

LA SANTÉ, CŒUR BATTANT DE LA POLITIQUE COMMUNALE

La «*Santé dans toutes les politiques*» est une approche intersectorielle de promotion de la santé à laquelle dix-sept communes bruxelloises prennent aujourd'hui part. Cette approche implique la responsabilité des décideurs dans une meilleure prise en compte des déterminants de la santé et de leur impact dans le développement des politiques communales.

Vanessa Makola, chargée de projet au Centre de recherche et d'action pour des projets en social santé (Cerapps).

**Malgré leur volonté
d'agir sur la santé,
les échevins étaient
souvent seuls.**

Dans une société en mutation perpétuelle, de nouveaux enjeux se profilent : enjeu climatique, crise économique, diminution des ressources... Pour y faire face, il est nécessaire de changer de paradigme, de faire évoluer nos pratiques vers plus de transversalité et d'interdisciplinarité. En initiant des collaborations intersectorielles, en priorisant au niveau local les projets qui ont un impact positif sur la santé et la qualité de vie, en évaluant les impacts éventuels des politiques locales sur la santé et la qualité de vie des habitants, en encourageant la responsabilité partagée des décideurs politiques de tous les secteurs et pas seulement celui de la santé, les communes peuvent contribuer grandement au développement d'un environnement favorable pour la santé sur leur territoire.

Un levier pour agir

Du fait de leurs nombreuses compétences (logement, mobilité, petite enfance...), les élus communaux ont un rôle à jouer en matière de promotion de la santé pour améliorer la santé et la qualité de vie des habitants. En effet, comme le définit l'Organisation mondiale de la santé, «*les déterminants sociaux de la santé sont les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que les forces plus larges qui façonnent les conditions de la vie quotidienne. La majeure partie de notre santé est déterminée par ces causes profondes non médicales de mauvaise santé, notamment l'accès limité à*

une éducation de qualité, à des aliments nutritifs et à un logement et des conditions de travail décents »¹. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le système de soins et les choix individuels de santé n'interviennent que pour moitié sur la santé des personnes. L'autre moitié est attribuée aux facteurs socioéconomiques à hauteur de 40 % (l'éducation, l'emploi, la sécurité...), et à hauteur de 10 % pour l'environnement/le bâti (la qualité du logement, les espaces verts...)². Si la santé est «*un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*», cette évidence n'est pas toujours facile à mettre en pratique. Vivalis (l'administration bilingue de référence dans les secteurs de la santé et de l'aide aux personnes en Région de Bruxelles-Capitale) finance le Cerapps pour accompagner les communes bruxelloises dans l'intégration de la santé dans toutes les politiques. C'est un processus long, mais riche en apprentissages et perspectives pour l'amélioration de la qualité de vie des habitants.

La première étape a débuté en 2019. Un courrier électronique fut adressé à tous les bourgmestres et déjà sont apparues les premières difficultés... Toutes les communes ne possédaient pas un échevinat de la santé et/ou un échevinat de l'action sociale. Malgré leur volonté d'agir sur la santé, les échevins étaient souvent seuls, dépourvus de moyens financiers et de personnels affectés à la santé.

Une première série de rencontres individuelles a été initiée avec des élus pour mieux comprendre les contextes et modes de fonctionnement des différentes communes, les priorités et

1. www.who.int.

2. County Health Ranking : 'Mobilizing Action Toward Community Health', University of Wisconsin, 2010.

les défis auxquels celles-ci étaient confrontées et la perception que ces élus avaient de la santé. « *La santé, c'est pas nous [les communes], c'est les hôpitaux, c'est la Région* » (un élu).

Il s'agissait aussi de comprendre les freins, les craintes de certains élus ou cadres administratifs à s'impliquer dans ce type d'approche, dans ce processus : « *On vient régulièrement nous solliciter avec toutes sortes de projets, nous faire participer à des réunions, et après il n'y a plus rien, pas de suivi, on n'en entend plus parler, c'est fatigant...* » (un élu).

Ces différents entretiens ont permis au Cerapss de compléter et de croiser les informations déjà collectées dans les déclarations de politique générale des communes, d'affiner son analyse et d'adapter son accompagnement aux réalités et aux attentes des communes : « *La première chose qu'ils ont faite, c'était d'écouter quelle était notre situation, ce que nous faisons. Et il y a eu aussi une adaptation de l'offre proposée, par rapport à nos besoins* » (un élu). « *On a pu exprimer ce qu'on voulait et être accompagné dans ce sens-là* » (une élue). Cette étape a permis d'établir plusieurs constats, le premier étant la nécessité de s'assurer de la compréhension et de l'appropriation des concepts de base de promotion de la santé par les élus et leurs équipes afin d'adopter un langage commun ; des rencontres collectives ont permis d'aborder ces concepts. Une des difficultés était d'adapter ces concepts théoriques à la réalité de terrain des acteurs communaux et de sortir du jargon professionnel. « *Durant mon master, j'ai dû travailler sur des modèles théoriques, mais le modèle sur les déterminants de la santé de Dahlgren et Whitehead est incompréhensible* » (une cadre administrative). Durant la période de confinement lié à la pandémie de covid-19, ces rencontres se sont transformées en webinaires, dont la fonction était de faire découvrir aux élus (ainsi qu'aux cadres administratifs et aux chargés de projet communaux) les acteurs présents sur le territoire régional qui développaient des actions spécifiques en lien avec les déterminants de la santé, d'illustrer les déterminants de la santé dans le quotidien des Bruxellois et de découvrir les acteurs du secteur social-santé.

Les observations réalisées tout au long de cette période nous ont aidés à adapter notre méthodologie et à réfléchir aux dispositifs à mettre en place. Lors des accompagnements indivi-

duels des élus et de leurs équipes, nous avons constaté que plusieurs communes aux profils sociodémographiques différents travaillaient sur les mêmes thématiques ou étaient confrontées aux mêmes problématiques. C'est ce qui nous a convaincus d'enrichir l'accompagnement individuel d'un accompagnement collectif et de leur proposer des rencontres pour échanger, partager des informations sur les sujets prioritaires pour chacune. Ces rencontres constituent aussi un gain de temps en mutualisant les connaissances et les apprentissages. Ces rencontres interéchevins se tiennent désormais tous les trois mois, chaque fois dans une commune différente. « *Ce qui est intéressant dans les réunions interéchevins de la santé, c'est qu'on découvre ce qui est réalisé dans les autres communes bruxelloises, parce que, souvent, on est quand même confrontés aux mêmes problématiques* » (un élu). « *On reçoit des informations sur différentes associations, différents sujets, qui peuvent nous nourrir. Ça a permis de mettre à l'agenda de toutes les communes bruxelloises le principe de santé dans toutes les politiques* » (une élue). « *Lors des rencontres, des contacts se créent et c'est une plus-value énorme par rapport à la multitude d'informations qu'on reçoit par e-mail, sur les réseaux sociaux. Sans ça, on ne sait pas toujours par où commencer pour mettre en place des actions au niveau de la commune* » (une élue). « *D'autres échevins avaient d'autres idées, d'autres approches, et c'était très intéressant* » (un élu). « *Ce que ça nous a apporté, c'est un éclairage, une reformulation des actions que l'on faisait déjà sur le terrain et un échange. Écouter ce que mes collègues d'autres communes ont fait. Pour moi c'est hyper important de partager les visions des uns et des autres* » (une élue).

Assurer la pérennité de cette approche

Comment ne pas repartir de zéro à chaque élection ? Cette question est cruciale pour le Cerapss, mais aussi pour les cadres administratifs et chargés de projet des communes, qui, au départ, avaient beaucoup d'appréhension à s'investir dans un processus qui risquait de ne durer

Plusieurs communes

aux profils

sociodémographiques

différents étaient

confrontées aux mêmes

problématiques.

Lors des élections de 2024, seule une commune n'a pas vécu de changement à la tête des échevinats concernés.

que le temps d'une législature. C'est en ce sens que la charte bruxelloise pour l'intégration de la santé dans toutes les décisions politiques communales a été proposée aux communes. Signée et validée tant par le collège que le conseil communal, cette charte a permis de concrétiser l'engagement des communes, de légitimer le travail réalisé par l'échevin de la santé et/ou de l'action sociale dans le cadre de ce processus, et d'assurer la pérennité des actions réalisées ainsi que le passage de flambeau aux nouveaux élus après un passage aux urnes.

En effet, lors des élections de 2024, seule une commune n'a

pas vécu de changement à la tête des échevinats concernés. Grâce à la charte, la démarche santé dans toutes les politiques a pu se poursuivre, de même qu'elle a pris un nouveau souffle avec l'engagement et l'intérêt de nouvelles communes. L'accompagnement apporté par le Cerapss est passé de douze mandataires en 2019 à dix-sept maintenant. Mémoire vivante de tout ce qui avait été réalisé précédemment, les cadres administratifs et les chargés de projets ont largement contribué à cette continuité.

Un processus itératif

L'appui méthodologique du Cerapss se nourrit des retours des élus/cadres administratifs/chargés de projet communaux ; il se base également sur la littérature scientifique lui permettant de se construire sur des données probantes^{3,4,5}.

La diffusion du travail réalisé à l'occasion de conférences ou par capsules vidéos a suscité l'intérêt de nouvelles communes qui n'avaient pas encore eu la possibilité de prendre part au processus : « *Pourquoi notre commune ne participe pas ? On va en discuter en interne et en parler à notre élu* », ont témoigné des cadres administratifs. « *La mise en œuvre des projets intersectoriels au sein de la commune n'est pas toujours facile parce qu'on n'a pas l'habitude de travailler entre services. Et donc, il faut décloisonner le travail des services et bien définir qui est le moteur des projets qui touchent à différents secteurs. Ce n'est pas une question d'argent, c'est surtout une question de structure et de rencontres régulières* » (un élu).

Quelles perspectives ?

On observe une intégration progressive de la « Santé dans toutes les politiques » dans les différents niveaux de pouvoirs en Belgique. Elle est inscrite dans la déclaration de politique régionale du gouvernement bruxellois du 13 février 2026 (chapitre 11 consacré au social-santé). En Flandre, intégrée par décret depuis le 21 novembre 2003, elle est déployée en collaboration avec les communes et les CPAS. En Wallonie, elle est intégrée dans la déclaration de politique générale 2024-2029, dans le chapitre « Promotion de la santé et du bien-être au cœur des politiques ». Au niveau fédéral, elle est intégrée dans l'accord de coalition 2025-2029, au chapitre « Vie saine ».

Il est assez rare de voir une intégration de l'approche « Santé dans toutes les politiques » à tous les niveaux de pouvoirs d'un pays. La Belgique peut donc se féliciter des avancements accomplis au cours de ces dernières années, en espérant que ceux-ci seront poursuivis et consolidés. ■

Une stratégie mondiale

C'est dans la charte d'Ottawa⁶ que l'on retrouve les deux concepts clés de l'approche « Santé dans toutes les politiques » : la responsabilité des décideurs politiques et la responsabilité partagée des autres secteurs que celui de la santé.

Plusieurs dimensions s'entrecroisent dans cette approche et l'on observe notamment une interdépendance entre les actions menées sur les déterminants de la santé, les collaborations intersectorielles à l'échelle d'un territoire et les actions des décideurs politiques. Elle fait appel à six actions clés⁷ :

- Sensibiliser, informer et convaincre (plaidoyer),
- Repérer et saisir les occasions/opportunités d'actions intersectorielles favorables pour la santé,
- Établir des mécanismes de coordination formels,
- Mobiliser les partenaires, entretenir leur intérêt et favoriser leur engagement,
- Faire des suivis et rapporter les succès,
- Renforcer les capacités des individus et des organisations en matière d'actions intersectorielles. ■

3. Guide d'implémentation de l'approche « Santé dans toutes les politiques au palier local », Réfips, 2018, <https://refips.org>.

4. I. Storms, *Measuring stages of health in all policies on a local level: The applicability of maturity model*, 2013.

5. M. Porcherie et al, "How to evaluate Health in All Policies at the local level: Methodological insights within municipalities from the WHO French healthy cities network", *IJHPM*, 11(12), décembre 2022.

6. Ils sont illustrés dans l'axe 1 de la charte d'Ottawa (1986) : « L'élaboration de politique publique saine ». La déclaration d'Adélaïde (2010) posera les premiers jalons de l'intégration de la santé dans toutes les politiques. 7. Réfips, *op cit*.