



# Recommandations politiques **iNéGaLiTés** **en santé**

RECOMMANDATIONS DU GROUPE  
DE TRAVAIL 'INÉGALITÉS EN SANTÉ'  
DE LA FONDATION ROI BAUDOIN  
À L'INTENTION DES DIFFÉRENTES  
AUTORITÉS POLITIQUES EN BELGIQUE



Fondation  
Roi Baudouin

*Agir ensemble pour une société meilleure*

OCTOBRE 2007

## COLOPHON

COORDINATION POUR  
LA FONDATION  
ROI BAUDOUIIN

GRAPHISME  
ET IMPRESSION

**Gerrit Rauws**, directeur  
**Johan Alleman**, responsable de projet  
**Bénédicte Gombault**, responsable de projet  
**Hervé Lisoir**, responsable de projet  
**Els Heyde**, assistante

PuPiL

Cette publication peut être téléchargée gratuitement sur notre site [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)

Cette publication peut être commandée gratuitement sur notre site [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be), par e-mail à l'adresse [publi@kbs-frb.be](mailto:publi@kbs-frb.be) ou auprès de notre centre de contact, tél. + 32-70-233 728, fax + 32-70-233-727.

Dépôt légal: D/2007/2848/27  
ISBN-13: 978-2-87212-532-6  
EAN: 9782872125326

Octobre 2007

Avec le soutien de la Loterie Nationale

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

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands onder de titel: Beleidsaanbevelingen ongelijkheid in gezondheid - Aanbevelingen van de werkgroep 'Ongelijkheid in gezondheid' van de Koning Boudewijnstichting voor alle overheden in België

Une édition de la Fondation Roi Baudouin,  
rue Brederode 21 à 1000 Bruxelles

## CONTENU

5	Introduction
6	<b>Partie 1: Constats généraux</b>
6	Mourir cinq ans plus tôt, vivre vingt-cinq ans de moins en bonne santé
6	L'ambition doit être une plus grande égalité face à la santé
7	Il faut encore affiner et adapter l'accessibilité des soins de santé
8	La nécessité d'une politique plus large
9	<b>Partie 2: Éléments d'une politique plus large</b>
9	Un coup de fouet pour l'idée d'équité en matière de santé
11	Une action holistique et intersectorielle
12	Soins de première ligne et coordination des soins
13	Un mode de vie sain et un cadre de vie sain
14	<i>Annexe 1: Membres du groupe de travail 'Inégalités en santé'</i>
15	<i>Annexe 2: Secrétariat scientifique et conseil stratégique</i>
16	Synthèse
18	Executive summary



# **iNéGaLiTés en santé**



## INTRODUCTION

Bien que notre système de santé soit d'un haut niveau en termes de qualité et d'accessibilité, les disparités face à la santé entre les groupes socio-économiques sont beaucoup plus grandes qu'on ne le pense souvent.

Tous les pays européens sont confrontés à ce constat. Ces dernières années, beaucoup d'entre eux ont mis sur pied des plans stratégiques et des plans d'action pour réduire ces écarts en matière de santé. En Belgique, une telle stratégie politique intégrée fait encore défaut.

La Fondation Roi Baudouin a créé un groupe de travail composé de représentants du secteur de la santé et de l'aide sociale au sens large – dont des pouvoirs publics, des mutuelles, des associations, des établissements de soins et des soignants – afin de formuler des propositions stratégiques dans ce domaine. Ce groupe de travail peut s'appuyer sur une équipe d'experts scientifiques de l'ULB et de l'UGent, un représentant d'EuroHealthNet et deux conseillers stratégiques.

Les recommandations formulées dans le présent document sont un premier résultat de ces activités. Elles s'adressent à tous les niveaux de pouvoir en Belgique. La résorption des inégalités en santé est une responsabilité collective pour tous les niveaux de décision: l'Europe, le pouvoir fédéral, les Communautés et les Régions, les provinces et les administrations locales.

### **Statut de ce texte**

La présente note émane du groupe de travail 'Inégalités en santé' de la Fondation Roi Baudouin. Le groupe a recherché dans toute la mesure du possible le consensus. Cette note n'engage que le groupe de travail dans son ensemble et non les membres individuels et leurs organisations.

Les phrases en caractères cursifs sont des conclusions pratiques qui peuvent directement inspirer des actions.

## Partie 1: Constats généraux

### **MOURIR CINQ ANS PLUS TÔT, VIVRE VINGT-CINQ ANS DE MOINS EN BONNE SANTÉ**

La santé n'est pas équitablement répartie parmi les habitants de ce pays. Au contraire même, sa répartition est extrêmement inégale, beaucoup plus qu'on ne le pensait généralement.

Nous n'en donnerons que deux exemples. Quand on est situé tout en bas de l'échelle sociale, on meurt en moyenne 3 à 5 ans plus tôt que quand on se trouve en haut de l'échelle. Et les personnes qui ont un faible niveau de formation vivent en bonne santé en moyenne 18 à 25 années de moins que celles qui ont un haut niveau d'études.

Non seulement les écarts sont plus grands qu'on ne l'imaginait généralement, mais ils sont aussi plus systématiquement défavorables aux couches sociales défavorisées. La répartition des risques en matière de santé épouse de près celle de l'argent, de la formation et du statut social, couche par couche. C'est un véritable 'gradient', disent les scientifiques.

Les inégalités en santé correspondent aux inégalités sociales. Cette situation n'est pas juste, pas équitable. C'est la société qui a créé cette inégalité face à la santé. C'est donc elle aussi qui peut la rectifier. Elle doit même le faire, parce que c'est une injustice.

La santé est un droit fondamental. C'est aussi une condition qui permet d'exercer pleinement d'autres droits, comme le droit au travail et à l'enseignement.

### **L'AMBITION DOIT ÊTRE UNE PLUS GRANDE ÉGALITÉ FACE À LA SANTÉ**

Jusqu'ici, la politique de santé en Belgique visait surtout à assurer une disponibilité et une accessibilité universelles des services de santé.

*Désormais, l'ambition doit être l'égalité face à la santé.*

L'accent doit être mis non pas sur les efforts ou sur les bonnes résolutions, mais sur les effets. La solidarité sur laquelle repose notre système de santé doit devenir effective.

Le but ultime est une politique dite d'équité, c'est-à-dire une répartition équitable des chances de vivre en bonne santé. La réduction des inégalités de santé doit être officiellement promue au rang d'objectif politique. Il est important de mieux comprendre les mécanismes. Cet objectif doit être *traduit en une série d'objectifs stratégiques intermédiaires, assortis d'un calendrier, exprimés en chiffres réalistes et mis en œuvre pas à pas*. Cette politique

## IL FAUT ENCORE AFFINER ET ADAPTER L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS DE SANTÉ

d'équité est la traduction nouvelle de l'ambition que des générations de dirigeants politiques et sociaux ont partagée avec des médecins et des travailleurs sociaux.

Si nous faisons ce choix, nous partagerons cette ambition avec un grand nombre de pays européens qui ont récemment lancé des programmes de résorption des inégalités en santé.

*Les pouvoirs publics belges doivent s'entendre pour mettre sur pied une stratégie de santé publique axée sur le concept d'équité; le gouvernement fédéral doit inviter les autres niveaux de pouvoir à le faire. Ensemble, ils doivent aussi prendre activement part à des programmes européens qui luttent contre les inégalités de santé, comme 'Closing the gap', le projet européen auquel participent 23 des 27 États-membres de l'UE (pas la Belgique, l'Autriche, la Slovaquie et Malte).*

Les Belges se targuent de posséder des services médicaux de haute qualité, accessibles, abordables et financés par des mécanismes de solidarité. Ils pensent que leur système de santé est le meilleur au monde. Sans doute est-ce vrai. Et ces quatre qualités doivent impérativement être préservées. Mais on supposait jusqu'ici qu'il suffisait que l'offre de soins soit organisée de la sorte pour assurer à tous et à toutes des chances égales en matière de santé. Or, ce n'est pas le cas. C'est une condition nécessaire, mais pas suffisante.

Ce qui ne signifie pas pour autant qu'il ne faille plus apporter de correctifs pour améliorer l'implantation et l'accessibilité (financière) des services de santé.

*Il y a, dans l'offre de soins, des lacunes à combler d'urgence, entre autres dans le domaine de la santé mentale.*

*L'accessibilité financière reste elle aus-*

*si problématique. Le groupe de travail demande à cet égard que les pouvoirs publics se montrent plus attentifs aux recommandations qui sont résumées dans le Rapport bisannuel 2005 du Service de Lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale.*

Il faut attirer l'attention sur une meilleure prise en compte des personnes sans domicile fixe, des sans-papiers, des personnes d'origine étrangère et des minorités ethniques. *Les services de médiation interculturelle – qui pour les soins médicaux, ne sont pour l'instant disponibles que dans les hôpitaux – doivent être étendus aux soins de première ligne. Encourager une meilleure connaissance des langues et soutenir et développer un service d'interprétariat peuvent aider à surmonter des barrières purement linguistiques; il faut aussi étudier de plus près l'apport que peuvent représenter les nouvelles technologies et le recours à une webcam, comme cela se fait déjà à New York et à Boston.*

## LA NÉCESSITÉ D'UNE POLITIQUE PLUS LARGE

Mais il ne suffit pas d'affiner les modalités de remboursement et de rendre les soins plus accessibles. Le groupe plaide en faveur d'une politique intégrée qui renforce les services de première ligne, qui établit un lien entre les soins curatifs et la promotion de la santé, et qui intègre les politiques sociales et de santé.

Cela implique que les budgets de prévention et de promotion de la santé, dont les montants sont encore très loin du budget fédéral des soins de santé, soient considérablement augmentés.

Il y a un réel besoin d'une politique holistique et intersectorielle, qui s'intéresse aussi aux modes de vie et aux conditions d'existence, et qui cible les causes de l'inégalité et de la précarité.

Parvenir à s'orienter dans les services de santé est, par exemple, lié à la question du capital social. Quand on dispose de réseaux de personnes qui connaissent bien les soins de santé, qui ont l'expérience de ce secteur et qui peuvent trouver de l'information à son sujet, on en sait plus: on peut évaluer de manière plus précise ce qui est possible et ce qui ne l'est pas, on peut surmonter des obstacles et des craintes, on peut trouver une aide pour permettre des changements de comportement parfois difficiles. Cela vaut pour des individus, pour des familles, mais aussi pour des

groupes ou des quartiers entiers. Une famille qui ne possède aucune attache avec le monde médical aura beaucoup plus de mal à bénéficier des soins dont elle a besoin. Dans un quartier où il n'y a aucun médecin ou aucun soignant, il est beaucoup plus difficile de trouver le chemin des services de santé. Tout cela est donc aussi une question de capital social et de mixité sociale.

Il faut se garder de présenter les inégalités en santé en dressant un tableau en noir et blanc, comme s'il y avait d'un côté l'exclusion d'un groupe et de l'autre la participation pleine et entière du reste de la société. Il s'agit plutôt d'un gradient: la probabilité de vivre en bonne santé et de faire pleinement usage des services de santé diminue à mesure que l'on descend sur l'échelle sociale.

C'est pour cette raison que des mesures universelles sont nécessaires, qui ne soient pas uniquement ciblées sur les catégories socialement les plus défavorisées, avec les risques de stigmatisation qui en résultent, mais qui tiennent compte du caractère graduel de cette inégalité ainsi que des spécificités des milieux urbains et des milieux ruraux.

Enfin, le groupe plaide pour une politique de type 'evidence based' comme cela devrait être le cas dans les soins de santé, ce qui nécessite de se forger une expertise en matière d'inégalité en santé.

Outre cette préoccupation générale, le groupe soumet à tous les responsables politiques en Belgique une première série d'éléments concrets pour une politique qui vise une répartition équitable des chances de vivre en bonne santé. C'est une sélection des connaissances que le groupe de travail de la Fondation Roi Baudouin a accumulées ces derniers mois et sur lesquelles il a pu trouver un consensus. La répartition des compétences institutionnelles actuellement en vigueur a été prise en considération pour la concrétisation des propositions politiques vers les différents niveaux de pouvoir. Le groupe ne se prononce pas sur d'éventuelles modifications de ces compétences.

La Fondation Roi Baudouin s'est fixée comme objectif de faire des inégalités en santé une plus grande priorité politique ainsi que de stimuler et de soutenir des plans d'action concrets des pouvoirs publics. Elle poursuivra ses activités dans ce domaine au cours des prochains mois. Elle propose aux pouvoirs politiques que ce travail se fasse en dialogue avec eux et qu'elle continue à être une source d'inspiration, éventuellement dans l'attente de la mise en place d'une structure politique telle que le Centre de coordination qui est suggéré à la partie 2 ci-dessous.

## Partie 2: Éléments d'une politique plus large

### UN COUP DE FOUET POUR L'IDÉE D'ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les politiques intégrées menées par des pays européens peuvent inspirer notre ligne politique. Elles montrent qu'une lutte efficace contre les inégalités en santé passe nécessairement par une visibilité claire et permanente de cette préoccupation dans l'espace public.

Des études ont déjà été effectuées et nombreux sont ceux qui se montrent préoccupés par l'égalité face à la santé et s'engagent pour cette cause. Mais il n'empêche que les Belges et leurs décideurs restent peu conscients de cet enjeu.

Les statistiques à ce sujet sont assez parcellaires et sont peu diffusées. De plus, la Belgique pâtit d'une capacité d'analyse peu cohérente en matière d'inégalités en santé. Certes, des mesures sont prises quant à l'accessibilité des services médicaux curatifs et préventifs, mais on possède peu de données sur leur impact et sur les conséquences à plus long terme sur l'état de santé des personnes concernées. L'approche orientée vers certains groupes cibles par les interventions en promotion et prévention de la santé est trop peu développée. Les mesures de l'impact des interventions sont trop rares et trop peu systématiques pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

En outre, le message de l'équité n'est que faiblement répercuté dans les politiques de santé. Si la solidarité des mécanismes de financement ainsi que l'accessibilité financière et géographique sont des concepts 'acquis', une véritable perspective d'équité – parvenir à une égalité des chances en matière de santé et à une répartition équitable de la santé – n'est

pas une compétence acquise dans le monde médical et dans celui de l'aide sociale. L'aspect santé est également peu présent dans la politique sociale générale et vice-versa: ce sont deux secteurs qui sont souvent considérés comme distincts.

Pour toutes ces raisons, il convient de donner une impulsion pour développer les connaissances et le savoir-faire touchant à la dimension de l'équité en santé et pour diffuser plus largement l'idée de l'équité en matière de santé dans les milieux des soignants, dans les formations et auprès des décideurs à tous les niveaux de pouvoir et d'intervention. Il faut intensifier les recherches sur la répartition inégale de la santé, sur les déterminants de ce phénomène ainsi que sur les effets des mesures et des stratégies.

*Ce coup de fouet donné à la politique d'équité en matière de santé doit prendre deux formes: (A) un Programme d'action de la Politique scientifique fédérale visant à soutenir la nouvelle priorité stratégique 'équité en santé' (B) et la mise en place d'un Centre de coordination politique pour l'Égalité en Santé impliquant tous les pouvoirs et tous les acteurs.*

#### **A. Un Programme d'action de la Politique scientifique fédérale visant à soutenir la nouvelle priorité stratégique 'équité en santé'**

Un programme temporaire permettant de faire progresser l'idée de l'inégalité et de l'équité face à la santé dans des universités, des hautes écoles, des centres scientifiques et des pôles de connaissance, de manière à orienter la recherche vers l'élaboration de banques de

données, des instruments de mesure et des méthodologies pour l'évaluation des interventions et pour que les étudiants puissent entrer en contact avec cette idée. Cela peut se faire par exemple dans le cadre de la Politique scientifique fédérale sous la forme d'un Programme d'action, en concertation avec les entités fédérées, visant à soutenir les priorités stratégiques du gouvernement fédéral. La Politique scientifique fédérale a déjà financé des programmes intéressants de ce genre en y associant les entités fédérées. Il faudra veiller à harmoniser le Programme avec ce qui se fait et ne se fait pas dans d'autres pays européens.

Il est important qu'en collaboration avec les Communautés et les Régions, un système de monitoring soit mis sur pied qui ne se borne pas à comptabiliser les chiffres de mortalité ou de maladies mais qui permette aussi de mesurer les évolutions au niveau des déterminants des attitudes face à la santé (c.-à-d. connaissances en matière de santé, modèles sociaux, efficacité propre, raisons) en fonction de la classe sociale, du sexe, de l'appartenance ethnique. La création annoncée d'un Observatoire wallon de la Santé, et particulièrement d'une cellule stratégique et politique en son sein, favorisera la mise sur pied d'un système de monitoring.

Les Communautés et les Régions peuvent d'ores et déjà formuler des objectifs en matière de santé sur base des données dont elles disposent et qui peuvent être affinées par la suite. Ces données peuvent orienter les efforts entrepris au niveau des pouvoirs publics en vue de prévenir des affections ayant un effet important sur l'état de santé de la population et de divers groupes spécifiques.

## **B. Un Centre de coordination politique pour l'Égalité en Santé impliquant tous les pouvoirs et tous les acteurs.**

La création d'un Centre de coordination politique pour l'Égalité en Santé, qui rassemblerait et diffuserait, dans une perspective d'action, des informations sur les inégalités et surtout sur les moyens de les combattre. Ce centre est indispensable pour donner une visibilité permanente à ce 'vice caché' de notre société, pour mobiliser les forces qui peuvent le combattre et accroître leurs compétences. Il doit être autonome et indépendant, se situer au-dessus de la mêlée et disposer d'une large capacité d'action, en concertation avec une multitude d'acteurs fédéraux et décentralisés.

Il doit pouvoir travailler avec tous les différents niveaux de pouvoir. Il doit se forger une expertise et être susceptible d'agir à tous les niveaux de compétence, pour impulser des politiques, coordonner les acteurs locaux dans le cadre d'une stratégie globale, en partant des besoins locaux; il doit définir des bonnes pratiques et des objectifs chiffrés qui devront être évalués régulièrement.

Ce centre doit collaborer avec tous les acteurs concernés, les institutions centrales qui se consacrent aux soins de santé, les représentants des catégories professionnelles des soins curatifs et préventifs et du monde de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé, les organisations sociales généralistes, des représentants d'organisations qui donnent la parole aux plus pauvres. On peut envisager de le greffer ou de l'intégrer à une structure existante, mais sans compromettre son indépendance. Pour atteindre l'objectif commun qu'est la diminution des écarts en matière de

santé, une collaboration avec le 'Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin' qui réalise des recherches pour les pouvoirs publics flamands est recommandée. L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles de même que l'Observatoire de la Santé du Hainaut sont également des partenaires potentiels.

Il doit y avoir un lien solide entre le Programme d'action de la Politique scientifique fédérale et le Centre de coordination politique pour l'Égalité en Santé, de manière à ce que les résultats de l'un puissent parvenir à l'autre et que la recherche puisse aussi se nourrir des réalités du terrain.

*En résumé: le gouvernement fédéral est invité à lancer, dans le cadre de la Politique scientifique fédérale et en impliquant explicitement les entités fédérées, un Programme d'action pour soutenir la nouvelle priorité stratégique: l'égalité face à la santé. Ce programme devra permettre, dans un délai de 5 ans, une progression sensible de la capacité d'analyse et d'action en matière d'inégalités en santé, d'une part dans les différents secteurs scientifiques concernés et d'autre part auprès des professionnels qui exécutent les décisions politiques.*

*Le gouvernement fédéral est invité à instituer, avec la participation des entités fédérées et d'acteurs privés, un Centre de coordination politique pour l'Égalité en Santé afin de forger et de diffuser, dans une perspective d'action, une expertise centrale et locale sur la question des inégalités en matière de santé.*

## UNE ACTION HOLISTIQUE ET INTERSECTORIELLE

La pauvreté entraîne la maladie, et la maladie entraîne la pauvreté. Cette affirmation est scientifiquement établie. Une mauvaise santé est un facteur de fragilisation économique et les personnes fragilisées sont souvent en mauvaise santé. Dès lors, les mesures visant à lutter contre l'inégalité face à la santé ne peuvent pas se limiter au seul secteur de la santé.

Une approche intersectorielle et une concertation intensive sont des constantes dans les pays qui ont engagé des programmes intégrés de lutte contre les inégalités en santé. Il faut certainement mieux intégrer l'action du secteur de la santé et de l'aide sociale, mais ce ne sont pas les seuls. Un exemple avec les Relais sociaux et les Relais santé en Wallonie qui œuvrent pour l'intégration locale des groupes plus vulnérables. Tous les axes politiques doivent être mobilisés. Il faut aussi agir sur le logement, le cadre de vie, le milieu de travail, les modes de vie, mais il faut surtout développer une politique sociale intensive et approfondie, en impliquant également l'enseignement. Tous les niveaux de pouvoir doivent harmoniser leurs efforts, tous les secteurs politiques doivent pouvoir être interpellés et il faut aussi impliquer des acteurs privés.

Une telle approche holistique et intersectorielle n'est pas tout à fait neuve en Belgique. Il existe par exemple pour les catégories sociales les plus précarisées un Service de Lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale, qui est une émanation du Rapport général sur la Pauvreté et qui est hébergé au Centre pour l'Égalité

des Chances et la Lutte contre le Racisme. Il édite régulièrement des rapports et des avis destinés à tous les secteurs concernés.

Récemment des organisations privées ont également uni leurs forces et leurs connaissances pour rédiger un plan à long terme dans le cadre de leurs 'Objectifs de la décennie (decenniumdoelstellingen) 2007-2017'.

Il ne s'agit pas d'intervenir de manière multisectorielle, mais bien intersectorielle: en travaillant les uns avec les autres, et non pas les uns à côté des autres. La fragmentation de l'aide entraîne, dans le secteur de la santé, une médicalisation des problèmes sociaux qui ne répond pas aux besoins et n'aide pas les plus vulnérables à progresser.

Il existe déjà une certaine expérience de collaboration intersectorielle en Belgique, y compris au niveau local, mais elle est trop peu systématisée. *Les Communautés et les Régions doivent veiller à ce que la collaboration intersectorielle soit soutenue et valorisée. En Flandre le 'decreet op het preventieve gezondheidsbeleid' crée des opportunités pour une meilleure collaboration intersectorielle en intégrant des facettes qui n'entrent pas dans la santé publique au sens strict du terme mais qui contribuent toutefois à l'amélioration, la protection et le maintien de la santé. Le groupe de travail demande que tout ceci soit réalisé via des arrêtés d'exécution. À Bruxelles un programme triennal a été annoncé avec pour but de renforcer la collaboration entre les services ambulatoires de la Commission Communautaire Française via des*

*réseaux et permet d'envisager de soutenir des projets locaux pionniers dans le cadre d'une approche intersectorielle (social, éducation, habitat,...).*

*Les autorités sont dès lors invitées à fournir des efforts pour développer et expliciter les expériences d'approche intersectorielle des inégalités en santé. Les autorités fédérales, régionales et communautaires sont invitées à dégager des budgets pour soutenir, encadrer et évaluer des projets locaux pionniers de manière à ce qu'on puisse en distiller les bonnes pratiques.*

Puisque tous les secteurs politiques doivent être mobilisés, *il faudra élaborer un test qui contrôlera si la politique suivie dans chaque secteur concerné respecte bien le principe d'équité en posant la question: « Qu'est-ce que cela apporte aux groupes sociaux les plus vulnérables? ». Ce test permettra de vérifier si une mesure favorise effectivement ou non une plus grande égalité des chances en matière de santé.*

## SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ET COORDINATION DES SOINS

La qualité du système de santé est conditionnée par l'existence de services de première ligne de qualité, qui constituent un élément indispensable dans la lutte contre les inégalités en santé. *Ces soins de première ligne doivent rechercher des modèles efficaces pour les catégories les plus fragilisées. Leur accessibilité pour ces catégories doit être améliorée à tout prix.*

*Ceci passe par un renforcement général des services universels de première ligne. Le budget qui leur est affecté doit connaître une croissance supérieure à la croissance moyenne du budget des soins de santé.*

Les médecins de famille et les autres intervenants de première ligne doivent être bien répartis sur le territoire, y compris dans des quartiers à forte concentration de population fragilisée. *Il faut des programmes qui encouragent la présence d'intervenants de première ligne (conventionnés) dans des quartiers peu pourvus de ces services, comme le programme Impulseo pour les médecins généralistes.*

Les services de première ligne doivent collaborer de manière interdisciplinaire, en particulier dans les quartiers défavorisés. *Les pouvoirs publics doivent stimuler cette collaboration, qui peut prendre la forme de maisons médicales, de centres de santé intégrés ou de réseaux fonctionnels d'intervention (modèle de la toile d'araignée).*

Cette offre intégrée ne doit pas se limiter

aux soins curatifs, mais englober aussi la promotion de la santé et les services d'action sociale. La concertation et l'assistance mutuelle doivent devenir la norme. Il est demandé à la Communauté flamande de prévoir de manière structurée, dans les arrêtés d'exécution des décrets visant les soins de première ligne et les soins de santé préventifs, la collaboration entre notamment les 'Samenwerkingsinitiatieven eerste Lijn (SEL's)' et les 'Loco-regionaal gezondheidsoverleg (LOGO's)'.

Des réseaux spécifiques doivent venir en aide aux intervenants de première ligne, comme cela se fait par exemple dans le domaine de la santé mentale et des soins palliatifs.

Par ailleurs, il faut accorder une attention toute particulière à développer le capital social de familles et de quartiers afin qu'une plus grande partie de la population dispose des compétences nécessaires pour bien s'orienter dans l'offre de soins. Ceci serait un rôle crucial tant pour le secteur social que pour le secteur de promotion à la santé qui devraient disposer de capacités suffisantes à cet effet.

*Il faut envisager et expérimenter s'il est possible, dans le respect de la législation sur la vie privée et en tenant compte des aspects éthiques, que ces intervenants de première ligne puissent de manière proactive rechercher eux-mêmes le contact avec des familles et des communautés, quand on peut*

*raisonnablement penser que cela engendrera des bénéfices très importants en matière de santé.*

*Les Communautés doivent mettre au point des projets pionniers – en commençant par des catégories de personnes qui sont atteintes d'affections chroniques ou qui sont exposées à ce risque – pour voir comment et dans quelle mesure le concept de 'coaching' ou de 'médiateur en santé' peut compléter et renforcer les soins de première ligne.*

*Les Communautés et les Régions doivent encourager les autorités locales à développer une politique locale de santé axée sur l'idée d'équité et visant en priorité à soutenir des réseaux locaux. Il faut assurer un suivi centralisé pour voir quels sont les modèles les plus efficaces et s'il est possible d'en distiller de bonnes pratiques.*

## UN MODE DE VIE SAIN ET UN CADRE DE VIE SAIN

Un mode de vie sain est crucial pour la santé, tout comme un cadre de vie sain. Toute promotion d'un mode de vie plus sain doit donc s'accompagner d'améliorations du cadre de vie en général et de celui des plus précarisés en particulier. Une politique inadéquate en matière de logement, d'aménagement du territoire ou d'environnement ainsi que l'absence d'espaces verts et d'infrastructures sportives dans des quartiers peut réduire à néant les effets de campagnes de promotion de la santé alors qu'une politique adéquate peut au contraire les renforcer sensiblement. C'est pourquoi l'approche intersectorielle et holistique, pour laquelle nous avons plaidé déjà, s'applique également à la promotion de la vie saine. Celle-ci est une question d'empowerment et de responsabilisation, tout en restant dans une optique de solidarité et pas dans une optique d'intolérance envers ceux qui ont plus de difficultés à adopter un mode de vie plus sain.

Il faut affiner la connaissance de l'efficacité des mesures de promotion de mode vie sain, en particulier auprès des catégories les plus vulnérables, pour que l'on puisse réellement agir de manière 'evidence based'. Mais on sait déjà que les campagnes classiques touchent rarement les catégories défavorisées. La dimension d'équité doit être intégrée dans toutes les campagnes, au risque sinon d'accroître les disparités en matière de santé. C'est pourquoi tant le gouvernement fédéral que les Communautés doivent systématiquement intégrer la dimension d'équité dans toutes leurs initiatives de

*promotion d'un mode de vie sain. Les pouvoirs publics doivent aussi insister sur cet aspect dans la politique européenne qu'ils contribuent à élaborer.*

On sait aussi que la promotion d'un mode de vie sain exige toujours une combinaison de mesures universelles, catégorielles et individuelles ainsi qu'une approche intégrée. Le message doit provenir de toutes parts et émaner de tous les domaines; l'approche doit comporter des mesures à la fois positives et négatives, coercitives et incitatives, touchant aussi bien au prix qu'à la disponibilité des produits. Et l'approche ne peut jamais être axée sur le seul aspect cognitif, mais plutôt sur le développement d'attitudes et de compétences. Les pouvoirs publics doivent aussi être conscients du fait que la gestion des instances telles que des crèches, des écoles, des entreprises et des communes peuvent produire un effet de levier important.

*C'est pourquoi les pouvoirs publics doivent mettre en adéquation, de manière permanente et structurelle, les différentes initiatives qui concernent ou qui influencent la promotion d'un mode de vie sain. Le Centre de coordination politique (voir supra) peut y jouer le rôle de plaque tournante.*

*Il faut examiner comment des éléments de promotion d'un mode de vie plus sain peuvent être intégrés dans les soins curatifs qui sont financés au niveau fédéral. Le remboursement de consultations préventives effectuées par exemple au niveau de la première ligne ou par des diététiciennes peut donner une impul-*

*sion au niveau de la réorientation des infrastructures de soins de santé en vue d'améliorer la santé de la population plutôt que de se focaliser uniquement sur les soins médicaux.*

*Le gouvernement fédéral doit appuyer de manière plus forte une approche équitable de la promotion de la santé dans les règles de financement des mutualités. Les Communautés pourraient reprendre dans leurs conditions de subvention dans le domaine de soins de santé préventifs des mesures similaires et par exemple orienter les organisations et les institutions subsidiées chargées de la prévention vers une attention particulière pour les groupes plus vulnérables.*

*Les Communautés doivent, en collaboration avec les autres pouvoirs, développer et échanger leurs connaissances sur l'efficacité des mesures de promotion d'un mode de vie sain, étudier avec eux quelles mesures transversales peuvent être prises et comment une politique orientée vers certains publics cibles peut être mise en œuvre.*

*Le gouvernement fédéral doit intégrer une stratégie de promotion d'un mode de vie sain, en concertation avec les autres niveaux de pouvoir, dans la réglementation, les mesures fiscales et la politique de prix qu'il mène pour certains produits et défendre aussi cette approche dans le contexte européen.*

*Tous les pouvoirs publics doivent se demander comment, en qualité d'employeur, ils peuvent augmenter leur contribution à une politique axée sur un mode de vie plus sain dans un rôle d'exemple à jouer.*

Annexe 1:  
Membres  
du groupe de travail  
'Inégalités en santé'

- **Martine Bantuelle**, Présidente, Conseil Supérieur de Promotion de la Santé
- **Begonia Cainas**, Chef du service social, CHU Saint-Pierre
- **Françoise De Boe**, Coordinatrice du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale
- **Linda De Boeck**, Adjunct Directeur, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie
- **Myriam De Spiegelaere**, Directrice Scientifique, Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles
- **Stefaan Demarest**, Onderzoeker, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
- **Jean-Paul Dercq**, Inspecteur Général RDQ, INAMI en duo avec remplaçant  
**Pascal Meeus**, RDQ, INAMI
- **Kurt Doms**, Coördinator cel drugs, FOD Volksgezondheid, Directoraat-generaal voor de Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen
- **Joeri Guillaume**, Stafmedewerker studiedienst, Socialistische Mutualiteiten
- **Jean Hermesse**, Secrétaire Général, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes en duo avec remplaçant  
**Raf Mertens**, Diensthoofd Onderzoek & ontwikkeling, Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
- **Isabelle Heymans**, Collaboratrice, Fédération des Maisons Médicales
- **Mark Leys**, Expert, Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE)
- **Jan Van Emelen**, Directeur Strategische Studies en Communicatie, Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen en duo avec remplaçante  
**Ariane Mollu**, Wetenschappelijk medewerkster, Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen
- **Jef Van Holsbeke**, Lid directiecomité, Verbond van Verzorgingsinstellingen (VI)
- **Carl Vanwelde**, Responsable de l'enseignement, Centre académique de médecine générale (CAMG)

## Annexe 2: Secrétariat scientifique et conseil stratégique

### Secrétariat scientifique

- **Prof. dr Jan De Maeseneer**, UGent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
- **dr. Sara Willems**, UGent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
- **Ilse Van de Geuchte**, UGent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
  
- **Prof. dr. Michel Roland**, ULB, Département de Médecine Générale
- **Nathalie Maulet**, ULB, Département de Médecine Générale

### Conseil stratégique

- **Ricardo Gutiérrez**
- **Ingrid Stegeman**, EuroHealthNet
- **Guy Tegenbos**

# RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL 'INÉGALITÉS EN SANTÉ' DE LA FONDATION ROI BAUDOIN, À L'ATTENTION DES DIFFÉRENTES AUTORITÉS POLITIQUES EN BELGIQUE

Bien que le système de soins de santé belge soit considéré d'un haut niveau en termes de qualité et d'accessibilité, les disparités face à la santé entre les différents groupes socio-économiques sont beaucoup plus grandes et plus systématiques qu'on ne le pense souvent. Loin de concerner uniquement la Belgique, ce problème se rencontre partout en Europe et dans le monde. Ces dernières années, de nombreux pays ont mis sur pied des plans stratégiques pour réduire ces inégalités en matière de santé. En Belgique, une telle politique intégrée fait encore défaut. En novembre 2006, la Fondation Roi Baudouin a créé un groupe de travail composé de représentants du secteur de la santé et de l'aide sociale au sens large et l'a chargé de formuler des propositions stratégiques afin de stimuler les différents pouvoirs publics belges à mettre sur pied un plan d'action intégré de lutte contre les inégalités en santé. Nous exposons dans les paragraphes qui suivent les principales conclusions de ce groupe de travail.

## 1. Remarques générales

C'est la société qui produit les inégalités en santé et c'est donc elle aussi qui peut les réduire. Puisque ces inégalités socio-économiques de santé sont injustes, la réduction de ces inégalités n'est pas simplement une option, c'est un devoir. La réduction des inégalités de santé doit être officiellement promue au rang d'objectif politique. Cet objectif doit être traduit en une série d'objectifs stratégiques intermédiaires, assortis d'un calendrier, sur la base de chiffres réalistes et mis en œuvre pas à pas. Les mesures politiques prises pour atteindre ces objectifs doivent reposer sur des preuves (evidence-based).

Tout au long de ce processus, les pouvoirs publics belges doivent prendre part aux programmes européens qui luttent contre les inégalités de santé.

Le système de santé belge est généralement perçu comme un bon système, mais cela ne suffit apparemment pas pour prévenir les inégalités socio-économiques de santé. Les nombreux efforts déjà consentis pour améliorer le système de santé étaient nécessaires mais pas suffisants pour lutter contre ces disparités. Il y a encore des lacunes à combler dans l'offre de soins. L'accessibilité financière et culturelle reste problématique. Les pouvoirs publics doivent se montrer plus attentifs aux nombreuses recommandations déjà formulées en la matière. Les services de médiation interculturelle disponibles dans les hôpitaux pourraient être étendus à l'ensemble des soins de première ligne. Il importe également d'étudier la possibilité de centraliser tous les services d'interprétariat pour les soins de santé et l'aide sociale dans un seul centre, avec l'aide de nouvelles technologies dont la webcam. Mais aussi, et fait plus important, il est devenu évident que même des efforts continus pour améliorer l'offre et l'accessibilité des soins de santé ne suffiront pas à réduire drastiquement les inégalités. Il faut une politique intégrée impliquant les soins curatifs, la promotion de la santé, l'aide sociale, et qui établisse un lien avec d'autres secteurs tels que l'éducation, le logement et l'emploi.

Le groupe de travail plaide pour une politique qui tienne compte du caractère graduel des inégalités entre chaque groupe socio-économique et ne cherche

pas uniquement à combler le large fossé entre le sommet et la base de l'échelle sociale. C'est pour cette raison que les mesures nécessaires pour réduire les inégalités ne doivent pas uniquement être ciblées sur les catégories socio-économiques les plus défavorisées, avec le risque de stigmatisation qui en résulte.

## 2. Éléments pour une politique plus large

### Un coup de fouet pour l'idée d'équité en matière de santé

Le groupe de travail formule deux recommandations susceptibles de donner une impulsion au développement des connaissances touchant à la dimension de l'équité en santé en Belgique. La première préconise la mise sur pied d'un programme d'action scientifique pour une durée de cinq ans visant à intensifier l'analyse de l'équité face à la santé et à renforcer les capacités d'action des scientifiques comme des travailleurs sur le terrain. Cela implique, entre autres, la mise en œuvre d'un système de monitoring qui permette d'acquérir des informations concernant l'évolution des paramètres sociaux de la population, en plus des paramètres de santé. La seconde recommandation concerne la création d'un Centre de coordination politique pour l'Égalité en santé qui construise et transmette une expertise en matière d'égalité en santé, tant au niveau fédéral qu'au niveau local. Ce Centre doit être autonome et capable de constamment stimuler la coopération et le débat entre tous les niveaux de pouvoir et tous les organes concernés en Belgique.

### **Une action holistique et intersectorielle**

Les efforts de collaboration intersectorielle existant au niveau fédéral et/ou régional, entre les secteurs de la santé et de l'éducation par exemple, doivent être développés, systématisés, soutenus, évalués et financés. Les initiatives locales doivent être stimulées, au moins sur une base expérimentale, et évaluées, de manière à ce qu'on puisse en distiller les bonnes pratiques. Un outil important pour stimuler la collaboration intersectorielle est le test d'égalité en santé. D'après le groupe de travail, il faudra élaborer ce test afin de contrôler si les mesures politiques prises dans chaque secteur concerné respectent bien le principe d'équité. La question "Est-ce que cette mesure favorise effectivement ou non une plus grande égalité des chances en matière de santé en Belgique ?", obligera les décideurs politiques à se montrer attentifs aux influences de leur politique – dans le domaine du logement par exemple – sur l'équité en santé et les stimulera à collaborer avec le secteur de la santé.

### **Soins de première ligne et coordination des soins**

Le renforcement général des services universels de première ligne revêt une importance cruciale pour améliorer l'accessibilité des soins de santé pour les catégories les plus fragilisées. Les pouvoirs publics doivent stimuler la collaboration entre les services de soins de première ligne, y compris les services de prévention, de promotion de la santé et d'aide sociale. Cette

collaboration interdisciplinaire est indispensable, particulièrement dans les quartiers défavorisés. Elle peut prendre la forme de maisons médicales, de centres de santé intégrés ou de réseaux fonctionnels d'intervention. Le groupe de travail souhaite que l'on expérimente la possibilité (dans le respect de la législation sur la vie privée et en tenant compte des aspects éthiques) pour les intervenants de première ligne de rechercher eux-mêmes le contact avec des familles et des communautés de manière proactive, quand on peut raisonnablement penser que cela engendrera des bénéfices importants en matière de santé. La meilleure façon d'aborder ce concept de 'coaching' est de soutenir et d'évaluer des projets pionniers, en commençant par s'intéresser aux catégories de personnes atteintes d'affections chroniques ou exposées à ce risque. Les Communautés et les Régions doivent également encourager les autorités locales à développer une politique locale de santé basée sur l'idée d'équité et visant en priorité à soutenir des réseaux locaux. Ici aussi, il faut examiner quels sont les modèles les plus efficaces, en distiller les bonnes pratiques et les financer.

### **Un mode de vie sain et un cadre de vie sain**

En général, la promotion de la santé doit faire l'objet de plus d'attention et de financement à tous les niveaux de pouvoir en Belgique. Le remboursement des coûts de soins préventifs par exemple peut contribuer à réorienter les soins

de santé – essentiellement curatifs pour l'instant – vers davantage de prévention et de promotion de la santé. La promotion de la santé devrait également constituer une plus grande priorité dans les règles de financement des mutualités. Pour avoir plus d'impact, des mesures en faveur d'un mode de vie sain ne peuvent être uniquement axées sur le seul aspect cognitif mais doivent viser le développement d'attitudes et de compétences. Elles devraient être élaborées en lien étroit avec des mesures visant à améliorer les conditions de vie de l'ensemble de la population, et particulièrement des groupes les plus vulnérables. Les mesures fiscales et la politique de prix par exemple, qui influence l'accessibilité de produits sains – ou, à l'autre extrême, de produits malsains – doivent être prises en compte. Une politique de santé dans les écoles, les entreprises, les centres de jour, les collectivités locales, etc., peut produire un effet de levier important au niveau de la promotion de comportements sains. À ce propos, les pouvoirs publics doivent se demander comment, en qualité d'employeur, ils peuvent montrer l'exemple en contribuant au mode de vie sain de leurs employés. Les principes d'empowerment et de responsabilisation doivent être envisagés dans une optique de solidarité, et non d'intolérance envers ceux qui ont plus de difficultés à adopter un mode de vie plus sain. La dimension d'équité doit être intégrée dans toutes les mesures de promotion d'un mode de vie sain, au risque sinon d'accroître encore les inégalités en matière de santé.

## RECOMMENDATIONS OF THE 'HEALTH INEQUALITY' WORKING GROUP OF THE KING BAUDOIN FOUNDATION, ISSUED TO ALL GOVERNMENTS IN BELGIUM

Although the Belgian health care system is well known for its high quality and accessibility, health differences between higher and lower socioeconomic groups in Belgium are much greater and occur much more systematically than generally assumed. This is not a problem particular to Belgium, but one that is seen across Europe and the world. Whilst over the last few years many countries have developed strategic plans to reduce health inequalities, Belgium still has no integrated policy strategy. In November 2006 the King Baudouin Foundation put together a working group with representatives from the broad policy field of health and welfare and gave it the task of formulating policy propositions for stimulating Belgium's various governments to develop an integrated strategy for action to tackle health inequalities. In the paragraphs that follow we will set out the key conclusions of this working group.

### 1. General remarks

Health inequalities are produced by society and can therefore also be reduced by society. And since socioeconomic health inequalities are unfair, reducing health differences is not a mere option – it is a must. The reduction of health inequalities has to become an official policy goal, a goal that must be translated into intermediate policy goals, on the basis of realistic figures and deadlines and a step-by-step ap-

proach. The policy measures to achieve these goals should be evidence-based. And throughout this process, the governments in Belgium should participate in the existing European programmes for tackling health inequalities.

The Belgian health system is generally perceived to be a good system, but apparently that is not enough by itself to prevent socioeconomic health differences. The many efforts already made to improve the health system were necessary, but not sufficient to tackle health differences. There are still some care supply gaps and also financial and cultural inaccessibility issues to be tackled. The governments should pay more attention to the many conclusions already made in this regard. As far as cultural accessibility is concerned, they could for instance broaden the scope of intercultural mediation in hospitals to the entire primary health care field and investigate the possibility of centralising all interpreting services for health and social care in one centre, with the help of ICT and webcam technology. But also, and more importantly, it has become obvious that even continual efforts to improve the supply and accessibility of health care will never be enough to substantially reduce inequalities. What is needed is a deep integration of policies in health care, health promotion, welfare and other sectors with a health link such

as education, housing and employment.

The working group further emphasises that the entire health gradient of differences between each and every socioeconomic group needs to be tackled, and not just the wide gap between the top and the base of the social pyramid. Therefore measures to tackle health inequalities should not only focus on the lowest socioeconomic groups, as such a focus has a strong stigmatising effect.

### 2. Building blocks for a broader policy

#### A boost for health equity thinking

The working group makes two recommendations for giving a boost to health equity knowledge in Belgium. The first is to start a scientific action programme to build up the health equity analysis and action capacity of scientists as well as field-workers in a five-year period. This implies, amongst other things, the development of a monitoring system to acquire information about the evolution of the population's social parameters, in addition to health parameters. The second recommendation is to establish an action-focussed Policy Coordination Centre for Health Equity which builds up and transfers policy expertise on health equity, both centrally and locally within Belgium. This Centre has to be autonomous and be

able to constantly stimulate cooperation and the debate between all the relevant governments and institutions in Belgium.

### **Holistic and intersectoral cooperation**

Existing intersectoral cooperation initiatives and efforts at federal and/or regional level, for example between the health and education sectors, have to be further developed, systematised, supported, evaluated and paid for. Local initiatives have to be stimulated, at least on an experimental basis, and evaluated, so that any good practices can be identified and supported further. An important tool to stimulate intersectoral collaboration is the health equity test. The working group suggests that this test should be developed and then applied whenever a new policy measure is proposed in a relevant policy sector. The question “what’s the effect of this measure on the equitable partition of health between everyone living in Belgium?”, will keep policy-makers - in the area of housing issues for instance - alert to influences on health equity and it will stimulate them to cooperate with the health sector.

### **Primary health care and care coordination**

The general consolidation of universal primary health care is of paramount importance to enhancing the accessibility of health care for the most vulnerable

groups. Governments must strongly encourage cooperation between primary-care disciplines, including disciplines in health prevention, health promotion and welfare. This interdisciplinary cooperation is certainly needed in the more vulnerable communities. It can take the form of group practices, community health centres or functional networks of care providers. The working group asks for the possibility to be examined (taking into account all the privacy and ethical aspects) of primary health workers contacting families and groups on a proactive basis whenever substantial health gains are likely to be made. The best way to approach this concept of ‘coaching’ is to support and evaluate local pioneering projects, starting with a focus on the chronically ill and vulnerable groups. Also, local authorities should be motivated much more by other Belgian authorities to create a local health policy that is based on equity and aimed primarily at supporting local networks. Once again, different possible models have to be examined and good practices have to be recognised and financed.

### **Healthy lifestyle and healthy living environment**

In general, health promotion should receive much more attention and funding at all policy levels in Belgium. The reimbursement of the costs of preventive care

for instance can help to reorient health-care – which is predominantly curative at present – towards more health prevention and promotion. Also health promotion should be given a higher priority in the financing of sickness funds.

To have more effect, measures promoting a healthy lifestyle should not only aim at individual knowledge but also at attitudes and skills, and they should have a close connection with measures improving the living environment of the general population, and especially of the most vulnerable groups. Taxation and pricing policies for instance, which affect the availability of healthy products – or, at the other extreme, unhealthy products – should be taken into account. Health policies in schools, firms, day-care centres, communities and so on, can have a strong leverage effect in promoting healthy behaviour. In this respect, governments should consider the possibility of setting an example by contributing as an employer to the healthy lifestyle of employees. Empowerment and accountability have to go hand in hand with solidarity, not with intolerance towards people who find it more difficult to adopt a healthy lifestyle. All lifestyle measures should be taken from a health equity perspective, preventing them from having the “Matthew effect”, i.e. having as their main effect making the healthy healthier.

# Fondation Roi Baudouin

**Agir ensemble pour  
une société meilleure**  
[www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)

La Fondation Roi Baudouin soutient des projets et des citoyens qui s'engagent pour une société meilleure. Nous voulons contribuer de manière durable à davantage de justice, de démocratie et de respect de la diversité.

La Fondation Roi Baudouin est indépendante et pluraliste. Nous opérons depuis Bruxelles et agissons au niveau belge, européen et international. En Belgique, la Fondation mène aussi bien des projets locaux que régionaux et fédéraux. Elle a vu le jour en 1976, à l'occasion des vingt-cinq ans de l'accession au trône du Roi Baudouin.

Pour atteindre notre objectif, nous combinons plusieurs méthodes de travail. Nous soutenons des projets de tiers, nous développons nos propres projets, nous organisons des ateliers et des tables rondes avec des experts et des citoyens, nous mettons sur pied des groupes de réflexion sur des enjeux actuels et futurs, nous rassemblons autour d'une même table des personnes aux visions très différentes, nous diffusons nos résultats au moyen de publications (gratuites),... La Fondation Roi Baudouin collabore avec des autorités publiques, des associations, des ONG, des centres de recherche, des entreprises et d'autres fondations. Nous avons conclu un partenariat stratégique avec le European Policy Centre, une cellule de réflexion basée à Bruxelles.

Nos activités sont regroupées autour des thèmes suivants:

## **Migration & société multiculturelle**

– favoriser l'intégration et la cohabitation multiculturelle en Belgique et en Europe

## **Pauvreté & justice sociale**

– détecter de nouvelles formes d'injustice sociale et de pauvreté; soutenir des projets qui renforcent la solidarité intergénérationnelle

## **Société civile & engagement citoyen**

– stimuler l'engagement citoyen; promouvoir les valeurs démocratiques auprès des jeunes; appuyer des projets de quartier

## **Santé**

– encourager un mode de vie sain; contribuer à un système de soins de santé accessible et socialement accepté

## **Philanthropie**

– contribuer à un développement efficace de la philanthropie en Belgique et en Europe

## **Balkans**

– protéger les droits de minorités et de victimes de la traite des êtres humains; mettre sur pied un système de visas pour étudiants

## **Afrique centrale**

– soutenir des projets de prévention du sida et de prise en charge de malades du sida

Le Conseil d'administration de la Fondation Roi Baudouin trace les lignes de force de la politique à mener. Celle-ci est mise en oeuvre par une soixantaine de collaborateurs – hommes et femmes, d'origine belge et étrangère, wallons, flamands et bruxellois.

Les dépenses annuelles de la Fondation sont de quelque 40 millions d'euros. Outre notre propre capital et l'importante dotation de la Loterie Nationale, il existe aussi des fonds de personnes, d'associations et d'entreprises. La Fondation Roi Baudouin reçoit également des dons et des legs.

Vous trouverez de plus amples informations sur nos projets et nos publications sur le site [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be). Une e-news vous tiendra informé(e). Vous pouvez adresser vos questions à [info@kbs-frb.be](mailto:info@kbs-frb.be) ou au 070-233 728.

Fondation Roi Baudouin,  
rue Brederode 21, B-1000 Bruxelles  
+32-2-511 18 40, fax +32-2-511 52 21  
Les dons de 30 euros minimum versés sur notre compte 000-0000004-04 sont déductibles fiscalement.