

# LA QUALITÉ DE VIE: UN ENJEU COMMUNAL



**SACOPAR**  
SANTÉ COMMUNAUTÉ PARTICIPATION

# LA QUALITÉ DE VIE : UN ENJEU COMMUNAL



- 02 **...EN RÉSUMÉ**
- 03 **PROBLÉMATIQUE**
  - Limites de l'approche médicale
  - Politique publique : une nécessité
- 04 **RECOMMANDATIONS**
- 04 **RÔLE DES COMMUNES**
  
- 06 **...SI VOUS SOUHAITEZ EN SAVOIR PLUS**
- 07 **PROBLÉMATIQUE**
  - Limites de l'approche médicale
  - Politique publique : une nécessité
- 12 **RECOMMANDATIONS**
- 17 **RÔLE DES COMMUNES**
  
- 18 **DES EXPÉRIENCES CONCRÈTES**
- 19 **LE PROGRAMME «VERS LA RÉDUCTION  
DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ»**
- 22 **DES VILLES ET DES COMMUNES S'ENGAGENT**
  
- 26 **REPÈRES HISTORIQUES**
- 30 **RESSOURCES UTILES**
- 32 **SACOPAR PROPOSE UN ACCOMPAGNEMENT**

**Une belle source d'inspiration  
pour inscrire la santé  
des habitants dans les préoccupations  
des décideurs communaux**



**Les communes sont en première ligne pour développer le bien-être et la santé globale de leurs habitants: elles peuvent jouer un rôle essentiel grâce à leurs compétences et leur connaissance des ressources locales. Ce document propose des pistes de travail aux décideurs locaux soucieux de ces enjeux.**

**Ces pistes de travail sont issues d'une longue pratique:** depuis 20 ans, l'Asbl SACOPAR accompagne de nombreuses communes qui souhaitent développer le bien-être des citoyens et réduire les inégalités de santé sur leur territoire.

L'Asbl SACOPAR travaille avec des réseaux internationaux poursuivant les mêmes objectifs.

Les recommandations présentées ici sont le fruit d'une somme d'expériences et de réflexions théoriques qui ne cessent de s'enrichir et de se confirmer.

# **LA QUALITÉ DE VIE: UN ENJEU COMMUNAL**

## **...en résumé**

**Contrairement aux idées reçues, la promotion de la santé n'est pas seulement une compétence régionale.**

**C'est aussi au niveau local, avec des acteurs communaux, associatifs et du secteur privé, que le bien-être et la santé des habitants sont mis au centre d'actions de promotion de la santé!**

**Ce document propose aux acteurs locaux des pistes d'actions concrètes, pas nécessairement coûteuses, basées sur des études scientifiques et des expériences menées dans d'autres communes en Belgique ou à l'étranger.**

## LA PROBLÉMATIQUE

Être en bonne santé, ce n'est pas seulement ne pas être malade ; cela veut dire se sentir bien au niveau physique, mental, social ; la santé est une notion globale qui touche au bien-être et à la qualité de vie.

### L'approche médicale: un impact limité

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'approche médicale n'est qu'un des éléments qui impacte la santé ; les conditions de vie jouent à 70 % sur la santé globale des populations.

Alimentation saine, pratique sportive, absence de stress, présence d'un travail valorisant, d'un réseau social et familial ; environnement sain (espaces verts, sécurité, logement, qualité de l'eau, hygiène publique) : ces facteurs sociaux ont, parmi bien d'autres, une importance majeure sur la santé, comme l'ont démontré de nombreuses études.

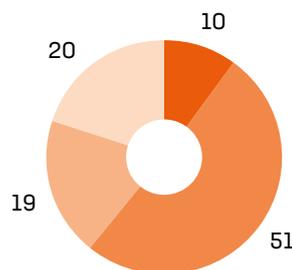
### Une nécessité: mettre la santé au cœur des politiques publiques

Plus que les services de santé proprement dit, **ce sont donc toutes les politiques publiques qui influent** sur la santé et la qualité de vie, quel que soit le secteur considéré.

Les décideurs qui veulent développer la santé dans leur commune peuvent s'appuyer sur des concepts validés et des méthodes éprouvées, issus de réflexions et d'expériences menées depuis longtemps dans de nombreux pays.

### FACTEURS INFLUENÇANT LA SANTÉ

<span style="color: #e67e22;">■</span> Système de soins	10%
<span style="color: #e67e22;">■</span> Modes de vie	51%
<span style="color: #e67e22;">■</span> Environnement	19%
<span style="color: #e67e22;">■</span> Biologie	20%



Adapté de Cantoreggi'N.,  
« Simos'J. » 2010  
CDC 1993  
Environnemental Health &  
Sustainable Development,  
Université de Genève

## LES RECOMMANDATIONS

**Une priorité:** développer les facteurs favorables à la santé globale

**Une stratégie de base:** soutenir la mise en réseau et la collaboration intersectorielle

**Une condition de pertinence et d'efficacité:** agir au niveau des collectivités territoriales

**Une approche centrale:** développer l'action communautaire au niveau local

- avec la participation de tous les acteurs concernés;
- en impliquant la population de manière active;
- en valorisant et mutualisant les ressources locales;
- en réorientant les services de santé vers les besoins de la collectivité

## LE RÔLE DES COMMUNES

Les communes peuvent jouer un rôle considérable en matière de santé, via leurs nombreuses compétences: logement, mobilité, voirie, espaces naturels, accueil de la petite enfance, enseignement, propreté, sécurité, urbanisme, activités socio-culturelles, sport, cohésion sociale, extrascolaire, économie locale...

Les responsables communaux sont également les mieux placés pour identifier les priorités locales, articuler les ressources et les compétences mobilisables, développer des actions visibles pour les habitants.

Améliorer la santé et la qualité de vie est un maillon important du développement durable. Les budgets engagés à cet effet représentent donc un investissement, et non un coût.

Les stratégies de développement durable mises en œuvre à travers les Villes-santé de l'OMS, les Plans de cohésion sociale, les contrats de quartier, l'Agenda21 local: tous ces dispositifs s'inscrivent dans une dynamique de bien-être partagé au sein d'un territoire.

Leurs objectifs convergent, leurs méthodes sont similaires: ils peuvent tous être le moteur d'une nouvelle dynamique territoriale!

**Concrètement, voici quelques idées et pistes d'action au niveau communal:**

- Consacrer un **chapitre du programme de politique communale** de la future mandature à la promotion de la santé;
- Pour nourrir ce programme durant les 6 ans à venir, **concerter les acteurs locaux**: maisons médicales, plannings familiaux, associations actives en matière de santé, crèches, écoles de devoirs, centres sportifs, administration communale (espaces verts, mobilité, contrats de quartier, logement), écoles, centres PMS et PSE etc;
- Créer un **échevinat de la santé** et inscrire la santé en tant qu'enjeu transversal de toute la législature;
- Utiliser les **lieux de concertation** existants (concertation de cohésion sociale) et y agender régulièrement des actions communes en promotion de la santé;
- Intégrer, dans tous les **événements locaux** (fêtes de quartier, brocantes, marchés, etc), des actions de sensibilisation à la santé (stands d'information, jeux, ateliers alimentation saine etc);
- Développer un **environnement de qualité**: espaces verts, mobilité douce, rénovation ou construction du bâti selon des normes environnementales, infrastructures sportives (même de plein air);
- Valoriser et soutenir **jardins et potagers collectifs, verdurisation des rues et façades**, via des projets participatifs avec la population;
- Pour soutenir cette approche globale, miser sur la **recherche de subsides** (régionaux, communautaires, fédéraux, privés): contrats de quartier, sport au féminin, infrastructures sportives, appels à projet Fondation Roi Baudouin, Agenda 21, économie sociale régionale etc;
- Faire des **campagnes** de sensibilisation, organiser des événements, colloques, etc;
- Favoriser la création **d'initiatives en économie sociale** en lien avec la qualité de vie et la promotion de la santé, l'insertion professionnelle de publics fragilisés et en partenariat avec certains acteurs locaux (CPAS, Missions Locales et Régionales, Actiris, Forem): entretien des espaces verts, réparation du mobilier urbain, taxi social, transport des personnes âgées, épiceries et restaurants sociaux pour promouvoir convivialité et alimentation saine, petites réparations à domicile, conseils énergétiques, etc;
- Soutenir le **réseau associatif et les initiatives citoyennes**, les projets favorisant la création de liens, le soutien aux populations précarisées, la rupture d'isolement, l'entraide, les échanges intergénérationnels, le partage des savoirs et pratiques, etc.

# LA QUALITÉ DE VIE: UN ENJEU COMMUNAL

...si vous souhaitez  
approfondir le sujet



## LA PROBLÉMATIQUE

La santé: une question sociale avant tout

**Dans une vision globale, la santé ne se réduit pas à l'absence de maladie mais concerne le bien-être général et la qualité de vie; cette vision dépasse l'approche médicale de la santé.**

*Être en santé, cela veut dire se sentir bien au sens large: physique, mental, dans sa vie sociale. Avoir la santé, c'est un processus qui mêle le plaisir à vivre et l'estime de soi, de telle manière que l'on recherche le bien-être physique, mental et social.*

**Acteurs du programme**

**Vers la réduction des inégalités sociales de santé**

*La santé, c'est la possibilité pour un individu ou un groupe de réaliser ses aspirations, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu.*

**OMS, Charte d'Ottawa**

*Il est difficile d'avoir une alimentation saine lorsque l'argent manque; de faire de l'activité physique dans les quartiers où il n'y a pas d'espaces verts ni d'infrastructures sportives accessibles; d'avoir des rythmes de vie réguliers si les conditions de travail ne le permettent pas; d'éviter le stress et l'isolement lorsque l'insécurité est quotidienne.*

**Fédération des maisons médicales**

**Les liens entre conditions de vie, maladie et mortalité sont aujourd'hui clairement établis et documentés. Il suffit de comparer le niveau de santé entre pays, régions ou milieux sociaux pour en être convaincu.**

*On observe au sein même des pays de très grandes différences d'état de santé qui sont étroitement liées à la condition sociale.*

*Des disparités de pareille ampleur (...) ne devraient tout simplement pas exister.*

**OMS Commission des déterminants sociaux**

**Rapport final 2009: Comblé le fossé en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux**



# 31%

## MORTALITÉ PRÉMATURÉE

La mortalité prématurée (avant 65 ans) en Belgique est 31 % plus élevée que celle des hommes suédois et 40 % plus élevée que celle des femmes espagnoles

Tableau de bord de la Santé en Hainaut - N° 12 - 2016

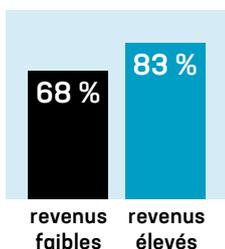


# 7,35% > 8,75%

## PRÉMATURITÉ

Le taux de prématurité en Belgique passe de 7,35% à 8,75% selon le niveau socio-économique des communes

BDMS-ONE 2006-2007,  
SPF Économie et SPF Affaires sociales



## ÉTAT DE SANTÉ / REVENUS

En 2013, 68 % des Wallons aux revenus les plus faibles estimaient leur état de santé bon à très bon contre 83 % parmi ceux aux revenus les plus élevés

Tableau de bord de la Santé en Hainaut - N° 12 - 2016



# 2x

## RISQUE D'INVALIDITÉ

Le risque d'invalidité est plus de deux fois plus élevé chez les ouvriers que chez les employés

Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016  
Observatoire de la santé et du social



# 18% / 30%

## COMPORTEMENT ALIMENTAIRE / DÉPRESSION

18 % des personnes disposant au maximum d'un diplôme de l'école primaire ont des troubles du comportement alimentaire, contre 9 % des diplômés de l'enseignement supérieur. Ce rapport est de 30% à 11% en ce qui concerne les troubles dépressifs

Ibid



## COMPORTEMENTS NOCIFS

La plupart des comportements nocifs pour la santé (mauvaise alimentation, tabagisme, sédentarité, etc..) augmentent à mesure que la situation sociale est plus défavorable

Ibid

Flagrantes entre les plus pauvres et les plus riches, les inégalités sociales de santé concernent en fait tout le monde: chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure. Ces inégalités existent entre villes, entre quartiers, entre habitants d'une même commune – et elles ne font qu'augmenter.

*Certaines franges de la classe moyenne ont de plus en plus de mal à satisfaire simultanément les besoins essentiels: se vêtir, se loger dignement, se nourrir convenablement, se soigner correctement, pratiquer une activité sportive.*

**Acteurs du programme**

**Vers la réduction des inégalités sociales de santé**

### Ces constats illustrent bien la limite des services de santé.

Leur qualité et leur accessibilité pour tous restent bien sûr des enjeux fondamentaux; mais l'approche médicale classique, essentiellement réparatrice et centrée sur l'individu, n'est pas outillée pour agir sur les facteurs collectifs qui sont à la source des problèmes de santé.

Les services de santé peuvent toutefois participer à l'amélioration de la santé globale en allant au-delà de leur mandat curatif proprement dit. Développer des approches préventives, adapter leurs modes de prise en charge aux conditions de vie des patients, alimenter la connaissance des problèmes à partir de leurs observations, se mettre en lien avec d'autres acteurs: autant de pistes pour inscrire les soins dans une vision plus collective. Cela implique un changement de regard et une réorganisation des services.

### Une nécessité: Mettre la santé au cœur des politiques publiques

Ces constats déjà anciens ont amené de nombreux acteurs dans le monde entier à développer de nouvelles stratégies, soutenues par l'OMS depuis 1986 à travers une «Charte pour la promotion de la santé». L'engagement politique en faveur de la santé est à la base de ces stratégies.

*La santé dans toutes les politiques est une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé.*

**Déclaration d'Helsinki**

**sur la santé dans toutes les politiques, OMS 2014**

**Toutes les recommandations sont unanimes:** les acteurs de terrain ont besoin d'une reconnaissance forte, d'un cadre stratégique global et de dispositifs concrets pour pouvoir déployer leur action de manière cohérente et sur le long terme.

*Le soutien politique apporté à la promotion de la santé renforce la visibilité et la crédibilité des actions de terrain auprès des acteurs eux-mêmes, et aussi auprès de la population; il favorise la mobilisation des habitants autour de ces questions; il incite les acteurs à se coordonner, à renforcer les démarches déjà entreprises, à en développer de nouvelles, à augmenter la rigueur et la qualité de leurs actions.*

**Acteurs du programme**

**Vers la réduction des inégalités sociales de santé**

**De nombreuses expériences illustrent l'intérêt et la faisabilité d'agir au niveau des villes et des communes.** Le programme Villes Santé, lancé par l'OMS en 1986 et actualisé en 2016 par la déclaration de Shangaï des maires de villes, a impulsé une large dynamique en Belgique et dans toutes les régions du monde. Plus de 1300 villes et communes participent à ce programme en Europe.

Une ville-santé, c'est une ville qui donne une priorité à la santé: une ville qui décide de développer les conditions permettant à tous les habitants de développer leur qualité de vie, en agissant concrètement et à long terme sur diverses composantes de la dynamique urbaine.

**La stratégie «Villes santé» met en lumière l'impact de la santé sur le développement local:** les services permettant d'améliorer la santé globale constituent un maillon important de ce développement. Ils devraient dès lors être considérés comme un investissement et non comme un coût. Ces services relèvent, en tout ou en partie, de matières communales qui deviennent dès lors autant de leviers pour l'action.



# Santé dans les villes: les critères d'une Ville-Santé



L'Organisation Mondiale de la Santé définit 11 critères constituant la ligne directrice d'une Ville-Santé.

Ces critères déterminent les composantes de la vie urbaine sur lesquels il convient d'agir:

- un environnement salubre, sans risques et de haute qualité;
- un écosystème stable et pouvant être maintenu à long terme;
- une communauté forte, solidaire et qui n'exploite pas la population;
- un haut niveau de participation et de contrôle de la population pour tout ce qui concerne sa vie, sa santé et son bien-être;
- la possibilité de satisfaire ses besoins premiers;
- l'accès à une grande diversité d'expériences et de ressources avec une possibilité d'élargir les contacts, les synergies et les communications;
- une économie locale diversifiée, vitale et innovatrice;
- l'encouragement du sentiment de lien avec le passé, c'est-à-dire avec le patrimoine culturel et biologique des citoyens, ainsi qu'avec d'autres groupes et individus;
- une structure de ville compatible avec ce qui précède et qui l'améliore;
- un niveau maximum de services de santé publique accessibles à tous;
- une priorité à la santé.

## LES VILLES-SANTÉ EN BELGIQUE

La Louvière, Sambreville, Seraing, Charleroi, Huy, Mouscron, Chaudfontaine, la province de Liège (réunies dans un Réseau Belge Francophone), Région de Bruxelles - Capitale, Malines, Gand, la province d'Anvers.

## LES RECOMMANDATIONS

**Les recommandations présentées ici proviennent d'experts et d'acteurs de terrain (notamment ceux qui se sont impliqués dans les programmes évoqués dans le chapitre 3, «Des expériences concrètes»). L'interaction des pratiques et des concepts théoriques produit une somme de connaissances et de pistes d'action sans cesse affinées.**

### Une priorité: développer les facteurs favorables à la santé globale

Tous les aspects de la vie collective ont un impact sur la santé globale, le bien-être et la qualité de vie. Il est possible de créer des conditions favorables à la santé en agissant au niveau des milieux de vie (école, entreprises, logement, lieux de loisir...), des quartiers (sécurité, infrastructures sportives, voiries), de l'environnement (hygiène publique, espaces verts, qualité de l'eau, circulation routière) ...

Le marché contribue à améliorer la situation sanitaire en fournissant de nouvelles technologies, de nouveaux biens et services et en accroissant le niveau de vie. Mais il peut aussi créer des conditions qui ne sont pas favorables à la santé: inégalités économiques, épuisement progressif des ressources, pollution de l'environnement, conditions de travail mauvaises pour la santé et circulation de produits dangereux et nocifs.

**OMS Commission des déterminants sociaux**  
**Rapport final 2009: Comblent le fossé en une**  
**génération Instaurer l'équité en santé en agissant**  
**sur les déterminants sociaux**

*Les personnes en difficultés omettent de prendre soin d'elles-mêmes, perdent la confiance en leurs capacités personnelles à gérer leur vie.... Elles ne savent plus comment s'en sortir et surtout à qui s'adresser; il faut agir en amont, avant que ne se produise une spirale de l'échec qui pèse lourdement tant sur la qualité de vie des habitants que sur le travail des professionnels.*

**Acteurs du programme**

**Vers la réduction des inégalités sociales de santé**

La priorité, c'est donc d'agir, dans chaque secteur et à tous les niveaux, pour développer les ressources individuelles et collectives favorables à la santé avant l'émergence ou l'aggravation des problèmes, en prêtant une attention particulière aux groupes et aux milieux fragilisés. C'est la meilleure manière d'éviter les souffrances et les coûts inutiles, mais aussi de préserver la qualité du travail des intervenants. Il s'agit d'un processus continu, qui nécessite dynamisme et créativité, étant donné l'évolution constante des contextes de vie.

### Une stratégie de base: soutenir la mise en réseau et la collaboration intersectorielle

*Nous connaissons bien les liens qui existent entre le logement et certains problèmes de santé; mais notre mission ne porte pas sur le logement, nous n'avons pas de compétence en la matière. Ce n'est que par la collaboration avec les acteurs dédiés au logement que nous avons pu avancer sur les problèmes de santé liés au lieu dans lequel les gens vivent.*

**Acteurs du programme**

**Vers la réduction des inégalités sociales de santé**

La santé globale concerne de nombreux professionnels, services et associations qui travaillent à différents niveaux dans des secteurs diversifiés – sociaux, économiques, culturels, environnementaux.

Ces acteurs se consacrent en général à une problématique spécifique, dont ils ne perçoivent pas toujours les liens avec d'autres problématiques, ni leur rapport avec la santé – ou alors, ils ont « le nez sur le guidon »: pas le temps ni les moyens, d'agir sur plusieurs plans de manière cohérente. Or, la collaboration entre secteurs permet de renforcer l'action de chacun:

*Les partenaires intersectoriels détiennent des leviers d'action sur les déterminants de la santé qu'ils peuvent utiliser seuls, dans leurs secteurs respectifs, tels que l'application de mesures réglementaires ou l'aide financière accordée aux personnes et aux familles. Toutefois, de nombreuses initiatives mobilisent très souvent plusieurs acteurs et requièrent alors un partage des responsabilités entre les secteurs concernés.*

**Le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé, Gouvernement du Québec 2017**

*Au fil des contacts pris dans le cadre de notre projet centré en priorité sur l'activité physique, nous avons créé des liens privilégiés avec l'échevin des sports et avec les écoles, trouvé des voies de collaborations plus naturelles et effectives et ainsi découvert de nouvelles possibilités d'aborder la santé ainsi que des techniques permettant d'aider notre public à parler de ses problèmes, de ses habitudes néfastes à la santé, et à les dépasser.*

**Acteurs du programme**

**Vers la réduction des inégalités sociales de santé**

Bien souvent, les acteurs présents sur le terrain ne se rencontrent pas naturellement: ils appartiennent à des secteurs variés, dépendent de différents niveaux de pouvoir, répondent à des mandats spécifiques assortis de leurs propres cadres institutionnels, administratifs et budgétaires.

Le travail intersectoriel ne va donc pas de soi. Mais l'expérience montre que, lorsque des opportunités se créent, les acteurs s'en saisissent avec dynamisme et créativité. Par exemple, dans le programme *Vers la réduction des inégalités sociales de santé*, ils ont largement répondu aux propositions faites par l'association SACOPAR qui les a accompagnés: journées de travail, forum, site internet, rencontres entre acteurs et décideurs locaux.

La mise en réseau de secteurs différents permet de susciter un intérêt pour la santé auprès de services et d'institutions dont la mission ne ressort pas, à priori, de ce domaine :

*L'enquête réalisée pour préciser les objectifs du projet a mis en lumière les liens existant entre la santé et le logement; les informations recueillies sont partagées avec le Plan de Cohésion Sociale de la Ville, qui mène des actions dans ce domaine.*

#### **Acteurs du programme**

**Vers la réduction des inégalités sociales de santé**

Ces transversalités favorisent l'intégration d'une dimension «santé» dans divers services, la mise en commun des ressources et dès lors des économies d'échelle: un atout majeur en terme de durabilité. Le programme *Vers la réduction des inégalités de santé* montre que les ressources mobilisables sur le terrain ne manquent pas; les liens tissés entre acteurs favorisent la poursuite de projets mis en place dans le cadre d'une subsidection ponctuelle.

*Grâce au soutien apporté à nos démarches, les ateliers «Cuisine» du CPAS ont pris une nouvelle dimension: il est désormais possible d'aborder le sujet «santé» dans ces ateliers. D'autres actions, mise en place dans le cadre du subventionnement, ont insufflé une dynamique et une transversalité coopérative auprès de services jusqu'alors relativement cloisonnés;*

*Un projet s'est quasi complètement autonomisé en rentrant dans les missions globales du service aînés du CPAS; des volontaires travaillent à sa gestion et à sa concrétisation quotidiennes;*

*Le travail de recherche et de mise en place pour ce projet terminé, la collaboration avec les médecins généralistes locaux pérennisée, le responsable et l'assistant social du service logement assurent désormais la prise en charge des dossiers transmis, toujours révélateurs de situations dramatiques;*

*Les activités «cuisine» et «jardin didactique» proposées aux bénéficiaires d'un CPAS se poursuivent via le service d'insertion sociale du CPAS et les Centres Communautaires;*

*Un rayon santé a été créé au sein de la bibliothèque communale à l'issue du projet.*

#### **Acteurs du programme**

**Vers la réduction des inégalités sociales de santé**

**Approcher la santé de manière globale et positive, dans une perspective d'équité**

**Porter l'action sur les déterminants de la santé**

**Dépasser les clivages sectoriels**

**Ces options de base se déploient au mieux à travers**

**l'action communautaire impliquant les collectivités territoriales.**

### Une condition de pertinence et d'efficacité: agir au niveau des collectivités territoriales

Une collectivité territoriale, c'est un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun: habitants, professionnels, élus, institutionnels. Tous sont concernés par la santé.

*Les professionnels connaissent bien les domaines spécifiques qu'ils abordent. Les élus connaissent les conditions de vie et les problèmes locaux, les ressources mobilisables sur le territoire. Les habitants vivent de près la réalité de tous les jours, ils ont des compétences, des ressources et des leviers d'action qu'ils méconnaissent parfois eux-mêmes, ou qui ne sont pas reconnus par les professionnels et les décideurs. Seul le partage des savoirs et des pouvoirs permet d'avancer;*

*Soutenir les habitants dans une position active et collective, organiser la rencontre et le partage entre les habitants, les professionnels, les décideurs: c'est la seule manière de développer des synergies efficaces et durables. Une telle approche a, même auprès des personnes les plus défavorisées, un impact inestimable sur le lien social, l'estime de soi, le désir d'agir pour la santé.*

#### Acteurs du programme

Vers la réduction des inégalités sociales de santé

### Une approche centrale: développer l'action communautaire au niveau local

L'action communautaire privilégie la rencontre et la participation active de tous les acteurs concernés. Les nombreuses expériences menées partout dans le monde, dans des contextes très variés, montrent les effets porteurs de cette approche.

#### L'action communautaire a de nombreux effets porteurs:

##### - Elle permet de mieux appréhender les réalités locales

*En organisant des actions avec différentes associations, dans quelques quartiers de la commune, nous avons mieux rencontré les préoccupations des habitants: car ces actions portaient de leurs questions, des situations qu'ils nous présentaient;*

##### - Elle soutient le sentiment d'appartenance à une collectivité

*Les ateliers «Trucs et astuces alimentaires» s'accompagnent de balades cueillettes, d'actions de sensibilisation aux ressources de la nature, de mise en valeur des produits locaux ...: cet élargissement des horizons suscite une vision citoyenne de l'environnement local;*

##### - Elle renforce l'approche globale de la santé

*La création d'un potager collectif suscite la rencontre intergénérationnelle et se prolonge par des ateliers cuisine: les femmes se rencontrent, partagent leurs savoirs, s'initient à des habitudes alimentaires plus saines et financièrement accessibles;*

*Nous avons mobilisé un groupe d'acteurs autour de l'énergie domestique, pour montrer qu'il est possible de faire des économies tout en préservant le confort de vie et le bien-être. À l'issue d'un long travail, ce groupe a créé une pièce de théâtre-action qui a été présentée, avec le soutien des autorités communales, à l'ensemble des habitants, puis dans d'autres communes. Cette démarche a eu un franc succès. Elle a permis, au-delà du thème abordé, d'ouvrir les portes de la culture à beaucoup de ménages défavorisés;*

*À travers nos ateliers sur l'endettement, nous avons pu aborder certaines questions touchant à la santé: la gestion de la pharmacie familiale, les conditions et avantages des statuts «BIM-OMNIO-MAF», le panier de la ménagère, etc;*

**- Elle permet d'atteindre des sous-groupes particuliers, voire des publics vulnérables éloignés des services**

*Nous avons contacté divers intervenants locaux: encadrants de jeunes, agents communaux, instituteurs, aides familiales, travailleurs d'un centre pour réfugiés, organisateurs d'événements, médecins généralistes... pour les sensibiliser et les former à certaines dimensions de la santé sur lesquelles ils peuvent agir dans le cadre de leurs activités;*

*Les activités que nous avons organisées par quartier, conviviales et accessibles à tous, ont permis d'aller vers les habitants qui ne font pas de demandes spontanées et de les mettre en confiance. Ils ont alors abordé leurs problèmes concrets avec plus d'aisance; nous les avons parfois orientés vers les structures les plus aptes à les aider.*

**Acteurs du programme**

**Vers la réduction des inégalités sociales de santé**



## LE RÔLE DES COMMUNES

En santé, le niveau d'action le plus efficace est le niveau communal.

Il permet de mener des actions au niveau d'un quartier, des échanges inter-quartiers.

**Réflexion des Réseaux Régionaux des Villes-Santé de l'OMS Echelle de territoire et enjeux de santé mai 2016**

Il faut mettre la santé en priorité dans les prises de décision au niveau de la commune; la promotion de la santé devrait devenir un objectif en soi.

**Acteurs du programme**

**Vers la réduction des inégalités sociales de santé**

**La commune a de solides leviers** pour améliorer la santé de ses citoyens et développer l'action communautaire:

- elle a beaucoup de compétences liées à la santé globale et à la qualité de vie: logement, mobilité, voirie, espaces verts, accueil de la petite enfance, enseignement, propreté, sécurité, urbanisme, activités socio-culturelles, économie locale...;

- elle représente un territoire perceptible, doté d'une culture, d'une histoire, de réalités partagées;
- elle est le niveau de pouvoir le plus proche du citoyen;
- elle peut, en recueillant et en partageant les données locales, identifier des problématiques spécifiques, définir les priorités, organiser des contacts et des synergies entre les acteurs concernés.

L'expérience montre que l'engagement de la commune stimule le dynamisme des acteurs de terrain: ils ne manquent pas de s'investir dès lors qu'ils se voient reconnus et soutenus.

**Cet engagement ne prend tout son sens que s'il est assorti de mesures concrètes facilitant le travail des acteurs de terrain: nomination d'un échevin de la santé, reconnaissance de la place de la promotion de la santé au niveau budgétaire, soutien au cofinancement de projets touchant à des champs de compétences différents (social, économique, santé, culturel), création de lieux de concertation.**

**L'action communautaire dans les collectivités territoriales ne peut pas reposer sur la seule initiative des acteurs de terrain. Pour être pleinement utile, cette stratégie doit être soutenue par une volonté politique claire et ancrée dans la durée.**

# DES EXPÉRIENCES CONCRÈTES



## LE PROGRAMME VERS LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

En 2010, la ministre chargée de la santé en Communauté française de Belgique lançait un programme fondé sur les recommandations internationales en matière de santé: *Vers la réduction des inégalités sociales de santé*. Objectif: «encourager les politiques communales améliorant des facteurs déterminants de la santé par des stratégies participatives et de mise en réseau».

Un appel à projets était adressé aux bourgmestres et présidents des CPAS en Wallonie et dans la Région de Bruxelles-Capitale: parce que ces acteurs sont proches des habitants et peuvent mobiliser des compétences différentes pour promouvoir la santé et agir contre les inégalités. Le suivi de ce programme, réalisé par l'asbl Sacopar en collaboration avec les Centres locaux de Promotion de la santé, permet d'éclairer ce qui est faisable et d'identifier les ressources mobilisables à l'échelle d'une commune.

### Un programme en phase avec les réalités locales

Cette initiative politique a été d'autant mieux accueillie par les intervenants locaux que de nombreux projets existaient déjà, parfois depuis de longues années. Il ne s'agissait donc pas de créer quelque chose à partir de rien: pour beaucoup d'acteurs, le soutien proposé revenait à reconnaître la valeur ainsi que l'utilité de leur travail, et à lui donner de nouvelles dimensions.

### Des acteurs dynamiques et motivés

Les acteurs concernés ont répondu à l'appel de manière enthousiaste. Certains projets n'ont pas été retenus; d'autres ont été soutenus plusieurs fois, parce qu'il semblait pertinent de poursuivre les activités, de les réorienter ou d'en développer de nouvelles en s'appuyant sur les acquis.

#### PROJETS

##### INTRODUITS RETENUS

**2010** 78 42 émanant de 26 communes et 16 CPAS

**2011** 97 47 émanant de 23 communes et 24 CPAS

**2012** 114 49 émanant de 27 communes et 22 CPAS

Certains projets se sont prolongés au-delà de la période subsidiée: convaincus par l'expérience, plusieurs communes ou CPAS ont engagé du personnel sur fonds propres ou trouvé de nouvelles sources de financement. Dans tous les cas, les intervenants qui avaient créé des outils ont continué à les promouvoir auprès du public ou des professionnels impliqués pendant la phase de subvention du projet.

L'appel à projets proposait différents axes de travail: la consommation responsable d'alcool, la promotion de la santé en matière d'environnement, d'alimentation saine et d'activité physique, le bien-être dans l'habitat. Les acteurs ont décliné ces axes en fonction de leurs réalités locales, en les liant souvent à des problématiques connexes: hygiène, stress, lien social, éducation pour la santé, premiers soins, psychomotricité...

### **Des actions participatives**

Les projets retenus s'adressaient dans certains cas à un public général, mais le plus souvent à des groupes défavorisés: jeunes en décrochage scolaire, adultes émergeant au CPAS, femmes ou personnes âgées isolées, quartiers paupérisés... Potagers collectifs, ateliers alimentaires accompagnés d'actions de sensibilisation aux ressources de la nature et de mise en valeur des produits locaux, ateliers sur l'endettement, sur l'énergie domestique, sur l'insertion sociale: les acteurs ont construit des actions concrètes, participatives et collectives.

Ces actions ont soutenu la proximité, la rencontre et le partage des savoirs entre les habitants, avec les professionnels, avec les élus. Les habitants – participants, bénévoles, comités de quartier – se sont appropriés certains projets, souhaitant parfois les poursuivre au-delà du programme subsidié.

### **Un travail intersectoriel**

Grâce aux collaborations mises en place, les acteurs ont pu:

- mieux comprendre les réalités de leur territoire;
- partager leurs connaissances, leurs compétences, leurs pratiques;
- mettre des ressources en commun;
- coordonner leurs activités et créer des ponts, voire des partenariats qui se sont parfois maintenus au-delà du projet proprement dit;
- envisager la pérennité de leurs projets.

Cette mise en réseau a suscité un intérêt pour la santé chez des acteurs dont la mission ne ressortait pas, à priori, de ce domaine. Certains ont intégré la dimension santé dans leurs activités. Des liens se sont créés ou renforcés avec les Plans de Cohésion Sociale, dont certains ont apporté des ressources utiles ou adopté de nouveaux axes de travail en lien avec la santé. Les clivages intersectoriels ont pu être dépassés.

L'association SACOPAR a organisé différents échanges entre acteurs, largement fréquentés: journées de travail, forum, site internet, rencontres entre intervenants et décideurs locaux. Ces échanges ont mis en évidence le dynamisme et l'inventivité des acteurs. Certains ont ainsi suggéré que des communes limitrophes mènent des projets similaires, afin que les échanges se concrétisent; ou que plusieurs communes s'allient pour construire des projets ensemble, diminuer les coûts, échanger les ressources et gagner du temps.

Certains partenaires ont organisé des rencontres en dehors des dispositifs mis en place dans le cadre du programme: réunions organisées par un CLPS, information via la Conférence des présidents et secrétaires des CPAS à Bruxelles, séance d'une commission provinciale de la santé.

De nombreux acteurs locaux ont apporté des ressources pratiques ou méthodologiques aux projets: les Femmes prévoyantes socialistes, (formation), l'École de promotion sociale, les Ouvriers du cœur, une maison de repos et de soin, la coordination sociale santé/ services sociaux du CPAS, l'accueil extra-scolaire de la ville, des centres de santé mentale, des centres PMS, des AMO, des écoles, un centre de santé, des maisons médicales, des médecins généralistes, un planning familial, une maison de l'enfance et de la santé, un guichet de l'énergie, les pompiers, la Régie des quartiers, des centres culturels, les Centres locaux de promotion de la santé, l'ONE, l'Observatoire de la santé du Hainaut, des associations spécialisées telles que Carolo contact drogue, le GSARA, Espace environnement, Culture&santé, Éducation santé, la Croix Rouge, Question santé, le réseau IDEE...



## DES VILLES ET DES COMMUNES S'ENGAGENT POUR LA SANTÉ

Dès les années 2000, la ministre de la sante de la Communauté française a souhaité stimuler la prise en compte de la santé au niveau communal: une trentaine de communes wallonnes et bruxelloises ont adhéré à la *Déclaration de Namur pour des communes en santé*, et développé des projets locaux de promotion de la santé. Certaines ont voulu consolider cette démarche en désignant un échevin de la santé.

De nombreuses villes et communes en Belgique se mobilisent pour la santé à travers différentes activités: actions à l'occasion de journées mondiales (sida, diabète, pauvreté...); campagnes de prévention et de dépistage, semaines de prévention, séances d'information; programmes spécifiques pour la santé des populations précarisées; lieux de concertation tels que des Espaces citoyens ou des plateformes en santé communautaire.

Certaines communes sont inscrites dans des dispositifs plus larges qui soutiennent les projets locaux: le Réseau Belge Francophone des villes santé de l'OMS, le Réseau francophone international des Villes santé, le dispositif Agenda Iris 21, les Intercommunales de Santé, les Contrats de quartiers durables, ... Et sur le terrain, les ressources ne manquent pas! Le programme *Vers la réduction des inégalités sociales de santé* décrit ci-dessus, le démontre amplement. Les Plans de cohésion sociale, notamment, se sont mobilisés dans plusieurs entités.

Lors du Colloque organisé à Mouscron par le Réseau Belge Francophone des Villes-Santé de l'OMS, des communes sont venues présenter leur expérience..

## QUELQUES EXEMPLES :

### Charleroi Ville-Santé

Devenue Ville-Santé en 1998, Charleroi remet en place un Échevinat de la Santé en 2007, ainsi qu'un service administratif ad hoc. Le Service Santé assure la coordination du label et l'application de la politique de santé de la ville, dont les objectifs sont larges : réduire les inégalités, veiller à la qualité de l'environnement, favoriser la cohésion sociale, la solidarité et la participation, développer une économie diversifiée et innovante, permettre à chacun d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel créatif

Les stratégies de travail reposent sur l'intersectorialité, le partenariat, la participation, la mutualisation des moyens et ressources.

En 2017, le bilan fait par la ville est très positif, tant au point de vue politique que financier :

*« la dynamique Ville-Santé participe à l'amélioration de l'image de la Ville, soutient le contact avec les citoyens dans des domaines qui leur tiennent à cœur et apporte une plus-value indéniable par les actions et mobilisations originales réalisées; elle suscite des initiatives collectives qui répondent aux objectifs globaux de la Ville et aux besoins de la population; les actions menées dans le cadre du label Ville-Santé induisent une économie de dépense au-delà d'une économie d'échelle, dans la mise en place des actions ou dans la répercussion qu'elles peuvent avoir sur le budget communal; elles dégagent un effet démultiplicateur de l'investissement Ville et permettent une recherche de co-financement extérieur. »*

### Une plate-forme partenariale dans la commune de Chapelle-lez-Herlaimont

La Commune de Chapelle-lez-Herlaimont développe des actions dans les quatre axes du Plan de Cohésion Sociale: insertion socio-professionnelle, logement, santé-assuétudes et retissage des liens sociaux, interculturels et intergénérationnels.

Dans le cadre de la santé, une plateforme «Chapelle santé» regroupe tous les acteurs locaux et régionaux concernés par la santé. Cette plateforme a défini des priorités locales: la santé physique, l'alimentation et les consommations de produits licites et/ou illicites. La Charte qu'elle a élaborée, «Respirer, Bouger, Manger mieux» est validée par le Collège communal.

Ses objectifs sont larges: renforcer l'accès aux soins de santé pour tous et notamment au public le plus précarisé; sensibiliser la population à l'importance de la santé; mettre en valeur les potentialités locales par une implication coordonnée des pouvoirs publics et des initiatives locales; favoriser les liens entre les partenaires locaux et régionaux afin de mettre en place des projets communs; réaliser un état des lieux, définir des objectifs communs et proposer des pistes d'action.

### **Une Maison Communale de Promotion de la Santé à Mouscron**

Créée en juin 2007 suite à l'entrée de Mouscron dans le Réseau Francophone Belge des Villes Santé OMS, la Maison Communale de Promotion de la Santé dépend de l'Échevinat des Affaires Sociales et de la Santé de la ville. Elle est ouverte à tous sans exception, afin de concilier les besoins de la population, des bénévoles, des professionnels... C'est un lieu où l'on perçoit la santé dans toutes ses dimensions; il propose un espace de documentation et d'outils pédagogiques, une information, une orientation, une écoute en fonction des besoins, des actions de proximité (animations, conférences, partenariat pour la concrétisation d'un projet,...), une possibilité de formation à destination des professionnels.

### **À Chaudfontaine, l'échevin de la santé et le PCS se mobilisent**

Les priorités locales sont la promotion de l'alimentation saine et durable, de l'activité physique régulière, accessibles à tous. Un programme s'adresse particulièrement aux personnes âgées. Il s'agit de les maintenir en activité, de retarder la perte de mobilité, de freiner l'entrée en dépendance; mais aussi de rompre l'isolement et de lutter contre le repli sur soi. Ce programme se développe en partenariat avec l'échevinat des affaires sociales et de la santé, le PCS, le CPAS et le service d'aide à domicile.

Pour un autre programme, centré sur l'alimentation saine dans une optique de lien social et de redynamisation du quartier, des ressources sont trouvées auprès du PCS, de la Régie de Quartier, de l'Épicerie sociale de la Croix Rouge et de la coordination sociale des écoles.



### **Des ateliers de rencontre dans la commune de Les Bons Villers**

La commune organise des ateliers accompagnés par l'Observatoire de la Santé du Hainaut et le Centre Local de Promotion de la Santé.

Ces rencontres, vivantes et constructives, ont permis de mettre en place une dynamique de co-construction entre les élus et les services communaux qui a mis l'accent sur la transversalité nécessaire dans l'élaboration d'une stratégie communale globale et sur le décloisonnement entre les différents services.

Cette démarche peut être reproduite dans d'autres thématiques du Plan Stratégique Transversal et prolongée jusqu'au niveau citoyen.

Les services d'accompagnement apprécient la richesse de ces temps de co-construction, qui permettent une meilleure connaissance des besoins et des réalités de travail de chacun.

### **Molenbeek, une note d'orientation politique favorable à la santé globale**

Cette note (2016-2018) définit un axe spécifique à la santé; centré sur l'information et la prévention, il prévoit notamment d'améliorer l'accès aux soins de première ligne, de créer un Conseil consultatif pour la personne handicapée, et d'étendre les actions «santé dans les écoles».

Parmi les autres axes (une vingtaine au total) qui ne sont pas explicitement reliés à la santé, plusieurs concernent clairement des facteurs sociaux liés à la santé. Par exemple: la propreté des quartiers, le développement d'équipements collectifs (crèches, écoles) permettant aux familles de concilier vie professionnelle et vie familiale (ce qui peut avoir un impact sur l'économie locale); l'amélioration quantitative et qualitative de logements accessibles (via la construction et la rénovation); le développement des espaces verts, l'aménagement des trottoirs et voiries, l'amélioration de la sécurité routière notamment aux abords des écoles, la lutte contre l'isolement des personnes âgées...

Une grande place est donnée à la pratique sportive, ici bien identifiée comme «un enjeu de santé publique»: il s'agit entre autres de moderniser les infrastructures sportives via la création d'une Régie communale autonome, de développer la pratique sportive à l'école, d'élargir la pratique sportive à tous les publics en veillant à l'accessibilité des infrastructures pour les populations précarisées. La nécessité de structurer les interventions communales, de développer un maillage utile entre les différents services, le secteur associatif et les citoyens, traverse toute cette note d'orientation.

# REPÈRES HISTORIQUES



## Bref aperçu de quelques étapes significantes.

**1946** Les Nations Unies organisent la première Conférence internationale sur la santé. L'heure est à l'optimisme et à la reconstruction: les pays qui ont signé la Charte de l'ONU en 1945 se donnent pour mission de maintenir la paix et la sécurité internationales, de favoriser le progrès social et d'instaurer de meilleures conditions de vie et de liberté pour tous (préambule de la Charte). À la même époque des systèmes de sécurité sociale et d'assurance maladie s'organisent un peu partout en Europe.

**1948** L'Organisation Mondiale de la Santé est instituée dans la foulée de cette première Conférence. La santé est considérée comme un droit pour tous; l'OMS la définit comme un "état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité".

**1951** Une nouvelle ONG voit le jour, l'Union Internationale de Promotion de la santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES). Elle rassemble 2000 membres issus de 90 pays. L'OMS lui confie la mission de former et de coordonner un réseau mondial d'ONG s'intéressant à la pratique de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. L'UIPES vit toujours: elle organisera sa 19e conférence en 2019.

**1964** Un petit groupe de médecins, soignants et sociologues réunis au sein du Groupe d'études pour une réforme de la médecine (GERM) propose une nouvelle organisation du système de santé, centrée sur le patient et sur la première ligne de soins (et non plus sur l'hôpital). Ils élaborent le concept de «centre de santé intégré»: équipe pluridisciplinaire proche de la population, approche globale de la santé alliant les soins curatifs, la prévention et l'action communautaire.

**1972** Les premières maisons médicales se créent à partir de ce modèle. D'autres naîtront au cours des années suivantes.

**1974** Le rapport Lalonde (Canada) lance l'alerte: de profonds écarts de santé existent entre les pays et les groupes sociaux. Ils sont principalement liés à l'environnement et aux conditions de vie. L'impact des services de santé est limité à cet égard: il faut recentrer les efforts sur les facteurs déterminant la santé en amont de la maladie et du recours aux soins. Une nouvelle vision se développe dans le monde entier, avec le soutien de l'OMS: la promotion de la santé apparaît progressivement comme une stratégie clé pour améliorer la santé globale des populations.

**1978** La Conférence internationale sur les soins de santé primaires organisée par l'OMS à Alma Ata s'insurge contre les inégalités de santé qui ne cessent de croître: *«c'est inacceptable au niveau politique, sociale et économique. Tous les secteurs de la santé et du développement doivent agir pour protéger et promouvoir la santé, avec les populations concernées.»* La Déclaration d'Alma Ata définit les éléments clés d'un système de santé intégré qui fonctionne avec et pour les gens (les Belges ont été précurseurs!)

**1979** L'OMS lance la stratégie mondiale de la «Santé pour tous en l'an 2000»: les pays membres sont invités à formuler des stratégies et des plans d'action nationaux pour atteindre ce but ambitieux.

**1981** À l'issue d'une résistance contre la grève des médecins, organisée par les médecins libéraux, les maisons médicales s'unissent au sein d'une fédération afin de mieux défendre le système de santé intégré.

**1982** L'INAMI reconnaît un mode de financement alternatif, le forfait, qui vise à favoriser l'intégration des soins et l'engagement des équipes pluridisciplinaires vis-à-vis d'une population identifiée.

**1986** La Charte pour la promotion de la santé est élaborée suite à la première conférence internationale pour la promotion de la santé organisée à Ottawa par l'OMS. Ce texte fondateur établit des bases théoriques et stratégiques qui seront précisées au cours des années qui suivent; la même année, l'OMS lance le programme Villes Santé qui sera mis en place à travers des réseaux établis dans différentes régions un monde. Des réseaux sous-régionaux et nationaux se développent en parallèle.

**1991** La Déclaration de Sundsvall (OMS) souligne la nécessité de développer les facteurs favorables à la santé dans les différents milieux de vie; la même année, des professionnels issus de la Communauté Française de Belgique, de France et du Québec créent le Réseau Francophone International pour la Promotion de la santé (Réfips), qui s'étend sur plusieurs continents. Il se veut un lieu d'échanges et d'entraide pour les professionnels concernés par la promotion de la santé.

**1997** La Déclaration de Jakarta (OMS) rappelle l'importance de la santé dans le développement économique et social: il s'agit d'investir en promotion de la santé pour agir sur les déterminants, afin de contribuer au progrès de la santé, de réduire les inégalités, de promouvoir les droits fondamentaux de l'être humain ainsi que le développement social.

**1997** La Communauté française organise une politique de promotion de la santé qui se réfère largement à la Charte d'Ottawa. Le décret institue notamment l'agrégation de Services communautaires et de Centres locaux, ainsi que le financement annuel ou pluriannuel de projets spécifiques.

**1998** L'OMS définit une politique-cadre de la santé pour tous spécifique à la Région européenne: Santé 21. Cette politique vise à influencer sur les déterminants de la santé; elle préconise un travail multisectoriel et des processus participatifs associant les acteurs dans tous les milieux (depuis la famille jusqu'aux collectivités locales et nationales). 21 buts sont fixés, parmi lesquels: la solidarité en faveur de la santé dans la Région européenne, l'équité en matière de santé, le développement d'un environnement physique sain et sûr, la mise en œuvre de politiques de la santé pour tous.

**2000** La Déclaration de Namur pour des politiques Communales de santé réaffirme le rôle que les communes ont à jouer pour améliorer la qualité de vie à travers des interventions sur les facteurs sociaux déterminant la santé. Dans cette déclaration, transmise à 160 mandataires, l'acteur politique de la promotion de la santé en Communauté française propose la mise en œuvre d'un réseau de mandataires communaux et responsables de programmes «Commune-Santé» soutenant l'action communale comme levier de santé et de réduction des inégalités.

**2005** La Charte de Bangkok (OMS) affirme que la promotion de la santé doit occuper une place centrale dans le développement mondial. Les gouvernements et les entreprises ont des responsabilités essentielles à cet égard; la promotion de la santé doit aussi devenir un centre d'intérêt majeur pour les communautés locales et la société civile.

**2009** En Belgique francophone, les villes qui ont reçu le label Villes-Santé de l'OMS au cours des années précédentes créent, en collaboration avec les Centres Locaux de Promotion de la Santé, une ASBL nommée «Réseau Belge Francophone des Villes Santé». Elles souhaitent assurer une meilleure visibilité de leur travail et initier un travail d'échange et de partenariat. Ce réseau regroupe aujourd'hui Charleroi, Huy, La Louvière, Mouscron, Chaudfontaine, Seraing, Verviers, Sambreville et la Province de Liège.

**2016** Le Consensus de Shanghai sur les Villes-santé (OMS) place la santé et le bien-être au centre du développement durable. Les gouvernements nationaux et locaux ont la responsabilité de «corriger les politiques qui créent du chômage, des conditions d'emploi précaires et qui favorisent des pratiques commerciales et d'investissement préjudiciables à la santé». La santé contribue à rendre les villes inclusives, sûres et résilientes pour l'ensemble de la population: elle représente un des meilleurs indicateurs de l'atteinte des objectifs de développement durable pour les villes.

Plus de 100 maires et responsables locaux participent à cette conférence.

Ils se déclarent *«conscients que la santé et le développement urbain durable sont inextricablement liés, et résolument déterminés à favoriser les progrès sur ces deux plans (...) et reconnaissent que la santé et le bien-être sont au cœur du Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations Unies et des objectifs de développement durable qui lui sont liés»*.

# RESSOURCES UTILES



Consultez le site de l'Asbl Sacopar,  
qui vous propose différentes ressources utiles  
[www.sacopar.be](http://www.sacopar.be)



## ET AUSSI

### Territoires, incubateurs de santé?

*Les cahiers IAU*, cahiers n°170-171, Septembre 2014  
[www.iau-idf.fr/savoir-faire/nos-travaux/edition/territoires-incubateurs-de-sante.html](http://www.iau-idf.fr/savoir-faire/nos-travaux/edition/territoires-incubateurs-de-sante.html)

### What is a healthy city?

*OMS -World Health Organization*  
[www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/what-is-a-healthy-city](http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/what-is-a-healthy-city)

### Les réseaux francophones des Villes-Santé, S2D

[www.s2d-ccvs.fr/](http://www.s2d-ccvs.fr/)

### Agir sur les déterminants de santé - les actions des

Villes-Santé, *Presses de l'EHESP*, septembre 2015  
[www.presses.ehesp.fr/produit/agir-sur-les-determinants-de-sante-les-actions-des-villes-sante/](http://www.presses.ehesp.fr/produit/agir-sur-les-determinants-de-sante-les-actions-des-villes-sante/)

### Consensus de Shangai sur les Villes-santé,

*Organisation Mondiale de la Santé*  
[www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-mayors-consensus-final-draft-fr.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-mayors-consensus-final-draft-fr.pdf)

### Les inégalités en matière de santé et leurs causes

[Internet]. *Organisation Mondiale de la Santé*  
[www.who.int/features/factfiles/health\\_inequities/facts/fr/](http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/facts/fr/)

Lalonde M. *Nouvelle perspective de la santé des canadiens. Ministre des approvisionnements et Services* - Canada; 1974

Legros C. *Agir sur les déterminants de la santé Presses de l'EHESP*. Rennes; 2015. 95 p.  
(Réseau français des Villes-Santé).

### Intervenir localement en promotion de la santé

Cecile You, Jocelyne Joanny, Christine Ferron,  
Éric Breton - *EHSP Rennes*

# L'Asbl Sacopar propose un accompagnement

**Pour que votre commune développe une qualité de vie favorable à la santé de tous ses habitants**

## **Des constats à l'action politique**

De la conviction que la commune dispose des leviers essentiels influençant la santé de sa population, à l'action qui mobilise les différentes politiques communales pour un effet favorable sur la qualité de vie des citoyens, des options politiques à choisir, des stratégies à définir, des dynamiques à déployer, des ressources et des capacités à valoriser.

## **Des étapes à franchir pas à pas**

- développer la prise de conscience de l'impact des politiques communales sur la santé et la qualité de vie de toute la population;
- inscrire dans le projet politique de la commune la volonté de mettre la santé au cœur de ses préoccupations et de ses décisions;
- mobiliser tous les secteurs de la vie communale comme acteurs de ce projet;
- renforcer une dynamique communautaire qui sollicite la participation des citoyens;
- construire, à partir des besoins et des ressources du territoire, un processus d'évaluation d'impact des décisions politiques sur la santé;
- initier.

## **Des capacités à développer**

La mise en œuvre de l'action politique favorable à la santé exige une évolution des pratiques communément établies: des pratiques spécifiques au partenariat intersectoriel, à l'implication citoyenne, à la réduction des inégalités sociales de santé, au diagnostic communautaire et à l'évaluation d'impact sur la santé.

Le développement des pratiques a pour but le déploiement des compétences et des capacités à agir des mandataires communaux, des cadres administratifs, des chefs de projets, des associatifs et de tous les citoyens. Ces apprentissages se construisent lors d'échanges entre acteurs communaux et entre différentes communes, par la découverte et l'appropriation d'outils d'analyse, d'aide à la décision, d'intervention et d'évaluation, par l'accompagnement et le conseil d'intervenants et d'experts.

**Dans votre région, un Centre local met à votre disposition des informations, des ressources documentaires, des outils d'animation, des conseils d'experts en promotion de la santé et des appuis aux projets de promotion de la santé.**

## **LISTE DES CENTRES LOCAUX DE PROMOTION DE LA SANTÉ**

### **Brabant Wallon**

Parc des Collines  
Avenue Einstein, 8  
1300 Wavre  
Maryline Nicolet  
+32 (0)10 62 17 62  
info@clps-bw.be  
[www.clpsbw.be](http://www.clpsbw.be)

### **Charleroi-Thuin**

Avenue Général Michel, 1B  
6000 Charleroi  
Philippe Mouyart  
+32 (0)71 33 02 29  
secretariat@clpsct.org  
[www.clpsct.org](http://www.clpsct.org)

### **Liège**

Place de la République française, 1  
4000 Liège  
Chantal Leva  
+32 (0)4 349 51 44  
promotion.sante@clps.be  
[www.clps.be](http://www.clps.be)

### **Luxembourg**

Rue de Luxembourg, 15 bis  
6900 Marche-en-Famenne  
Lydia Polome  
+32 (0)84 31 05 04  
clps.lux@skynet.be  
[www.clps-lux.be](http://www.clps-lux.be)

### **Province de Namur**

Boulevard Cauchy, 16-18  
Appartement C03  
5000 Namur  
Benoît Dadoumont  
+32 (0)81 75 00 46  
info@clpsnamur.be  
[www.clpsnamur.be](http://www.clpsnamur.be)

### **Huy-Waremme**

Rue Saint Pierre, 49  
4500 Huy  
Sabine Dewilde  
+32 (0)85 25 34 74  
clps@clps-hw.be  
[www.clps-hw.be](http://www.clps-hw.be)

### **Mons-Soignies**

Rue de la Loi, 30  
7100 La Louvière  
Aurélié Tison  
+32 (0)64 84 25 25  
clps.tison@skynet.be  
[www.clps-mons-soignies.be](http://www.clps-mons-soignies.be)

### **Verviers**

Rue de la Station, 9  
4800 Verviers  
Raffaele Bracci  
+32 (0)87 35 15 03  
info@cvps.be  
[www.cvps.be](http://www.cvps.be)

### **Hainaut Occidental**

Avenue Van Cutsem, 19  
7500 Tournai  
Nan Tien Nguyen  
+32 (0)69 22 15 71  
contact@clpsho.be  
[www.clpsho.be](http://www.clpsho.be)

### **Centre bruxellois de promotion de la santé**

Rue Jourdan, 151  
1060 Saint-Gilles  
+32 (0)2 639 66 88  
info@cbps.be  
[www.cbps.be](http://www.cbps.be)

**Comité de rédaction:** Bruno Vankelegom, Jacques Morel, Marianne Prévost, Martine Bantuelle, Selena Lopreno  
**Relecteurs:** Illeana Rosselli, Jean-Laurent Van Lint, Philippe Mouyart

**Design:** Signélazer

**Crédit photos:** Photothèque du ministère de la Région de Bruxelles-Capitale  
[www.phototheque.sec.brussels](http://www.phototheque.sec.brussels)

**MAI 2018 – Éditeur responsable:** Asbl SACOPAR - Jacques Morel  
Boulevard du Midi, 25/5 - 1000 Bruxelles

# SACOPAR

SANTÉ COMMUNAUTÉ PARTICIPATION

## SIÈGE SOCIAL

Boulevard du Midi, 25/5  
1000 Bruxelles

## SIÈGE D'EXPLOITATION

Avenue Général Michel, 1B  
6000 Charleroi  
+32 (0) 71 30 14 48  
+32 (0) 476 56 59 72

