



**En quoi la promotion de la santé peut-elle être
un outil de réduction des inégalités de santé ?
Stratégies locales d'intervention**

**D. DOUMONT
C. FEULIEN**

A la demande et en collaboration avec le Conseil Supérieur
de Promotion de la Santé de la Communauté française de Belgique

**Novembre 2010
Réf. : 10-62**

Série de dossiers techniques

Service Communautaire de Promotion de la Santé
avec le soutien de la Communauté française de Belgique



Tables des matières

I. Introduction.....	2
II. Méthodologie.....	3
III. Quelques initiatives intéressantes.....	3
a) En Communauté flamande de Belgique	3
b) En Communauté française de Belgique.....	10
IV. Conclusions.....	15
V. Bibliographie.....	17

En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil
de réduction des inégalités de santé ?
Stratégies locales d'intervention

I. Introduction

Le dossier technique 10-61 s'est attaché à définir les différents concepts recouverts par la thématique des inégalités sociales de santé et à expliciter les raisons de la perpétuation de celles-ci. Il a ensuite dressé un inventaire non exhaustif des programmes stratégiques mis en place en Belgique, et dans trois pays avoisinants.

Le présent dossier est quant à lui consacré à quelques exemples d'actions locales de terrain mises en place en Belgique, ayant pour objectif la réduction des inégalités de santé. Notons que ce dossier n'a pas pour vocation de dresser un inventaire exhaustif des actions menées dans notre pays puisque d'autres organisations ont déjà proposé des publications de ce type (cfr infra). Il a pour objectif de mettre en évidence différentes stratégies locales d'intervention.

Avant toute chose, il semble important de rappeler comment sont réparties les compétences en matière de santé dans notre pays car chaque entité a un pouvoir de décision propre et l'exerce en toute autonomie.

Bantuelle M. et Lonfils R. (cités dans Leva Ch. et Pereira T., 2010) les décrivent ainsi :

- La santé fédérale comprend le secteur des allocations sociales et des soins de santé. C'est essentiellement le curatif, mais également la santé publique, avec le contrôle des denrées alimentaires, l'inspection, la pharmacie, la médecine du travail, ...
- La santé régionale est plus en lien avec l'environnement : la pollution, le bruit, le traitement des déchets, les maisons médicales, la politique des handicapés, ... Ces matières jouent un rôle considérable en matière de promotion de la santé.
- La santé communautaire a trait essentiellement à la médecine préventive et à la promotion de la santé. On y retrouve des matières telles que la vaccination, les dépistages, la lutte contre la tuberculose, la prévention du sida, ...
- Les quatrième et cinquième niveaux sont constitués par les provinces et les communes.

Ainsi, comme l'a d'ailleurs relevé la recherche de la Fondation Roi Baudouin en collaboration avec l'Université de Gand et l'Université libre de Bruxelles sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socio-économiques de santé (2007), de nombreuses actions ont été mises en place en Belgique par les différents pouvoirs politiques compétents.

II. Méthodologie

Les recherches bibliographiques ont été menées sur les deux bases de données suivantes : Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé) et Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux).

Divers sites Internet ont également été consultés. Les mots clés utilisés pour la recherche sont : inégalités de santé, inégalités sociales de santé, inégalités socio-économiques de santé, précarité, stratégies, promotion de la santé.

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles retenus.

Ainsi, ce sont 10 documents sélectionnés sur base des abstracts et mots clés, qui ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie et constituent ce dossier. La majorité d'entre eux datent des 5 dernières années et émanent d'auteurs de langue française.

III. Quelques initiatives intéressantes

a) En Communauté flamande de Belgique

L'étude présentée par De Maeseneer et al. (2007) illustre la complexité mais également la richesse d'une approche intersectorielle en santé dans le cadre précis de la lutte des inégalités en santé.

En effet, au regard de la structure politique belge où les compétences émanent de différents niveaux de pouvoirs (fédéral, régional, provincial, communautaire et local), les auteurs identifient des actions contribuant à une meilleure « équité » en santé. Par exemple, à l'échelle nationale, de nombreuses mesures ont été prises pour garantir l'accès universel aux soins de santé. Au niveau régional, des politiques locales sociales ont été développées dans les villes et villages favorisant l'action intersectorielle entre les intervenants issus notamment du secteur de l'éducation, de la santé, de l'emploi, de l'environnement, etc. L'échelon local (quartiers) se distingue quant à lui par une approche ascendante (bottom-up) où par le biais de 'plateformes locales', des représentants de différents secteurs se rencontrent régulièrement. Des réseaux se créent ainsi progressivement et permettent le développement d'actions locales envers les communautés.

Des exemples concrets illustrant la situation en Flandre permettent d'étayer ces propos.

Rappelons toutefois que si la problématique des inégalités sociales en santé fait désormais partie prenante de l'inventaire des priorités politiques, son intérêt grandissant démarre progressivement à la suite d'initiatives locales, de recherches menées par des départements universitaires (médecine, santé publique, sociologie, etc.), d'un groupe de travail initié par la 'Fondation Roi Baudouin' qui, en octobre 2007, émet des recommandations politiques à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique ¹, d'organisations émanant de la société civile (représentants des minorités ethniques, etc.). Ces 'observations' sont d'ailleurs

¹ Recommandations politiques 'Inégalités en santé', octobre 2007, in <http://www.kbs-frb.be>

bien souvent le fait ‘d’initiatives spontanées’. Par exemple, un médecin de famille dont l’activité principale concerne une population issue de quartiers défavorisés et qui introduira la problématique des inégalités de santé à l’ordre du jour d’une nouvelle recherche universitaire ou alors une équipe de chercheurs qui commencent à étudier les relations entre la pauvreté et la santé. Cependant, ces ‘initiatives’ ne correspondent pas encore à la mise en œuvre de programmes d’action structurés et coordonnés dans la lutte contre les inégalités en santé.

Le gouvernement flamand prend l’initiative en 2005 d’établir une ‘politique sociale locale’. Elle vise l’intégration par les communes d’une politique de bien-être, de santé et d’égalité des chances à l’échelle locale.

Pour les auteurs, le concept de ‘maison sociale’ facilite l’accès des citoyens au regard des prestations sociales ; ce qui devrait leur permettre un accès plus rapide et plus efficace à leurs droits sociaux. Afin d’établir une telle politique sociale au niveau des villes et villages, une démarche ascendante est privilégiée.

A l’initiative du centre public du bien-être et du conseil communal, la ville de Gand (225 000 habitants), a organisé des rencontres entre différents groupes de personnes. Onze groupes ont ainsi été créés et se concentrent sur des thématiques spécifiques : les personnes âgées, les minorités ethniques, les soins de santé, la qualité du logement, le soutien éducatif, etc. Dans chaque groupe, des consommateurs et des représentants des services/ secteurs travaillent ensemble avec des équipes de chercheurs et des responsables politiques locaux. Au sein de chaque groupe sont élaborées des priorités d’actions qui sont ensuite exposées dans le cadre de conférence à l’ensemble des groupes identifiés. Au terme de ces conférences, quatre objectifs sont formulés, les deux premiers concernant l’accessibilité à des logements de qualité et l’accessibilité à un système de soins de santé de qualité. Des priorités d’actions concrètes sont ensuite été élaborées.

En avril 2007, des rencontres impliquant les différents secteurs (jeunesse, logement, personnes âgées, personnes en situation de handicap, emploi, santé, etc.) ont été organisées et un inventaire précis des différentes actions visant d’une part la réduction des inégalités sociales et d’autre part le renforcement de la cohésion sociales a pu être dressé.

Dans les années à venir, une approche ascendante sera privilégiée pour la mise en œuvre de ces actions en prônant une participation maximale des différents groupes cibles. Enfin, les programmes mis en place mettront plutôt l’accent sur une approche horizontale, ce qui aura pour conséquence non pas de développer des services particuliers à l’attention des ‘minorités ethniques’ ou des ‘personnes pauvres’ (au risque de les marginaliser plus encore) mais bien de stimuler/ d’encourager par exemple les médecins traitants et les centres de santé à améliorer l’accès des systèmes de soins pour les ‘groupes vulnérables’.

Les actions se dérouleront principalement au niveau des 25 subdivisions/ quartiers de la ville de Gand, chaque quartier comprenant approximativement 10.000 habitants. Une approche sectorielle sera également privilégiée au niveau des quartiers. Notons également que l’ensemble du processus mis en place fera l’objet d’une surveillance/ monitoring et que la ville de Gand s’engage à investir dans l’amélioration des bases de données sur l’emploi, la démographie, la pauvreté. Enfin, en ce qui concerne le domaine sanitaire, chaque année, un des cinq quartiers les plus vulnérables sera invité à participer à une enquête sur la santé, de manière à pouvoir recueillir des indicateurs plus précis.

Mécanismes et outils mis en place pour appuyer l’action intersectorielle développée au niveau de deux quartiers de la ville de Gand : le quartier ‘Ledeborg’ et le quartier ‘New Ghent’

Ces deux quartiers caractérisés par un indice de pauvreté élevé bénéficient d’un long passé ‘bottom-up’ et d’expériences intersectorielles. Pour les auteurs, une première condition

indispensable pour permettre la réalisation d'une action intersectorielle à un niveau local est la création d'une plate-forme permettant aux différents intervenants de se rencontrer, de recueillir et d'échanger des informations. Pour le quartier de Ledeborg, cette initiative a été prise en 1986 par le centre de santé communautaire 'Botermark' qui a expérimenté le besoin de mettre en réseau et de coopérer avec les professionnels issus de la santé, du social et d'autres secteurs. A ce jour, quelques 40 à 50 intervenants locaux et professionnels (petite enfance, social, emploi, police, représentants de la communauté turque, etc.) se réunissent encore, partageant ainsi leur expérience et poursuivant le développement de réseaux.

Le premier objectif de la mise en place d'une telle plate-forme est d'apprendre à mieux se connaître les uns les autres mais également comprendre les objectifs, projets, initiatives de chacun. Cet échange d'informations permet notamment d'identifier les problèmes récurrents d'accessibilité aux soins de santé au niveau local et un inventaire des problèmes importants à résoudre a ainsi pu être réalisé. Cela conduit à la réalisation d'un diagnostic communautaire traitant de problèmes comme la pauvreté, l'insécurité routière, la qualité du logement, les problèmes de solitude, etc. Les membres de la plate-forme analysent alors ensemble les problèmes identifiés afin de trouver, toujours ensemble, les solutions locales les plus adaptées. La plate-forme n'hésite d'ailleurs pas à interpeller, voire à affronter les politiques locales pour la résolution de l'une ou l'autre difficulté. Par exemple, dans les années 1980, suite à la fusion du quartier Ledeborg avec la ville de Gand, les services sociaux de ce quartier avaient été supprimés. Suite aux nombreux besoins et demandes de la population relayés via la plate-forme aux autorités locales, ce service a pu à nouveau être offert à la population locale. Ce qui fait dire aux auteurs que les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé sont souvent les 'avocats' des demandes citoyennes.

Au cours des 2 dernières décennies, la plate-forme a renforcé son expertise dans la lutte contre les inégalités de santé et la pauvreté en organisant notamment des sessions de formation, des déjeuners débats, des colloques, etc. Le gouvernement local, qui apprécie les activités mises en place au sein de la plate-forme, soutient désormais financièrement celle-ci. A l'heure actuelle, il existe des plate-formes dans tous les quartiers de la ville de Gand.

En 1978, le Centre de santé communautaire mis en place à Ledeborg avait pour mission de fournir à l'aide d'une équipe pluridisciplinaire (médecins traitants, infirmières, dentistes, travailleurs sociaux, éducateurs à la santé, etc.) des services/ soins de santé à la collectivité locale. Toutefois, très rapidement, pour un grand nombre de patients issus de la collectivité, cet 'accès' aux soins a été freiné par la nécessité de devoir contribuer financièrement aux actes prestés (système de rémunération à l'acte et quote-part patient s'élevant à 25 %). Dès lors, des négociations ont été lancées au niveau national afin d'établir un système de financement plus adapté aux conditions des patients et depuis 1995, le centre de santé communautaire a adopté un système permettant une accessibilité maximale aux soins de santé primaire à tous les membres de la collectivité. De plus, grâce au développement d'une approche multidisciplinaire, le contexte social des problèmes de santé et leur relation avec la pauvreté peuvent être explorés et pris en compte dans le cadre des soins apportés aux patients. Régulièrement, grâce au travail en réseau, la présentation d'un problème de santé par le patient est le point de départ qui permet de s'attaquer aux inégalités : recherche d'un logement plus adapté, reconnaître et favoriser les compétences du patient, faire se rencontrer des patients vivant des difficultés similaires, collaborer avec les services emploi, etc.

Toutefois, très rapidement, il est apparu que l'approche axée uniquement sur les individus et leurs familles ne permet pas à elle seule de lutter contre les inégalités de santé et une stratégie communautaire de prestation de soins de santé primaires axée sur la collectivité (Community Oriented Primary Care strategy- COPC) a été mise en place.

Il s'agit d'un moyen d'intégrer les soins de santé primaires dans une approche de santé publique et de réaliser une évaluation systématique des besoins de santé de la population, d'identifier les problèmes de santé communautaire de cette population, de prévoir la mise en œuvre d'interventions systématiques, en impliquant la population cible (par exemple, modification des procédures, changement des modes de vie, amélioration des conditions de vie) et d'évaluer l'impact des changements (observés) afin de s'assurer que les services de santé sont améliorés et en adéquation avec les besoins réels de la communauté.

Les équipes 'COPC' définissent des interventions spécifiques visant à résoudre les problèmes de santé identifiés comme prioritaires. Ces équipes composées de professionnels de santé et de membres de la communauté évaluent les ressources nécessaires et élabore des plans stratégiques permettant de résoudre les problèmes qui ont été identifiés. L'approche 'COPC' privilégie le travail pluridisciplinaire de différents domaines issus de l'épidémiologie, de la médecine préventive et de la promotion de la santé.

Le processus consiste à :

- définir les caractéristiques de la communauté ;
- identifier les problèmes de santé de la communauté ;
- définir des priorités d'actions ;
- élaborer des interventions ;
- identifier un processus d'évaluation de l'impact.

Ces différentes étapes nécessitent la participation active des membres de la communauté.

Quelques illustrations d'actions menées à Ledeberg par le centre de santé communautaire :

- Les femmes et la pauvreté

Un nombre important et croissant de femmes consulte le centre de santé pour la présence de problèmes psycho-sociaux liés à la solitude, au manque de perspective, à l'éducation des enfants, etc. Ces femmes sont souvent seules et n'ont pas d'emploi fixe. En collaboration avec le service social, il a été prévu d'interviewer ces femmes de manière à mieux appréhender leurs besoins et leurs attentes. Ces entretiens (de type qualitatif) ont permis d'identifier prioritairement un problème récurrent de grande solitude et un besoin de plus d'interaction sociale. Au regard de ces résultats, deux rencontres hebdomadaires ont été organisées afin que les femmes puissent discuter de leur situation, faire partager leurs expériences et difficultés. Ces rencontres étaient aussi l'occasion de pouvoir préparer ensemble des repas en favorisant une approche conviviale.

Le projet a été construit par étapes, à partir d'objectifs au départ assez modestes, en essayant de rendre confiance aux femmes, et en les préparant à franchir les étapes suivantes. Pendant le processus (toujours en cours), un nombre croissant de femmes ayant retrouvé confiance ont postulé pour un nouvel emploi. Aujourd'hui, la plupart de ces femmes participe activement à un projet professionnel de type social. Il est surprenant, selon De Maeseneer et al. (2007) de constater que ces femmes n'ont pas seulement changé au niveau psycho-social. En effet, des changements ont également été observés tant dans les aspects physiques que sanitaires. Notons que les femmes étaient impliquées dans toutes les phases du projet, qu'il s'agisse de définir des orientations ou de préciser des stratégies. Les secteurs de l'emploi, de l'éducation, du logement et de la santé ont tous contribué à cette approche intersectorielle.

- Amélioration de la condition physique des jeunes

Dans le milieu des années quatre-vingt, les médecins traitants ont pu observer une recrudescence de la sédentarité auprès des jeunes de la communauté de Ledeborg. Le manque d'activité physique est notamment lié aux trop longs moments passés devant les téléviseurs et autres médias. Des rencontres et discussions avec différents acteurs de terrains ont permis de constater que le manque de pratique régulière d'activité physique était notamment lié au manque d'espaces verts et de terrains de jeux dans le quartier. Un groupe de bénévoles et des membres du centre de santé communautaire ont alors commencé la construction d'une aire de jeux et des activités sportives ont été organisées durant les vacances scolaires. Une centaine d'enfants (50 % d'origine turque, les autres 50 % d'origine belge) ont participé à ces activités et l'évaluation du projet a permis de constater une augmentation de la condition physique auprès de ces enfants, une diminution de la petite criminalité durant ces périodes de vacances scolaires et de meilleures interactions entre les communautés belges et turques.

- La lutte contre les poux

Chaque année, force est de constater qu'ils reviennent infester les têtes de nos chérubins. La commune de Ledeborg n'est pas en reste et les écoles communales sont confrontées à ces épidémies récurrentes. Toutefois, il semblerait que les enfants issus de familles aux revenus socio-économiques faibles sont plus prédisposés à être infestés. Un projet pilote a été mis en place où l'on privilégie la technique du 'peigne mouillé'. Des séances d'information étaient organisées à différents niveaux : dans les écoles, au sein d'organisations socio-culturelles, dans les salles d'attentes, les places publiques, etc. Dans les familles qui observent une contamination récurrente, une équipe d'infirmières (scolaires et en santé communautaire) se rendent auprès des parents pour les aider dans la lutte contre les poux.

Un plan stratégique a été développé et initié dans la commune de Ledeborg. Ce plan a ensuite été développé pour toute la ville de Gand. Il sert d'ailleurs maintenant de 'guidelines' pour toute la communauté flamande de Belgique (approche 'bottom-up').

D'autres initiatives sont encore développées et concernent notamment la sécurité routière, la prise en charge précoce des caries dentaires chez l'enfant, l'accès aux soins des populations en situation illégale.

Dans un autre quartier, 'New Ghent', un centre de santé communautaire a été intégré dans le bâtiment déjà existant du bien-être communautaire (community welfare), où sont déjà abrités les services sociaux, un restaurant social, des services de développement communautaire, la 'Well Baby Clinic', etc. Cette intégration d'un centre de santé dans un bâtiment où d'autres secteurs se côtoient, facilite une approche globale de l'individu et la réalisation d'un diagnostic communautaire. Début des années 2000, le centre s'est impliqué dans la réalisation d'une enquête qualitative qui avait pour but d'explorer différentes populations cibles (famille monoparentale, famille migrante, célibataire masculin, etc.) au regard de leurs besoins et attentes en lien avec la santé. Différents programmes impliquant des intervenants (pharmaciens, milieu scolaire, cantine sociale, etc.) ont été mis en place et concernaient la pratique saine d'exercice physique, la consommation de médicaments. En 2007, la thématique de l'alimentation saine a été privilégiée par un groupe d'étudiants (futurs assistants sociaux) et un calendrier consacré à 'la cuisine saine, peu onéreuse et multiculturelle' a été réalisé.

De Maeseneer et al. (2007) concluent que même les groupes identifiés comme difficilement accessibles, par exemple les sans-abris, bénéficient désormais d'un accès aux soins de santé

primaires dans la ville de Gand. Bien qu'une récente enquête témoigne encore du fait que ce type de population reste plus affecté par la maladie eu égard à l'ensemble de la communauté flamande, l'accès aux soins de santé primaire leur est toutefois plus aisé que par le passé, ce qui contraste avec les résultats d'autres études. Ces résultats trouvent peut être une explication dans les nombreuses initiatives locales intersectorielles déjà mises en place qui tentent de maximiser l'accessibilité aux soins à l'ensemble de la population d'un quartier.

Intervention des différents acteurs

Au niveau du fédéral, les principaux acteurs ont été les ministres du secteur de la santé et de la sécurité sociale où la plupart s'accordent sur l'intérêt de maintenir un système de santé basé sur la solidarité. Ils souhaitent d'ailleurs 'garder la main' au niveau des prestations des soins de santé en formulant notamment des objectifs en termes d'accessibilité, de qualité et de financement.

Conformément à la répartition des compétences politiques, le gouvernement flamand favorise la coopération intersectorielle dans le domaine du bien-être. En ce qui concerne la ville de Gand, les politiciens locaux soutiennent fermement la mise en œuvre d'une politique sociale locale.

Au niveau local, les intervenants issus des différentes organisations et secteurs ont contribué à la réalisation d'objectifs permettant/ favorisant la mise en place de cette politique sociale locale. Pour ce faire, ils ont notamment bénéficié d'une aide provenant de l'administration, (soutien financier, coordination de la collecte de données).

Stratégies mises en place dans le cadre de la politique sociale locale

L'approche territoriale est ici privilégiée : la communauté locale et le voisinage (quartier) sont au centre des actions mises en place, ceci dans une perspective ascendante. Le principe d'universalité est respecté. En effet, afin d'éviter toute forme de stigmatisation et de catégorisation, les intervenants ne mettent pas en place des actions/ services uniquement destinées à un type de population (par exemple, les minorités ethniques ou les pauvres). Enfin, la prise en charge d'un problème est toujours envisagée dans une approche globale qui tient à la fois compte de l'environnement physique, environnementale, psycho-social, culturel, etc. Cette 'approche holistique' est une caractéristique typique dans une approche de soins primaires où l'on intègre à la fois des actions préventives mais également des actions qui visent le maintien ou l'amélioration de la santé de l'individu. La continuité des soins est essentielle et contribue à un bon rapport coût-efficacité. Les soins de santé primaire partent de l'exploration et la compréhension des attentes des patients et de la population locale et se focalisent sur des principes véhiculés dans le champ de la promotion de la santé, à savoir : renforcer les capacités et le pouvoir de l'individu sur sa santé et ce qui la détermine, tenir compte des valeurs individuelles et culturelles, et si nécessaire, faire office de 'plaidoyer'.

Evaluation des différentes mesures mises en place dans le cadre de la politique sociale locale

Il n'existe, jusqu'à présent, pas d'évaluation systématique des résultats liés aux différentes mesures/ activités développées.

Au niveau fédéral, si le principe de la 'facture maximale' (maximum bill) semble bien adopté/ adapté, faut-il encore s'assurer que ce principe puisse répondre réellement aux besoins des

individus qui en ont le plus besoin. En effet, le principe du paiement à l'acte reste un frein certain à l'accessibilité aux soins pour les plus démunis.

En ce qui concerne la politique sociale locale mise en place, les différents villages et villes l'ont maintenant adoptée. Des indicateurs (non précisés) permettent d'ores et déjà d'observer que cette approche a favorisé une coopération intersectorielle entre les différents secteurs, comme par exemple celui de l'emploi, du logement, de la santé, de l'éducation. Enfin, une approche globale et universelle de prise en charge des groupes les plus vulnérables (handicapés, jeunes migrants, etc.) est en développement. Il est cependant encore trop tôt pour évaluer les résultats de cette approche. Au niveau institutionnel, ce type d'approche a sans doute déjà contribué à privilégier des collaborations entre différents secteurs, liens qui n'existaient pas par le passé.

Au niveau local, les efforts visant à stimuler la mise en 'réseau' par le biais d'une plate-forme présente aussi des effets bénéfiques. Dans le quartier de 'Ledeberg', l'on constate une augmentation de la quantité et la qualité des initiatives aussi bien dans le secteur de la santé que dans le secteur du bien-être. A l'heure actuelle, les objectifs de la plate-forme ne sont plus d'établir de nouvelles initiatives mais bien de faciliter la complémentarité entre les initiatives déjà existantes en s'assurant qu'elles atteignent les populations qui en ont le plus besoin. Bien entendu, de nouveaux défis restent toujours à surmonter comme par exemple les problématiques liées au chômage récurrent, à la multiculturalité, à l'évolution des structures familiales, etc. Enfin, la plate-forme reste le lieu privilégié de rencontre et d'échange pour de nouveaux 'membres' (nouvelles professions et/ ou nouveaux partenaires) puisqu'elle permet la confrontation de points de vue, d'objectifs et de stratégies entre intervenants/ participants divers.

L'approche 'COPC', quant à elle, continue à se développer. De Maeseneer et al. (2007) constatent de nombreux progrès au niveau de la sécurité routière, de la lutte contre les poux, des problèmes d'accessibilité aux soins dentaires chez les petits. Enfin, le quartier de 'Ledeberg' a été sélectionné pour devenir 'a city innovation area' et bénéficie d'un budget de 25 millions d'euros pour le réaménagement du quartier. Ces progrès observés sont le fruit d'un processus interactif et d'une importante participation entre les membres de la communauté et les services de santé et du bien-être. Les objectifs principaux visent la cohésion sociale, l'interaction interculturelle et la coopération intergénérationnelle. Des efforts particuliers visent le réaménagement du territoire avec notamment la création d'espaces verts et de chemins permettant la pratique d'activités physiques.

Le quartier 'New Ghent' bénéficie quant à lui d'un centre de santé où l'équipe s'attelle maintenant à développer d'autres actions communautaires. Le développement d'une approche intersectorielle a permis l'éclosion de chaque secteur, secteurs qui auparavant souffraient d'un certain enfermement. Toutefois, même si les autorités reconnaissent le bénéfice d'une coopération intersectorielle comme une 'valeur ajoutée', il n'y a, à ce jour, que peu d'incitants pour stimuler et récompenser les actions sectorielles. Enfin, les auteurs rappellent que l'appartenance à un secteur (et donc à une culture véhiculée par ce secteur) est parfois source de malentendus et de conflits lorsqu'il s'agit de négocier des objectifs et autres idées avec un autre secteur (ne partageant cette même idéologie). Un autre constat soulevé par De Maeseneer et al. (2007) concerne notamment l'idée que certains politiques prônent comme solution pour lutter contre la pauvreté un accès à l'emploi pour tous ; cependant, ils ne semblent pas tenir compte du fait que pour certaines personnes aux compétences limitées (par exemple, les personnes analphabètes, certains groupes de personnes handicapées ou de

patients chroniques, ...), seul un travail à connotation sociale puisse être proposé.

En conclusion, il ressort que la distribution complexe des compétences politiques (fédérales, régionales, locales) entrave parfois le développement d'une approche intersectorielle (existence de règlement contradictoire et/ou qui concerne plusieurs entités territoriales, conflit d'intérêt entre les compétences régionales et les gouvernements fédéraux, etc.). Le régime d'assurance-maladie, qui permet une couverture quasi totale de la population (existence de mesures spécifiques pour les clandestins) est un atout important pour l'amélioration d'un accès universel au système de soins. La privatisation d'un tel système risque de générer des barrières et d'entraîner des exclusions. Dès lors, le système belge, fondé sur la solidarité, participe à la lutte contre les inégalités socio-économiques en matière de santé. Bien qu'il n'y ait pas de politique officielle portant sur la lutte contre les inégalités de santé, de nombreuses actions sont réalisées à différents niveaux.

Pour De Maeseneer et al. (2007), le développement d'une politique est le résultat de nombreux partenariats/collaborations : initiatives des fournisseurs de services, contributions de départements universitaires socialement responsables, etc. L'exemple de la '**politique sociale locale**' illustre fort bien l'impact du développement de **stratégies ascendantes** et la création d'un **réseau intersectoriel** pour la santé à l'échelle locale. La **stratégie communautaire de prestation de soins de santé primaires axée sur la collectivité** (par exemple, avec les centres de santé communautaire) est une approche efficace d'intersectorialité pour les zones défavorisées. Il est également nécessaire, pour les auteurs, de stimuler ces expériences et d'engager des recherches systématiques sur les processus et les résultats liés à cette stratégie. Il est également important de former les professionnels de soins de santé et les travailleurs sociaux. Enfin, la réalisation d'action intersectorielle en santé ressort d'une approche multiniveau où une décentralisation est nécessaire afin d'inclure de manière appropriée le contexte local ; la décentralisation renforçant 'l'appropriation' par les membres de la collectivité locale des processus de planification et de mise en œuvre des stratégies.

b) En Communauté française de Belgique

- **Au niveau provincial : les campagnes de promotion du dépistage du cancer du sein en Province de Hainaut**

Depuis 2007, le Conseil provincial élabore un plan d'action triennal en matière de promotion de la santé, dans lequel la diminution des inégalités sociales de santé est la priorité transversale. A ce titre, pour chaque axe de travail (jeunes, seniors, ...), le plan prévoit des spécificités d'intervention et des actions particulières à destination des publics les plus démunis.

Ainsi, puisqu'il apparaît dans les chiffres (2005-2006) que les femmes bénéficiant d'une intervention majorée en matière de soins de santé sont moins nombreuses à participer aux examens de dépistage du cancer du sein (hors programme organisé par la Communauté française), l'Observatoire de la Santé du Hainaut a décidé d'accorder une attention toute particulière à ces femmes en situation de précarité/ vulnérables. Une action spécifique visant à renforcer la campagne nationale grand public devait être mise en place.

C'est pourquoi l'approche grand public habituelle (affiches, spot TV, ...) a été complétée d'actions de proximité comme la sensibilisation des professionnels et partenaires relais, la création, avec ces professionnels, d'outils spécifiques d'intervention et leur formation à l'animation ciblant d'emblée les freins à l'examen de

Les interventions d'appui aux professionnels de première ligne se sont concrétisées de différentes manières :

- la création d'un outil d'intervention pour les femmes, destiné à l'usage des professionnels et bénévoles du secteur sanitaire et social. Cette mallette pédagogique, « Les femmes et le dépistage du cancer du sein », rassemble plusieurs supports tels qu'un guide méthodologique proposant des animations et informations sur le cancer, des dépliants et affiches et un DVD présentant des témoignages de femmes et l'examen en tant que tel (réalisé avec un groupe de femmes bénéficiaires du CPAS).
- l'accompagnement d'équipes menant des actions d'éducation pour la santé. Dans ce cadre, l'OSH offre aux asbl et CPAS : des animations destinées à leurs bénéficiaires, une aide méthodologique à la conduite de projets, des outils didactiques, ... Il anime aussi des journées de réflexion pour les professionnels du secteur qui ont débouché sur la création d'un réseau « santé-précarité ».

Quels résultats ?

Un réseau d'une vingtaine de structures d'accueil (CPAS, maisons médicales, ...) s'est mis en place, permettant la réalisation de projets locaux et la déclinaison des campagnes nationales.

Plus de 50 relais d'horizons divers sont formés chaque année à l'outil de sensibilisation. Grâce à cette formation, ces professionnels diffusent l'information ou organise des cycles d'animation pour des groupes de femmes.

• **Au niveau de la région wallonne : le Plan de cohésion sociale**

La cohésion sociale est définie comme « *l'ensemble des processus qui contribuent à assurer à tous les individus ou groupes d'individus l'égalité des chances et des conditions, l'accès effectif aux droits fondamentaux et au bien-être économique, social et culturel, afin de permettre à chacun de participer activement à la société et d'y être reconnu, et ce quels que soient son origine nationale ou ethnique, son appartenance culturelle, religieuse ou philosophique, son statut social, son niveau socio-économique, son âge, son orientation sexuelle, sa santé ou son handicap.* » (Jansen C., 2010).

Ainsi, le plan de cohésion sociale doit répondre à deux objectifs : le développement social des quartiers et la lutte contre toutes les formes de précarité, de pauvreté et d'insécurité au sens large. Pour cela, il s'efforce de promouvoir l'exercice de 6 droits fondamentaux, de compétence régionale :

- le droit à un revenu digne ;
- le droit à la protection de la santé et à l'aide sociale et médicale ;
- le droit à un logement décent et à un environnement sain ;
- le droit au travail ;
- le droit à la formation ;
- le droit à l'épanouissement culturel et social.

Concrètement, son intention est d'encourager toutes les communes à élaborer un nouveau plan d'actions orienté vers la promotion de l'accès de tous à ces droits fondamentaux.

Aujourd'hui, ce sont 147 communes (et leurs partenaires) qui ont élaboré un programme d'actions coordonnées 2009-2013, construit selon 4 axes :

- l'insertion socioprofessionnelle ;
- l'accès à un logement décent ;
- l'accès à la santé et le traitement des assuétudes ;
- le retissage des liens sociaux, intergénérationnels et interculturels.

Parmi toutes les actions proposées, un certain nombre mérite un bref coup d'œil :

- le taxi social : il permet aux personnes à mobilité réduite de se déplacer à mini prix afin de chercher du travail ou de se rendre à l'hôpital pour des soins par exemple.
- un service de livraison de médicaments à domicile ;
- un service de télévigilance offert aux personnes âgées ;
- la réalisation d'un bottin social reprenant tous les acteurs de la commune ;
- des aides psychologiques diverses ;
- ...

Quels résultats ?

Un rapport d'activité annuel doit permettre d'évaluer puis d'ajuster les différentes actions menées. Une base de données de ces actions sera bientôt disponible afin que les acteurs locaux partagent leurs bonnes pratiques.

Par ailleurs, une première évaluation des plans de cohésion sociale sera menée en 2012 et permettra de mesurer les avancées concrètes et l'intérêt de ce type de plan d'actions concertées.

- **Au niveau de la région bruxelloise : les projets du quartier des Marolles et de l'agglomération de Cureghem**

L'ouvrage de Goudet B. (2009) se penche sur un travail de recherche et d'étude² relatif à la pratique de l'action communautaire, particulièrement éclairant dans le cadre de la problématique de réduction des inégalités sociales de santé.

Les actions étudiées sont au nombre de douze et sont développées en milieu urbain, en milieu rural ou avec des populations spécifiques. Pour le présent dossier, nous nous attarderons sur deux actions « bruxelloises », l'une dans le quartier des Marolles, l'autre dans l'agglomération de Cureghem (Anderlecht).

Les populations qui font l'objet de l'étude vivent sur des sites fragilisés ou appartiennent à des groupes marginaux et cumulent différents facteurs de précarité : isolement, proportion élevée de personnes d'origine étrangère ou appartenant à une minorité ethnique, chômage, habitat insalubre, malpropreté, pollution, sentiment d'insécurité, ...

² Réalisé par une unité d'étude de Master 2 en santé publique, spécialité Ingénieries des actions de santé, option Promotion de la santé et Développement social, ISPED, Université Victor Segalen (Bordeaux 2, France).

A Cureghem et dans les Marolles, ces populations font l'objet d'une attention particulière de la part de leur environnement institutionnel, grâce à des conventions de développement local entre associations, communes et régions.

Ainsi, faisons un focus sur deux initiatives prises par des organisations locales de développement qui ont saisi l'occasion d'un financement offert par les politiques de santé publique et de développement local.

L'expérience de Cureghem

Face aux fragilités des habitants, la commission santé de l'asbl « Les Pissenlits » profite d'un financement offert par la convention DSQ³ passée avec la commune d'Anderlecht afin de créer un réseau d'habitants-relais de quartier. Il s'agit d'une démarche participative basée sur la réunion de différents groupes permettant une sensibilisation des habitants au projet. Concrètement, les habitants se réunissent pour des groupes de paroles, des ateliers créatifs et des projets thématiques, des plate-formes d'échanges thématiques et des formations.

Ce projet a fait l'objet d'un diagnostic communautaire basé sur la participation et réintroduisant une dynamique d'interactions au sein de la communauté.

L'expérience des Marolles

En réponse aux problèmes observés dans le quartier, des associations partenaires saisissent l'opportunité d'un financement public offert par la ville pour démarrer un projet de promotion de la santé et de l'environnement basé sur un diagnostic communautaire, des actions participatives et de la formation. Il s'agit d'un travail de prévention et d'information centré sur le logement, l'habitat et la santé, le but ultime étant de favoriser la qualité de vie dans le quartier.

Ce projet a vu le jour en 6 étapes : un diagnostic communautaire, des premières actions à partir du module d'animation « La maison des dangers » (prévention des accidents domestiques), une évaluation intermédiaire, la formation de professionnels au conseil de salubrité domestique lors d'une visite à domicile, la réalisation d'un kit d'animation « Gestion du logement » (brochures et matériel pour les visites à domicile) et la prospection de subventions et de partenariats (Habitat et Santé, le Centre urbain) et enfin, une évaluation finale.

La démarche engagée pour ces deux projets est dite 'ascendante' (ou 'bottom up'), c'est-à-dire qu'elle part des besoins, préoccupations et demandes de la population pour mettre sur pied, avec elle, des moyens d'y répondre. Cette démarche est également privilégiée dans les expériences menées dans les quartiers de la ville de Gand (cfr supra).

Lecture des expériences bruxelloises au regard de la charte d'Ottawa

Les traces de la mise en œuvre des axes de la Charte d'Ottawa sont évidentes dans les actions mises en place :

³ Développement Social de Quartier

- L'axe 2 relatif à la création d'environnements favorables à la santé, est accentué car les 2 quartiers étudiés sont inscrits dans la politique de la ville.

- L'axe 3 centré sur le renforcement de l'action communautaire est clairement présent dans la méthodologie employée (diagnostic, etc.).

- L'axe 4 portant sur le développement des aptitudes personnelles est aussi développé : travail sur l'estime de soi, développement de compétences psychosociales, etc.

- **Au niveau local : le Relais Santé du Pays de Charleroi**

La coordination du relais social du Pays de Charleroi réunit depuis 2005 des intervenants du secteur social, préoccupés par l'état de santé des publics précarisés. Ainsi, ils ont décidé, en 2007, avec le soutien de la Région wallonne, de mettre sur pied un lieu spécifique d'accueil pour ces personnes, visant dans un premier temps à les soigner et dans un second temps, à les réinsérer dans le circuit de soins classique. Il s'agit du Relais Santé. Celui-ci accueille soit des personnes vivant dans la rue ou dans un logement précaire, soit des sans papier. Les uns se caractérisent pas un parcours de vie chaotique et n'ont plus une perception claire de leur état de santé. La plupart émerge au CPAS et sont d'origine belge. Ces personnes sont la plupart du temps envoyées par les hôpitaux qui connaissent bien le Relais Santé et le contactent afin de préparer la sortie d'hôpital d'un patient précarisé. Elles sont parfois amenées au relais via l'assistante sociale et l'éducateur qui les rencontrent dans la rue ou dans leurs squats ou lors de permanences dans divers lieux d'accueil et d'hébergement.

Les autres sont des personnes en exil. Elles logent chez des pairs ou en abris de nuit et arrivent plutôt au Relais Santé à la suite d'un problème de santé jugé comme préoccupant, mais pour lequel elles n'osent pas s'adresser aux services de soins habituels de peur de s'attirer des ennuis (expulsion, perte du travail en noir qui est la cause de leurs maux, ...). Ces personnes arrivent le plus souvent au Relais Santé grâce au bouche-à-oreille.

L'objectif du Relais Santé vis-à-vis de ce public particulier est de parvenir à le réintégrer dans les circuits de soins classiques en travaillant sur les freins et représentations qui, jusque là, les en empêchaient. Les personnes qui passent par le Relais Santé doivent pouvoir à nouveau gérer leur santé en toute autonomie (comprendre les signaux que leur envoie leur corps, aller voir un médecin quand leur état le demande, ...). Dans la plupart des cas, ce sont des obstacles financiers et administratifs ou psychologiques et culturels qui empêchent ces personnes de consulter.

Soit elles ignorent qu'elles ont droit à un remboursement de leur mutuelle et renoncent à se faire soigner, ou bien elles renoncent face à la charge administrative que représente la demande d'une aide adaptée. Le Relais Santé leur propose alors une remise en ordre administrative avec l'aide d'une assistante sociale (remise en ordre du statut, demande d'aide sociale au CPAS, ...).

Soit elles sont méfiantes, disent ne pas avoir le temps par peur de perdre leur « place » dans la rue (puisque une véritable concurrence existe entre personnes qui font la manche) ou ont peur du jugement que pourrait porter le médecin sur leurs conditions de vie. Le personnel du Relais tente alors de faire changer les comportements des personnes ou le regard qu'elles portent sur elles-mêmes et les professionnels de santé. Il s'agit véritablement d'effectuer un travail de conscientisation du corps et d'éducation à la santé (apprentissage de l'hygiène, ...). C'est lors d'entretiens pendant les permanences ou lors de visites en rue que ce travail peut être effectué. Il s'agit d'abord d'établir le contact et ensuite, de les accompagner pour une première visite au Relais Santé, lors de laquelle, après avoir discuté quelque peu, les

personnes sont invitées à faire un passage par la salle de bain avant le RDV chez le médecin généraliste du relais, deux moments privilégiés pour faire un peu d'éducation à la santé. Après cela, lorsque la personne est en confiance, l'ultime étape est de lui proposer de s'inscrire dans un cycle régulier en consultant un médecin généraliste extérieur...

Quels résultats ?

Une évaluation globale des différents dispositifs mis en place doit avoir afin d'affiner la réponse apportée à cette problématique et de pérenniser l'outil.

IV. Conclusions

Notons d'emblée qu'il semble opportun de réaliser un dossier similaire à celui-ci d'ici 2 ans, quand les programmes et actions mis en place auront été évalués.

La Belgique a aujourd'hui largement dépassé la phase de conscientisation à la problématique des inégalités sociales de santé. Nous l'avons vu, de nombreuses initiatives existent au niveau fédéral, régional, communautaire, provincial et local. Tous les acteurs ont une place à prendre dans ce combat contre les inégalités, dans et hors du secteur de la promotion de la santé. Il existe une réelle complémentarité entre les actions aux différents niveaux d'intervention.

Il semble même, au vu des expériences présentées, que l'impulsion d'agir en faveur des publics précarisés vienne plutôt du bas. Ce qu'il manque notamment aujourd'hui, c'est une **mise en commun des ressources et des actions** car seule une concordance de celles-ci, une synergie entre elles, permettra d'agir de manière cohérente et efficace sur la problématique des inégalités sociales de santé.

Ainsi, comme cela existe pour d'autres thématiques telles que 'Bien-être, Sport et Famille' ou encore 'intégration et économie sociale', une conférence interministérielle en matière d'inégalités sociales de santé, regroupant les différents secteurs concernés et les différents niveaux d'action, permettrait d'établir un **plan commun concerté** entre le fédéral, les régions, les communautés, les provinces et les communes. Ensuite, la création d'une instance chargée de la coordination et de l'évaluation de ce plan devrait être créée. Mettre sur pied un plan d'actions concerté renforcerait la cohérence des actions publiques existantes en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé et éviterait un dispersement des énergies.

L'approche intersectorielle privilégiée dans certaines des activités décrites démontre aussi son intérêt dans la prise en charge des inégalités de santé. En octobre 2007, si la Fondation Roi Baudouin recommandait une meilleure intégration d'actions issues du secteur de la santé et du social et préconisait '*le développement d'une politique sociale intensive et approfondie*' impliquant notamment d'autres secteurs comme par exemple celui de l'enseignement, elle déplorait toutefois le manque systématique de collaboration intersectorielle, y compris à l'échelle du local. En octobre 2008, à l'issue de la deuxième journée liégeoise de promotion de la santé, consacrée aux inégalités sociales de santé, les intervenants/ participants soulignaient la nécessité de poursuivre le soutien aux dynamiques intersectorielles déjà mises en place et cela même si l'expérience d'intersectorialité ne va pas toujours de soi (difficultés liées au cloisonnement et aux structures des pouvoirs/ organes de décision, nécessité d'un consensus sur les modes de fonctionnement, instauration d'un climat de confiance, etc.).

Les causes des inégalités sociales de santé sont nombreuses et tous les secteurs (socio-sanitaire, enseignement, emploi, environnement, politique, etc.) sont donc concernés dans la

lutte contre ces inégalités. Toutefois, les connaissances dont nous disposons à l'heure actuelle nous permettent-elles de répondre efficacement à la problématique des inégalités de santé ? De manière à apporter une réponse stratégique plus 'ciblée', il serait sans doute utile, dans un avenir proche, de privilégier de nouvelles recherches 'multidisciplinaires' afin de permettre d'encore mieux comprendre les mécanismes de construction des inégalités de santé et tout particulièrement en ce qui concerne les mécanismes d'accumulation de ces inégalités, de réfléchir à ce que seront les inégalités de demain et pour ce faire, de pouvoir disposer de meilleures données/ indicateurs en lien avec les inégalités de santé actuelles.

Les quelques initiatives développées dans le cadre de ce dossier nous présentent aussi tout l'intérêt d'une **démarche ascendante** (bottom-up) et **globale** de lutte contre les inégalités de santé où l'on privilégie une **approche locale des problèmes de santé** d'une communauté, d'un village ou d'un quartier en associant à la réflexion et à l'élaboration d'objectifs et d'activités tant les professionnels que les membres de la communauté, du village ou du quartier. Ce type d'approche développée en **santé communautaire** rencontre un des objectifs majeurs de promotion de la santé qui vise à augmenter la capacité de chaque individu à agir sur sa propre santé et constitue donc un des piliers de la promotion de la santé. Les stratégies d'empowerment (rendre capable, donner du pouvoir, etc.) développées par les individus et l'acquisition de compétences psychosociales (estime de soi, représentations, croyances, etc.) contribuent alors à un processus de 'gestion participative et/ou appropriative de santé' et participent ainsi, aussi, à la réduction des inégalités sociales de santé. Cependant, ces stratégies ne peuvent se substituer à la mise en place de politiques nationale, régionale et locale cohérentes et coordonnées de réduction des inégalités, comme évoqué plus haut. Notons encore que si l'approche ascendante porte ses fruits dans la réduction des inégalités de santé, elle exige toutefois beaucoup de temps, d'énergie, de soutien et d'accompagnement.

Enfin, si la réduction des inégalités de santé passe par la réalisation d'actions (sur les déterminants de santé) impliquant tous les acteurs concernés, elle doit également s'inscrire, comme le rappelle Lebourdais (2008), dans 'un contexte de partage, de pouvoir et de savoir' tout en valorisant les ressources et compétences de la communauté.

V. Bibliographie

Bizel P., Santé, précarité, communication. L'exemple des campagnes de promotion du dépistage du cancer du sein en Hainaut, *L'Observatoire*, n°65, 2010, p.51-54.

Bourlet S., Coupienne V., Leva C., Malevé E., Melen G., Les 5 revendications des acteurs de terrain, Vers des recommandations face aux inégalités sociales de santé, Deuxième journée liégeoise de promotion de la santé, Actes de la journée d'études du 7 octobre 2008, p. 18-21.

De Maeseneer J., De Roo L., Art B., Willems S., Intersectoral action for health in Belgium : a multi-level contribution to equity, (2007), in http://www.enothe.hva.nl/copore/docs/intersectoral_action.pdf

Doumont D., Feulien C., En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondements, concepts et programmes stratégiques, Série de dossier technique, UCL-RESO, 2010, Réf. 10-61, 19 pages.

Goudet B., Développer des pratiques communautaires en santé et développement local, *Chronique sociale*, 2009, p. 236-292.

Jansen C., Le Plan de cohésion sociale. Un pas vers un meilleur accès à la santé, *L'Observatoire*, n°65, 2010, p. 40-41.

Lebourdais P., Inégalités sociales de santé et démarche communautaire en santé, quels liens ?, *La Santé de l'Homme*, n° 397, 2008, p. 33-35.

Leclercq C., Relais Santé : étape préliminaire pour « raccrocher » au circuit de soins, *L'Observatoire*, n°65, 2010, p.60-62.

http://cohesion sociale.wallonie.be/spip/rubrique.php3?id_rubrique=173

Van de Geuchte I., Maulet N., Willems S., Roland M. et De Maeseneer J., Recherche sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socio-économiques de santé 1995-2006, décembre 2007.