle future plateforme de terrain soit composée essentiellement de « techniciens » qui offrent une vision de la santé déconnectée du ressenti et des besoins réels des citoyens. Et on va même jusqu'à souhaiter une participation communautaire à l'évaluation de BVS.

c. Facteurs contextuels

Il existe des **groupes d'habitants très motivés** prêts à participer au processus bottom-up. Cela dit, certains répondants ont fait remarquer que ces derniers sont parfois des quasi-**"professionnels de la représentation citoyenne"**, mais fortement institutionnalisés et pas toujours représentatifs de la base. Par ailleurs, des **études sur la santé et des indicateurs sur la situation sociale des Bruxellois existent**, pour la réalisation desquels le processus de consultation bottom-up a déjà eu lieu. Il faut aussi tenir compte du fait que **certains manques sont connus et ne nécessitent plus, sur le fond, une consultation de même ampleur** (enseignement, formation, emplois pour les peu qualifiés...). Toutefois, les stratégies à développer en soins de santé et en promotion de la santé nécessitent une adaptation fine aux contextes locaux, ce qui appelle autant de **diagnostics locaux** sur la manière dont les besoins s'expriment spécifiquement et dont ils pourraient être rencontrés en des endroits précis.

### 3.2.5. Plan en santé

#### *3.2.5.1. Plans bruxellois existants*

a. Définition

Il s'agirait dans le cadre du projet BVS d'étudier les plans existants (PRDD; plan de lutte contre la pauvreté; pacte pour l'emploi; alliance emploi-environnement…) en regard de leurs effets potentiels sur la santé.

b. Nécessité

Etant donné l'existence de nombreux plans en Région bruxelloise ayant nécessité de nombreuses heures de travail concerté, il peut être utile à la fois d'enrichir le processus BVS de l'ensemble de ces plans sans réinventer des réflexions qui ont déjà eu lieu, mais aussi de les analyser sous l'angle d'effets sanitaires potentiels.

c. Facteurs contextuels

Plusieurs de ces plans sont connus de l'Observatoire, ce dernier ayant pour certains participé à leur élaboration ou pour d'autres étudié leurs effets.

#### *3.2.5.2. Plan de santé*

a. Définition

Il s'agirait de définir une politique de santé pour Bruxelles et d'élaborer un plan d'action (exemple: plan de prévention en santé, comme le propose l' « Ordonnance relative à la politique de prévention en santé » de la Région de Bruxelles-Capitale, parue le 19 juillet 2007) dont les objectifs rejoindraient ceux des "villes-santé" (réaliser l' « équité en santé dans toutes les politiques » en améliorant les déterminants de la santé ; lutter contre les inégalités sociales en santé ; améliorer la gouvernance de la politique de santé ).

b. Nécessité

**L'« Ordonnance relative à la politique de prévention en santé » prévoit l'élaboration d'un tel plan, et est, jusqu'à présent, sous-exploitée**. Le cadre légal nécessaire à élaborer un tel plan existe donc déjà. Les interlocuteurs n'ont pas évoqué les raisons concrètes qui ont empêché la mise en œuvre de cette ordonnance mais **l'actuelle « Déclaration politique du Collège réuni de la Commission Communautaire Commune » prévoit l'élaboration d'un plan de santé**.

c. Facteurs contextuels

On peut s'inspirer du processus de genèse du Plan d'action de lutte contre la pauvreté pour réfléchir à ce qu'il faudrait mettre en place pour l'élaboration d'un plan santé. D'un autre côté, comme plusieurs déterminants de la santé ont été traités directement ou indirectement dans l'élaboration des plans de lutte contre la pauvreté, la **nécessité de "recommencer" un nouveau plan plutôt que de travailler sur ce qui existe déjà est perçue diversement par les partenaires**. Même si, bien évidemment, le plan d'action de lutte contre la pauvreté n'aborde pas de thématique purement santé.

### 3.2.6. Territorialité

#### a. Définition

Il s'agirait de chercher la transversalité nécessaire à un projet de « ville-santé » en faisant le lien entre les matières liées aux personnes (communautaires) et les réalités territoriales (Région, communes, quartiers). Et pour ce faire, d'impliquer les institutions et acteurs dépositaires de cette territorialité dans le processus (exemples : les CPAS, les échevins de la santé quand ils existent, les échevins responsables de déterminants de la santé). Certains ont par ailleurs évoqué la possibilité de réduire la taille des interventions (en santé mentale) du critère dit "de Birmingham" (300.000 habitants) à la taille d'une commune (+ - 100.000 habitants), pour chercher un ancrage territorial plus fin.

Dans cette même optique, d'autres ont exprimé des revendications plus radicales: « Pour travailler transversalement, l'idéal serait que toutes les compétences impliquées reviennent à la Région, sans que les communautés ne soient plus impliquées (cela devrait se faire avec une protection des minorités). Sans cela, une ville en santé reste illusoire. » Ceux-là optent pour le « fait régional », par opposition au « fait communautaire », soit l'option de considérer que les habitants de la RBC sont liés les uns aux autres par leur ancrage sur le territoire de la RBC plutôt que par leur appartenance à une communauté linguistique.

#### b. Nécessité

Il semble intéressant et logique pour certains, pour sortir du "fait communautaire" et entrer dans le "fait régional", et pour respecter la spécificité des publics, de considérer les personnes comme ancrées dans une réalité environnementale de terrain, qu'elle soit régionale, locale, ou de quartier (y compris les réalités "communautaires" locales), plutôt que comme des "sous-nationalités" définies au niveau communautaire.

Il est cependant nécessaire d'évaluer s'il est pertinent de décliner une planification à un niveau plus fin que régional.

#### c. Facteurs contextuels

**Il existe déjà des assemblées et acteurs dépositaires de la territorialité des besoins des publics** (CPAS; échevins de la santé et des déterminants de la santé; certains comités de quartier; des maisons médicales et wijkgezondheidscentra; des centres communautaires; des associations de promotion de la santé comme Forest Quartier Santé ; etc.), qui peuvent peut-être être impliquées valablement dans les allers-retours « bottom-up / top down » pressentis pour le déploiement de BVS. Des questions déjà posées par ailleurs subsistent toutefois : **quel statut donner à leur input** (voix délibérative ou consultative?); **comment ne pas les mettre en concurrence ?**; comment assurer une **réelle représentativité des groupes d'habitants** plutôt que des "professionnels de la représentation citoyenne"?; etc.

### 3.2.7. Evaluation du processus BVS

#### a. Définition

Il s'agirait notamment, à travers une évaluation systématique, de rendre reproductibles les constats effectués et les bonnes pratiques dégagées, mais aussi, en cas d'élaboration d'un plan en santé, d'évaluer l'accomplissement des objectifs opérationnels de ce dernier.

b. Nécessité

Ce fut un **constat récurrent du comité technique de l'asbl BVS que les projets de terrain auraient nécessité une évaluation et une reproductibilité** systématisée. Rechercher la transversalité qui transcenderait le morcellement institutionnel bruxellois peut aussi nécessiter d'évaluer les bonnes pratiques pour les faire essaimer. Appliquer l'**équité en santé dans toutes les politiques peut aussi nécessiter des évaluations ex-ante**.

c. Facteurs contextuels

Un nombre croissant d'**acteurs académiques et politiques sont demandeurs d'une culture d'évaluation**. Dans ce cadre **l'Observatoire** développe d'ailleurs actuellement un **« pôle politique et évaluation des politiques »**.
Les répondants ont évoqué plusieurs options possibles : utiliser des **évaluations existantes en promotion de la santé** (certains intervenants ont rappelé le fait que nombre de pratiques de promotion de la santé ont déjà été évaluées, et que ces évaluations les rendent éventuellement reproductibles) ; **utiliser les indicateurs santé-social de l'Observatoire** ; effectuer des **EIS ex-ante, par exemple sur des éléments du PRDD** ; effectuer des **EIS ex-post sur des actions transversales concrètes** implémentées dans divers secteurs en RBC...

Il faut toutefois tenir compte du fait que l'**idée des EIS est reçue de manière diverse par les acteurs politiques**.

# 4. Synthèse

## 4.1. Points de consensus

Le projet « Bruxelles, Ville-Région en Santé » semble créer l'opportunité que se rencontrent à la fois les objectifs du réseau européen « Villes en santé » de l'OMS, certaines préoccupations anciennes et actuelles du Collège réuni (CR) de la Commission Communautaire Commune (exprimées dans la « Déclaration politique du Collège réuni de la Commission Communautaire Commune ») et une partie des missions de l'Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale.

### 4.1.1. Politique globale de santé

Il en va ainsi du **développement d'une politique globale de santé**. On trouve ce souhait dans la déclaration politique du CR. La note de l'Observatoire au Collège Réuni du 09/11/2012 (Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale, 2012, op cit.) allait dans le même sens, proposant d'« améliorer la cohérence des politiques de santé bruxelloises ». Nous y voyons également une certaine convergence avec l'axe permanent des villes-santé de l'OMS visant à « améliorer la gouvernance en matière de santé » (Organisation Mondiale de la Santé, 2014, op. cit.).

*Concrètement*

L'élaboration d'un **Plan de Santé Bruxellois,** autre souhait exprimé dans la déclaration du CR, va dans le sens de ce développement et de cette recherche de cohérence. L' « Ordonnance relative à la politique de prévention en santé » de la Région de Bruxelles-Capitale (19 juillet 2007) prévoit d'ailleurs la réalisation d'un « plan de prévention en santé ».

**Le processus d'un Intercabinet élaborant un plan** sous le pilotage de l'Observatoire a déjà été rôdé via le groupe de travail intercabinet pauvreté et le plan qui en est issu. On pourrait construire sur ce modèle tout en veillant à ce que les thématiques d'une ville-santé traitées dans les deux Intercabinets, s'ils sont (re)mis sur pied, soient bien réparties, afin de ne pas faire « double-emploi ».

Une « **plateforme de concertation** sur le modèle de la CIM santé » est d'ailleurs souhaitée dans la déclaration du CR. Ainsi, fonctionner, à partir d'une CIM santé-social d'où émaneraient deux groupes de travail (un intercabinet santé et un intercabinet pauvreté) semble faire sens, à la fois pour les responsables politiques (et ce d'autant qu'un certain nombre d'interlocuteurs politiques se sont plaints de l'absence d'une plateforme commune en RBC, où on prendrait connaissance de ce que font les autres entités fédérées dans le domaine de la santé) et pour les intervenants en santé-social.
Cela nécessite toutefois quelques précisions. Premièrement, des **ponts** devraient être imaginés avec l'Intercabinet pauvreté, puisque leurs thématiques se recouperont souvent (nombre des thèmes de la « pauvreté » étant liés à des déterminants de la santé ! – exemple : le logement). Ensuite, le CR doit trancher la question du **pilotage politique de BVS** (les répondants des cabinets ayant émis des avis assez variés sur le sujet). On pourrait opter pour un pilotage de BVS par le ministre-président de la RBC, de par l'aspect transversal du projet (peu de thématiques d'une ville-santé relèvent exclusivement de la compétence santé ou de la compétence pauvreté, et un ministre-président est idéalement placé pour avoir une vue globale des dossiers). Les ministres de la santé et de l'aide aux personnes piloteraient respectivement, de leur côté, les intercabinets santé et pauvreté.

Il appartiendra aux groupes de travail intercabinets d'imaginer les formes que prendra la **visibilité souhaitée** pour les ministres impliqués. Quant à la **transparence du projet BVS lui-même**, elle serait assurée par l'Observatoire (co-construction avec les intercabinets ; reporting des développements du projet ; rapports d'activités…).

La vision de service public nécessaire à ce type de projet serait assurée par l'**implication des administrations** dans les intercabinets.

Enfin, pour que les acteurs ne se sentent pas frustrés par des séances plénières qu'ils perçoivent parfois comme lourdes et peu efficaces, ils pourraient être **invités aux groupes de travail en fonction de l'ordre du jour** et des thématiques traitées. Le noyau des intercabinets serait toutefois composé des cabinets de l'aide aux personnes d'un côté ; de ceux de la santé de l'autre.

### 4.1.2. Inégalités sociales en santé

**Lutter contre les inégalités sociales en santé** est également un souhait exprimé dans la déclaration de gouvernement du Collège Réuni. Cela rejoint le souci de l'OMS d' « améliorer la santé pour tous et réduire les inégalités de santé » (un des deux objectifs stratégiques de la phase VI du réseau européen des villes-santé de l'OMS). L'Observatoire souhaitait lui-aussi, dans sa note au CR « développer des politiques de lutte contre les inégalités sociales face à la santé » (Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale, 2012, op cit.).

*Concrètement*

La lutte contre les inégalités sociales en santé semble très largement plébiscitée. Il y aurait cependant à s'entendre sur la manière de l'entreprendre. En effet, **les avis restent partagés sur des interventions finement ciblées en fonction du gradient social de la population, selon le principe de l' « universalisme progressif »**.
Toutefois, pour lutter contre les inégalités en santé, un **outil d'« évaluation d'impact santé-social » peut être développé par l'Observatoire**. En effet, même si les avis des répondants à cette étude divergent sur les EIS, se distribuant de « plutôt favorable » à « plutôt défavorable » (ces derniers

craignant notamment, outre leur coût, une bureaucratie paralysante en cas de systématisation des EIS), le fait d'effectuer des évaluations d'impact, même *non-contraignantes*, est une manière d'initier un **processus de sensibilisation à l'impact des politiques sur la santé et le bien-être,** qui peut à terme déboucher sur un système qui intègre beaucoup mieux les préoccupations santé-social *dans toutes les politiques*, et ce **sur base de documentation *evidence-based***.

### 4.1.3. Déterminants de santé

C'est également dans la déclaration de gouvernement du Collège Réuni que l'on peut lire qu'il importe d'agir sur les **déterminants sociaux de la santé**. C'est de plus un des axes de travail permanents du réseau européen des villes-santé que de « traiter les questions de l'équité et des déterminants sociaux de la santé » (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2014, op. cit.). Enfin, la note de l'Observatoire au Collège réuni sur le développement du projet BVS (Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale, 2012, op cit.) proposait que le projet BVS permette à terme d'agir « sur les déterminants de la santé de la population (logement, mobilité, aménagement du territoire, etc.) ».

*Concrètement*

Le fait d'**agir sur les déterminants de la santé a semblé emporter une très large adhésion** parmi les répondants à l'étude de faisabilité. Mettre de la « santé dans toutes les politiques » en agissant sur les « déterminants de la santé » demande toutefois aussi d'être attentif à un ensemble de points-clés (élaboration des stratégies et des plans dans un intercabinet santé ; présidence légitime ; implication des administrations pour dépasser un certain morcellement du secteur santé ; invitation des participants selon les thématiques à l'ordre du jour plutôt qu'en plénières systématiques ; mise au point d'un test d'évaluation d'impact santé-social par l'Observatoire). On peut y rajouter le souhait qu'un tel groupe de travail soit **concret dans les ordres du jour et les dossiers à traiter**, pour augmenter le sentiment d'efficacité ressenti par les partenaires.

### 4.1.4. Plateforme de concertation de terrain

On peut lire dans la note de gouvernement du Collège Réuni que « le CR soutiendra la concertation entre les acteurs de l'aide et des soins à domicile mais également les prestataires de santé, les hôpitaux et les services de première ligne. ». Ce souhait de développer la concertation des acteurs rejoint en grande partie la **volonté de création ou d'utilisation d'une plateforme de terrain transversale, pressentie dans le cadre de BVS**. Les acteurs eux-mêmes ont plébiscité de manière très large le fait d'être associés à la construction d'une politique de santé, afin que celle-ci ne soit pas « déconnectée » des réalités de terrain.

*Concrètement*

Il importe de tenir compte d'une certaine méfiance des acteurs vis-à-vis d'une plateforme de terrain qui serait créée de toute pièce, en raison d'expériences passées qui n'ont pas toujours débouché sur les résultats qu'espéraient les participants. Pour cette raison, **faire usage d'une plateforme existante** peut s'avérer judicieux. On peut ainsi imaginer faire appel au **Conseil Consultatif de la Santé et de l'Aide aux personnes de la COCOM**, dont les commissions « santé » et « aide aux personnes » et leurs différentes sections peuvent être saisies de dossiers pour avis, et dont la composition reflète en partie la variété des secteurs de la santé et de l'aide aux personnes en RBC. Notons aussi l'existence de la **Plateforme Bruxelloise du secteur de la Promotion de la Santé**, qui s'est constituée en porte-parole du secteur de la promotion de la santé face aux mutations pressenties dans le cadre de la sixième

réforme de l'Etat, et qui envisage de se constituer en fédération ; ou encore le **binôme cbps-logo qui effectue régulièrement des diagnostics locaux** liés à la santé communautaire dans les quartiers bruxellois. Il pourrait être intéressant de connaître les conditions d'intervention de ces deux dispositifs sur des dossiers d'analyse et de diagnostic local, aux fins éventuelles de leur confier une partie de ce travail de « plateforme de terrain ». De plus, **des institutions qui, de par leurs missions ou leurs statuts, ont déjà une vision, une action ou un mode de fonctionnement transversal (multidisciplinaire, inter-administrations, inter-secteurs, etc.**), peuvent être consultées individuellement sur des dossiers précis (quelques exemples : les coordinations de soins mutuellistes; la Fédération des Maisons Médicales – FMM ; la Ligue des Usagers des Services de Santé - LUSS; le Réseau Multidisciplinaire Local Bruxelles – RML B; la Plateforme de Concertation en Santé mentale; le SMES-B – Santé Mentale et Exclusion Sociale Belgiqe; la STRADA; les contrats de quartier; les wijkgezondheidscentra; certains comités de quartier…).

On notera au passage que **la réalisation de diagnostics locaux pourrait impliquer notamment un volet de consultation des habitants**, qu'un certain nombre de répondants à l'étude de faisabilité ont appelé de leurs vœux.

Enfin, le Collège Réuni pourrait réfléchir à l'opportunité d'**impliquer les partenaires sociaux** dans le processus de construction d'une politique de santé, comme suggéré par certains des acteurs santé-social interrogés.

## 4.2. Points à explorer

### 4.2.1. Favoriser l'inscription en première ligne « généraliste »

Un consensus relativement large (dans la littérature comme chez les partenaires) semble plaider pour **favoriser l'inscription des Bruxellois dans une structure de santé généraliste de première ligne (maison médicale, médecin généraliste**), afin de permettre une prise en charge rapide et adéquate, encourager un échelonnement des soins (sans pour autant le rendre obligatoire) et ainsi éviter le recours en première intention aux médecins spécialistes ou aux urgences.

*Concrètement*

Cette **thématique peut être mise à l'ordre du jour du futur intercabinet santé** s'il se constitue et s'attelle à l'élaboration d'un plan de santé bruxellois. Il appartiendra aux cabinets impliqués de se positionner par rapport aux implications et aux articulations qui lient ce thème à d'autres débats, et notamment le débat sur l' « hôpital de proximité ».

**Diverses pistes opérationnelles** peuvent être explorées pour implémenter une telle action, et notamment pour certains le fait de réaliser, dans chaque commune, un ***compendium* de l'offre de tous les services de santé, qui serait fourni systématiquement aux nouveaux arrivants**, et parmi eux les primoarrivants, pour lesquels des traductions dans plusieurs langues devraient être réalisées. Un **diagnostic local peut également être réalisé auprès de structures généralistes** (maisons médicales, wijkgezondheidscentra, médecins généralistes), **des institutions-relais** que sont les CPAS et les échevinats de la santé, **et des habitants**, afin d'objectiver les besoins nécessaires à réaliser cet objectif.

### 4.2.2. Plans existants

Etant donné l'existence de nombreux plans en Région bruxelloise ayant nécessité de nombreuses heures de travail concerté, il peut être utile à la fois d'enrichir le processus BVS de l'ensemble de ces plans sans réinventer des réflexions qui ont déjà eu lieu mais aussi de les analyser sous l'angle d'effets sanitaires potentiels.
Le plan le plus intéressant, pour se livrer à cet exercice, serait sans doute le PRDD. En effet, ce dernier est censé apporter une vision transversale des problématiques qui touchent les bruxellois dans les domaines les plus divers (emploi, logement, mobilité, développement du territoire, etc.). A ce titre, il est censé englober les autres plans de développement de la RBC qui lui sont contemporains : New Deal (emploi) ; Plan Régional d'Affectation des sols « démographique » (affectation des sols en fonction de l'essor démographique) ; divers plans de mobilité (IRIS II, Plan de stationnement, Plan piéton…) ; Plan régional du logement ; etc.

*Concrètement*
Il s'agirait d'**identifier, au sein du PRDD, une section sur laquelle travailler** en priorité (exemple : le développement de la zone du canal), puis **d'identifier les compétences concernées** et les cabinets politiques qui mènent des actions dans ce domaine. Il faudrait ensuite **les rencontrer pour évaluer à quel stade de développement se trouvent ces actions**, et proposer le cas échéant des **EISS sur des points précis**, sans négliger aucun des déterminants en jeu.

## 4.3. Proposition de fonctionnement

Sur base de ces résultats, l'Observatoire propose de tester, pendant l'année suivante (2014-2015), le mode de fonctionnement suivant du projet BVS. Celui-ci devra être discuté dès mise à disposition de ce rapport par le Comité d'accompagnement (composé des représentants des Ministres et secrétaires d'Etat de l'ensemble des entités fédérées bruxelloises participantes sous la présidence des Membres du Collège réuni compétents pour la santé).

### 4.3.1. Intercabinet santé émanant d'une CIM Santé-Social

Dans le cadre de la CIM Santé-Social, un intercabinet « santé » mettrait en œuvre la rédaction du « Plan de santé bruxellois » (PSB) contenu dans la « Déclaration politique du Collège réuni de la Commission Communautaire Commune ».

La CIM et les deux intercabinets (pauvreté et santé) fonctionneraient selon une stratégie globale « santé-bien-être » qui donnerait de la transversalité aux politiques de santé et d'aide aux personnes, en les faisant converger vers certains des objectifs du Collège Réuni, notamment ceux rejoignant les objectifs du réseau des villes-santé de l'OMS (lutte contre les inégalités en santé ; développement d'une politique de santé globale et cohérente par l'amélioration des déterminants de la santé).

**La spécificité de BVS serait donc le soutien de cet intercabinet et son accompagnement dans la rédaction du PSB, en relation avec la CIM et l'intercabinet pauvreté ainsi que la plateforme de terrain, dans le cadre de cette stratégie globale « santé-bien-être ».**

### 4.3.2. Evaluations d'impact *ex-ante*

Des **évaluations d'impact sur la santé (EIS) *ex-ante* devraient être menées** dans le cadre de BVS. Il s'agirait d'EIS qui pourraient être menées **en premier lieu sur des développements opérationnels du Plan Régional de Développement Durable (PRDD), à identifier par l'Observatoire en accord avec les cabinets concernés**.

BVS se mettrait ainsi au service des décideurs politiques responsables des axes de développement du PRDD, afin de remplir un rôle d'aide à la décision politique là où les cabinets concernés en ont besoin.

Le cadre méthodologique développé à l'Observatoire dans son pôle « politique et évaluation des politiques » sera mis au service de ces évaluations d'impact. Les évaluations d'impact devront être adaptées avec souplesse au cadre des actions et stratégies évaluées et inclure l'ensemble des acteurs impliqués.

### 4.3.3. Evaluations d'impact *ex-post*

Des **évaluations d'impact sur la santé (EIS) *ex-post* devraient également être réalisées** dans le cadre de BVS. Celles-ci viseraient **par exemple des interventions existantes en promotion de la santé menées sur le terrain**, afin d'essayer de les théoriser suffisamment **pour les rendre reproductibles** là où elles constituent de « bonnes pratiques ». De surcroît, de telles évaluations permettront d'identifier les mécanismes d'*inclusion* qui sous-tendent ces bonnes pratiques, et a contrario les mécanismes institutionnels d'*exclusion* qui menacent les publics les plus défavorisés, et contre lesquels luttent ces bonnes pratiques.

On veillera, lors de ces évaluations, à tenir compte de même de l'ancrage local, territorial, des pratiques.

### 4.3.4. Participation au Réseau de Villes-Santé OMS

En tant que membre du réseau européen des villes-santé de l'OMS, la RBC peut bénéficier de l'expérience/expertise des autres villes-santé mais doit également remplir certaines obligations. Essentiellement, il s'agit de participer activement à **une conférence annuelle du réseau, et** il est par ailleurs attendu de chaque ville-santé qu'elle s'inscrive et prenne part à **un des sous-réseaux tels que le sous-réseau des villes-santé francophones ou le sous-réseau « Healthy Urban Environment »**.

# 5. Bibliographie

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Phase VI (2014-2018) du Réseau Européen des villes-santé de l'OMS : objectifs et conditions. 2014.

International Association for impact Assessment (2006) Health Impact Assessment. International Best Practice Principles. Special Publication Series No.5.

Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale. Note au Collège réuni de la Commission Communautaire Commune. 18 Octobre 2012.

Organisation Mondiale de la Santé. 03 mai 2013. « Déterminants sociaux de la santé : Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé ». In *Organisation Mondiale de la* Santé. En ligne. <http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/>. Consulté le 04 septembre 2014.

UCL Institute of Health Equity. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region : final report. World Health Organization, Regional Office for Europe. 188 pp. 2013. Copenhaegen. p6.

World Health Organization, Regional Office for Europe, European Centre for Health Policy (1999) Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper.

World Health Organization. 01 décembre 2013. « Health impact assesment : The determinants of health. » In *World Health Organization*. En ligne. < http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>. Consulté le 08 septembre 2014.

# 6. ANNEXES

ANNEXE N°1 : LISTE DES MEMBRES DU COMITE TECHNIQUE DE L'ASBL « BRUXELLES, VILLE-SANTE » INTEROGEES

| NOM | PRENOM | ORGANISATION |
|---|---|---|
| VEGERGAINSKY | CATHERINE | Centre Bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS - autrefois CLPS, Centre Local de Promotion de la Santé) |
| THIEBAUT | PATRICIA | Centre Bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS - autrefois CLPS, Centre Local de Promotion de la Santé) |
| DE BRUYCKER | SVEN | Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale / Administration de l'Aménagement du Territoire et du Logement / Ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest / Bestuur Ruimtelijke Ordening en Huisvesting (AATL/BROH) |
| RUAUX | CHRISTOPHE | Question Santé, service communautaire de promotion de la santé en FWB |
| MICHIELS | LUK | Société de Développement pour la Région de Bruxelles-Capitale (SDRB)/Gewestelijke Ontwikkelingsmaatschappij voor het Brussels Gewest (GOMB) |
| DULAING | HEIDI | Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO) |
| TRULLEMANS | MARC | ACTIRIS, cellule diversité/diversiteitscel (précédemment Pacte Territorial pour l'emploi en Région de Bruxelles-Capitale/ Territoriaal Pact voor de Werkgelegenheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) |
| VAN HAELEN | DOMINIQUE | Service d'accompagnement social aux Locataires sociaux (SASLS)/Dienst voor Maatschappelijke Begeleiding van Sociale Huurders(DMBSH) |
| DECLERCK | PRISCILLA | Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE) / Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM) |
| BLADT | SANDRINE | Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE) / Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM) |
| LAHAYE | THIERRY | COCOF aide méthodologique aux projets |
| MAY | CLAUDE | Institut d'encouragement de la Recherche Scientifique et de l'Innovation sociale / Instituut ter bevordering van het Wetenschappelijk Onderzoek en de Innovatie van Brussel (IRSIB/IWOIB) |
| CORNESSE | ETIENNE | Bruxelles Propreté / Net Brussels |
| VAN CAUWENBERGHE | TREES | Huis Voor Gezondheid (madame Van Cauwenberghe était précédemment dans le Comité Technique de BVS pour le Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad), |
| PAHUD | SOLVEIG | Centre de Documentation et de Coordination Sociales (CDCS) / Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie (CMDC) |
| MASSON | CLAIRE | Société de Transports Intercommunaux de Bruxelles (STIB) / Maatschappij voor het Intercommunaal vervoer te Brussel (MIVB) |

ANNEXE N°2 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX INTERVIEWS DES MEMBRES DU COMITE TECHNIQUE DE L'ASBL BVS

Organisation rencontrée:

Personne rencontrée:

1) Quel a été votre ressenti, en tant que professionnel, sur le projet "Bruxelles, Ville-Région en Santé", tel qu'il s'est déroulé jusqu'ici?

2) (Si nécessaire, après la réponse à la première question) Quel est votre ressenti, en tant que professionnel, sur l'avenir d'un projet tel que "Bruxelles, Ville-Région en Santé"

Les ressentis/constats exprimés seront listés ci-dessous :
.
.
.
.
.

**Questions :**

**Question 1 Comment qualifieriez-vous la faisabilité de l'implication du niveau politique dans un tel projet?**

o Haute o Moyenne o Plutôt basse o Très basse

Explication :

**Question 2 Comment qualifieriez-vous la faisabilité de l'implication des organisations de terrain dans un tel projet?**

o Haute o Moyenne o Plutôt basse o Très basse

Explication :

**Question 3 Comment voyez-vous l'éventuel rôle futur de votre organisation dans un tel projet?**

Faisabilité: o Haute o Moyenne o Plutôt basse o Très basse

Explication :

**Question 4 Comment qualifieriez-vous la faisabilité de l'implication des habitants dans un tel projet?**

o Haute o Moyenne o Plutôt basse o Très basse

Explication :

ANNEXE N°3 : LISTE DES ACTEURS DU CHAMP SOCIO-SANITAIRE BRUXELLOIS INTERROGES

| **NOM** | **PRENOM** | **ORGANISATION** |
|---|---|---|
| VANKELEGOM | BRUNO | FOREST QUARTIER SANTE |
| PLATEFORME D'ACTION | SANTE_SOLIDARITE | Plate-forme d'Action Santé et Solidarité |
| VERCRUYSSE | BERNARD | Fédération des Associations des Médecins Généralistes de Bruxelles |
| MUSETTE | VALENTINE | RML-B (Réseau Multidisciplinaire Local - Bruxelles) |
| BOUDIBA | KHADIJA | COCOM Service de la Santé |
| BROEDERS | FRANCIS | Association Bruxelloise des Institutions de Soins Privées/Centre Hospitalier Jean Titeca |
| AVALOSSE | HERVE | Service d'étude de l'Alliance nationale des *Mutualités* chrétiennes |
| LISOIR | HERVE | Fondation Roi Baudouin |
| BOUTON | EMMANUEL | SMES_B Santé Mentale Exclusion Sociale à Bruxelles |
| CAELS | YOURI | Plate-forme de Concertation *Santé Mentale* - RBC |
| FERRANT | LOUIS | Wijkgezondheidscentrum Medikuregem |
| DE SPIEGELAERE | MYRIAM | Ecole de Santé Publique ULB |
| COX | PIA | Welzijn en Volksgezondheid, Infectieziektebestrijding Vlaanderen. |
| GONCALVES | MANU | Ligue Bruxelloise de Santé Mentale - Responsable "coordination santé mentale et précarités" |
| DEBOOSERE | PATRICK | VUB; Economische en sociale wetenschappen |

ANNEXE N°4 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX INTERVIEWS DES ACTEURS DU CHAMP SOCIO-SANITAIRE BRUXELLOIS

**Organisation rencontrée :**

**Personne(s) rencontrée(s) :**

**Introduction**

L'adhésion au réseau des « Villes-Santé » (« Healthy Cities ») de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est l'engagement pris par les autorités publiques d'une ville (ou, dans ce cas-ci, d'une « ville-région »), à faire converger ses politiques vers un ensemble de principes de santé citoyenne et communautaire. En voici quatre piliers centraux :

- La lutte contre les inégalités sociales de santé;
- La "santé dans toutes les politiques"; soit le développement d'une vision orientée "santé" dans les différentes compétences politiques à l'oeuvre en Région bruxelloise;
- La promotion de la participation communautaire (c'est-à-dire des habitants) au processus de promotion de la santé;
- L'intervention sur les déterminants socio-économiques de la santé plutôt que sur les seuls symptômes de mauvaise santé, et de préférence pour prévenir leur apparition.

Il s'agirait, à l'occasion de l'intégration de BVS dans la COCOM, d'améliorer la cohérence des politiques de santé bruxelloises :

- développement d'une vision de santé publique pour la région bruxelloise;
- articulation plus efficace entre les différents leviers d'amélioration de la santé qui sont dans les mains des autorités bruxelloises :
- promotion de la santé et de la santé communautaire;
- prévention (vaccins, dépistages…) ;
- articulation efficace de la première ligne de soins et des services d'aide aux personnes;
- etc.

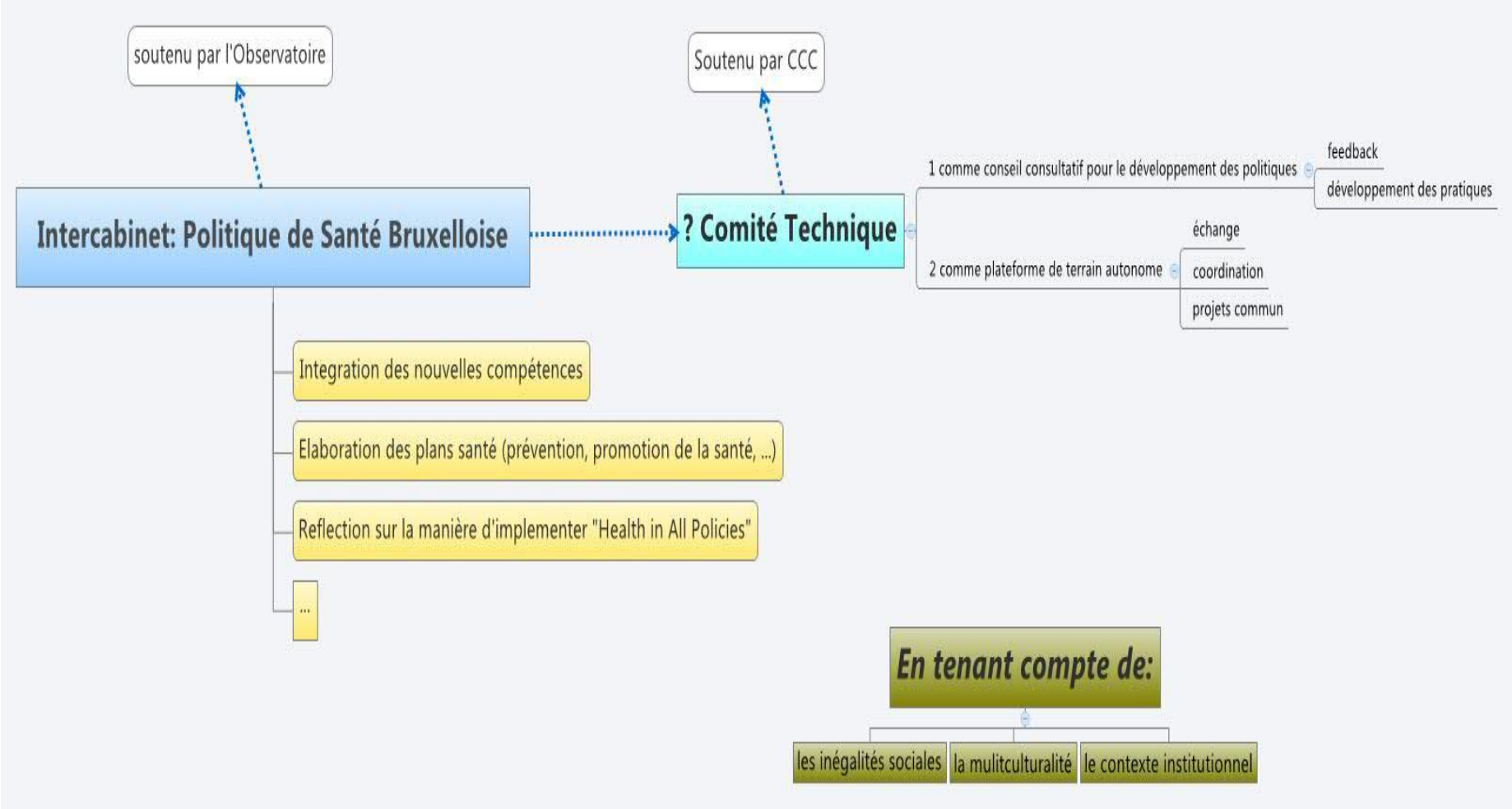
**Questions :**

**1. Au vu de ces éléments, comment verriez-vous le projet "BVS" dans le contexte de la région bruxelloise (pertinence, opportunités, obstacles, etc.)?**

**2. Comment mèneriez-vous personnellement ce projet s'il vous était confié?**

**3. Au vu du schéma suivant, auriez-vous des éléments de réponse supplémentaires à ajouter?**

*Schéma récapitulatif*



ANNEXE N° 5 : LISTE DES MEMBRES ET ANCIENS MEMBRES DES CABINETS CONCERNES PAR LE PROJET BVS INTERROGES

| NOM | PRENOM | CABINET | COMPETENCE |
|---|---|---|---|
| MOTTEUX | MARTINE | GROUWELS | AIDE AUX PERSONNES |
| SAVELKOUL | ETHEL | VANHENGEL | SANTE |
| VAN DER VEKEN | MARK | DE LILLE | SPORT (personne de contact pour le plan de lutte contre la pauvreté) |
| PERILLEUX | BENOIT | VERVOORT | DEVELOPPEMENT TERRITORIAL (Plan Régional de Développement |
| HENRY DE GENERET | PHILIPPE | FREMAULT | gezondheid (conseiller cocom) FR |
| BROUSSAN | FANNY | FREMAULT | EMPLOI (personne de contact pour le plan de lutte contre la |
| ZIMMER | POL | DOULKERIDIS | LOGEMENT |
| BERLAIMONT | SOPHIE | MADRANE | PROPRETE PUBLIQUE, INFRASTRUCTURES SPORTIVES (personne de |
| GOOSSENS | MARTINE | VG VANDEURZEN | WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN |
| DAENENS | SABINE | VGC | GEZONDHEID |
| MAUN | DOMINIQUE | COCOF | SANTE |

ANNEXE N°6 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX INTERVIEWS DES MEMBRES (OU ANCIENS MEMBRES) DES CABINETS DE LA CCC EXERCANT LA COMPETENCE « SANTE »

**Organisation rencontrée :**

**Personne(s) rencontrée(s) :**

**Introduction**

L'adhésion au réseau des « Villes-Santé » (« Healthy Cities ») de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est l'engagement pris par les autorités publiques d'une ville (ou, dans ce cas-ci, d'une « ville-région »), à faire converger ses politiques vers un ensemble de principes de santé citoyenne et communautaire. En voici quatre piliers centraux :

- La lutte contre les inégalités sociales de santé;
- La "santé dans toutes les politiques"; soit le développement d'une vision orientée "santé" dans les différentes compétences politiques à l'oeuvre en Région bruxelloise;
- La promotion de la participation communautaire (c'est-à-dire des habitants) au processus de promotion de la santé;
- L'intervention sur les déterminants socio-économiques de la santé plutôt que sur les seuls symptômes de mauvaise santé, et de préférence pour prévenir leur apparition.

Il s'agirait, à l'occasion de l'intégration de BVS dans la COCOM, d'améliorer la cohérence des politiques de santé bruxelloises :

- développement d'une vision de santé publique pour la région bruxelloise;
- articulation plus efficace entre les différents leviers d'amélioration de la santé qui sont dans les mains des autorités bruxelloises :
- promotion de la santé et de la santé communautaire;
- prévention (vaccins, dépistages…) ;
- articulation efficace de la première ligne de soins et des services d'aide aux personnes;
- etc.

**Questions :**

**Q1 Quel fut l'historique de l'ordonnance relative à la politique de prévention en santé du 19 juillet 2007 (travaux parlementaires, finalités, acteurs impliqués)?**

- **L'ordonnance prévoyait l'élaboration de plans de prévention pluriannuels pour la RBC. Comment expliquer qu'un tel plan n'ait pas encore vu le jour? Quels sont les obstacles et les opportunités/leviers à prendre en compte dans ce processus?**
- **Une tentative de premier plan a pourtant eu lieu autour du dépistage du cancer du sein, avec implication de Brummamo, de l'Observatoire, du LOGO et du CLPS. Celle-ci n'a cependant pas abouti. Par quels facteurs l'expliquer ?**

**Q2 L'ordonnance de 2007 ne prévoit pas, dans le plan de prévention, que des activités de dépistage ou de monitoring des maladies transmissibles, mais aussi des actions de promotion de la santé, qu'on peut décliner en actions sur les déterminants de la santé (emploi, enseignement, logement, environnement, formation professionnelle, etc.). Cela peut contribuer à atteindre l'objectif général que l'OMS nomme « Health in all policies » (cf exemple du Québec). Comment voyez-vous le rôle assumé par les ministres en charge de la santé, dans ce processus ? En seraient-ils les initiateurs ? Les coordinateurs ? Les évaluateurs ?... Selon quelles modalités ?**

ANNEXE N°7 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX INTERVIEWS DES MEMBRES (OU ANCIENS MEMBRES) DES CABINETS DE LA CCC EXERCANT LA COMPETENCE « AIDE AUX PERSONNES » OU DES COMPETENCES RELATIVES AUX « DETERMINANTS DE LA SANTE »

**Organisation rencontrée :**

**Personne(s) rencontrée(s) :**

**Introduction**

L'adhésion au réseau des « Villes-Santé » (« Healthy Cities ») de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est l'engagement pris par les autorités publiques d'une ville (ou, dans ce cas-ci, d'une « ville-région »), à faire converger ses politiques vers un ensemble de principes de santé citoyenne et communautaire. En voici quatre piliers centraux :

- La lutte contre les inégalités sociales de santé;
- La "santé dans toutes les politiques"; soit le développement d'une vision orientée "santé" dans les différentes compétences politiques à l'oeuvre en Région bruxelloise;
- La promotion de la participation communautaire (c'est-à-dire des habitants) au processus de promotion de la santé;
- L'intervention sur les déterminants socio-économiques de la santé plutôt que sur les seuls symptômes de mauvaise santé, et de préférence pour prévenir leur apparition.

Il s'agirait, à l'occasion de l'intégration de BVS dans la COCOM, d'améliorer la cohérence des politiques de santé bruxelloises :

- développement d'une vision de santé publique pour la région bruxelloise;
- articulation plus efficace entre les différents leviers d'amélioration de la santé qui sont dans les mains des autorités bruxelloises :
- promotion de la santé et de la santé communautaire;
- prévention (vaccins, dépistages…);
- articulation efficace de la première ligne de soins et des services d'aide aux personnes;
- etc.

**Questions :**

**Q1 Voyez-vous un lien direct ou indirect entre votre compétence et la santé? Voyez-vous votre compétence comme un déterminant de la santé?**

**Q2 Votre cabinet met-il des choses en œuvre, actuellement, qui agissent sur la santé dans le sens d'un déterminant**

**Q3 De quoi avez-vous ou auriez-vous eu besoin pour agir dans ce sens?**

ANNEXE N°8 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX INTERVIEWS DES MEMBRES (OU ANCIENS MEMBRES) DES CABINETS DE LA COCOF, DE LA VGC ET DE LA VLAAMSE GEMEENSCHAP EXERCANT LA COMPETENCE « SANTE »

**Organisation rencontrée :**

**Personne(s) rencontrée(s) :**

**Introduction**

L'adhésion au réseau des « Villes-Santé » (« Healthy Cities ») de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est l'engagement pris par les autorités publiques d'une ville (ou, dans ce cas-ci, d'une « ville-région »), à faire converger ses politiques vers un ensemble de principes de santé citoyenne et communautaire. En voici quatre piliers centraux :

- La lutte contre les inégalités sociales de santé;
- La "santé dans toutes les politiques"; soit le développement d'une vision orientée "santé" dans les différentes compétences politiques à l'oeuvre en Région bruxelloise;
- La promotion de la participation communautaire (c'est-à-dire des habitants) au processus de promotion de la santé;
- L'intervention sur les déterminants socio-économiques de la santé plutôt que sur les seuls symptômes de mauvaise santé, et de préférence pour prévenir leur apparition.

Il s'agirait, à l'occasion de l'intégration de BVS dans la COCOM, d'améliorer la cohérence des politiques de santé bruxelloises :

- développement d'une vision de santé publique pour la région bruxelloise;
- articulation plus efficace entre les différents leviers d'amélioration de la santé qui sont dans les mains des autorités bruxelloises :
- promotion de la santé et de la santé communautaire;
- prévention (vaccins, dépistages…) ;
- articulation efficace de la première ligne de soins et des services d'aide aux personnes;
- etc.

**Questions :**

**Q1 Votre cabinet a des compétences en santé. Quelle articulation verriez-vous avec le projet BVS de la cocom? Avez-vous déjà des actions qui vont dans le sens de ce que propose BVS? Quels obstacles et quels leviers y voyez-vous? Manque-t-il une structure de gouvernance ou un outil pour cela? Lors de la CIM social-santé, la cocom, la cocof, la vgc et la Région étaient présentes, comment cela a-t-il fonctionné; était-ce un bon moyen? Quels étaient les leviers, les obstacles?**

**Q2 Connaissez-vous bien l'ordonnance relative à la prévention en santé de la cocom de 2007 ? Quelle articulation peut-elle offrir avec vos compétences ? Quels obstacles et quels leviers interviennent ?**

**Q3 Indépendamment de la réforme de l'Etat, la Cocom a un rôle de concertation et de coordination; comment le voyez-vous depuis vos compétences?**