

## AXE 1: Améliorer la qualité de vie et la santé et réduire les inégalités sociales de santé

La Région de Bruxelles-Capitale se caractérise par des inégalités sociales de santé importantes, concentrées spatialement et qui, la plupart du temps, se renforcent mutuellement.

Deux constats<sup>26</sup> s'imposent :

- Les approches en promotion de la santé ont bien documenté le fait que l'état de santé ne dépend pas des seuls facteurs biologiques. Cet état est lié à un ensemble de conditions bien plus nombreuses que les seuls enjeux médicaux et biologiques. Les déterminants sociaux tels que l'accès à l'emploi, la qualité du logement, le niveau d'éducation, l'alimentation, le milieu de vie et l'environnement ont une influence directe ou indirecte sur la santé de la population. Agir sur ces déterminants, c'est agir en faveur de l'équité sanitaire<sup>27</sup>.
- Le gradient social de santé démontre la forte corrélation entre les situations de pauvreté et l'état de santé. Plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé<sup>28</sup>.

Sur cette base, une politique volontariste de réduction des inégalités sociales et de santé doit se déployer dans l'ensemble des domaines et niveaux politiques, même ceux en apparence éloignés de ces questions. Seule une approche coordonnée et informée entre les différentes compétences peut y parvenir.

### 1. Agir sur les déterminants de la santé

#### a. Considérer les enjeux socio-sanitaires dans toutes les politiques - Articuler le PSSI aux politiques régionales

Le PSSI est un jalon important dans l'élaboration d'une approche intégrée des problématiques sociales et de santé. Il permet d'orienter les politiques publiques de l'aide sociale et du soin, de promotion de la santé et de lutte contre la pauvreté de façon cohérente et unifiée.

Toutefois, c'est uniquement en agissant sur tous les leviers de façon transversale que des changements significatifs pourront être initiés. L'action sur les déterminants sociaux doit aussi être identifiée et développée dans l'ensemble des politiques qui peuvent avoir un impact sur le bien être, la santé<sup>29</sup> et la pauvreté<sup>30</sup>. Il est donc nécessaire de mettre en place des collaborations au-delà des frontières politiques, tant au niveau des administrations que des cabinets, afin d'ancrer l'attention portée à la santé et à la pauvreté dans les politiques bruxelloises.

26 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107337/E75335.pdf?sequence=1&isAllowed=y>  
<https://www.who.int/evidence/forum/EVIPNetSDHweekinterviewFR.pdf>

27 The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design by Urie Brofenbrenner 1979

28 Missinne & Avalosse 2019, Dossier 2019/2— Tous égaux face à la santé à Bruxelles? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé, Observatoire de la Santé et du Social

29 Organisation mondiale de la Santé. *Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques*. [https://www.who.int/social\\_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-fr.pdf](https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-fr.pdf)

30 Feyaerts, G. (2018). *Social Impact Assessment: un outil d'aide à la décision pour la lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales de santé. Etude des conditions nécessaires à la fonction d'apprentissage conceptuel de l'outil dans le contexte bruxellois*. Bruxelles: ULB - VUB.

Cela passe notamment par la sensibilisation des acteurs publics aux effets des politiques menées sur la situation socio-sanitaire des Bruxellois·es; le recours plus fréquent aux capacités de l'Observatoire de la Santé et du Social en matière d'évaluation d'impact et par une articulation du PSSI avec les autres politiques régionales ayant un impact sur la situation socio-sanitaire des Bruxellois·es.

Cette articulation se fera notamment dans le cadre du futur rapport sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales de santé, reprenant et adaptant le bien connu rapport sur l'état de la pauvreté (voir l'avant-propos du présent plan). Les informations plus précises relatives à ce rapport sont reprises dans l'axe 4 du présent plan.

L'influence des conditions de logement et de travail, de l'environnement (pollution de l'air, du sol, sonore, perturbateurs endocriniens), des différents milieux de vie, notamment ceux que connaissent les publics spécifiques plus vulnérables (jeunes précarisé·e·s, NEET, personnes âgées, familles monoparentales, femmes victimes de violences, détenu·e·s et ex détenu·e·s, sans abris, migrant·e·s, etc), est déterminante pour la santé et le bien être des individus.

Au sein du présent référentiel, une attention particulière est donnée aux liens entre environnement et santé, à l'accès à une alimentation saine et durable, et à une mesure transversale, à savoir la mise en œuvre d'une politique intégrée de médecine préventive.

Par ailleurs, le plan social santé intégré s'inscrit pleinement dans les 5 objectifs de la charte d'OTTAWA que reprend le plan relatif à la promotion de la santé comme structuration de ses mesures opérationnelles

### 1. Promouvoir la santé et les stratégies de promotion de la santé dans toutes les politiques<sup>31</sup>

Il s'agit d'inscrire la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé. En effet, même si les politiques de santé publique sont mises en œuvre pour améliorer la santé, force est de constater qu'un grand nombre de domaines de l'intervention publique influencent la santé. Pensons à l'éducation, au logement, à la mobilité, à l'aménagement du territoire, aux politiques d'urbanisme, à la publicité, à l'environnement, ... Agir sur les déterminants de la santé nécessite dès lors une responsabilité partagée des décideurs politiques envers la santé et des mesures à prendre par l'ensemble des gouvernements.

<sup>31</sup> Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. OMS, Gouvernement d'Australie-Méridionale, Adélaïde, 2010 « La Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques a pour but d'engager l'ensemble des dirigeants et des décideurs à tous les niveaux gouvernementaux — local, régional, national et international. Elle souligne qu'il est plus facile d'atteindre les objectifs gouvernementaux lorsque tous les secteurs tiennent compte de la santé et du bien-être comme étant un élément-clé de l'élaboration des politiques. Ceci est dû au fait que les déterminants de la santé et du bien-être sont extérieurs au secteur de la santé et sont d'ordre social et économique ».

## 2. Renforcer la participation des publics et l'action communautaire

Il s'agit d'organiser effectivement et concrètement la participation de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé et de développer les projets sur la base d'analyse de la demande et de diagnostic communautaire.

La participation citoyenne est au centre des stratégies d'action communautaire. Il existe plusieurs définitions de l'action communautaire qui présentent des spécificités particulières mais on retrouve le plus souvent la question d'un territoire partagé, des interactions sociales, les liens communs (sentiment d'appartenance, solidarité). Les démarches communautaires en santé désignent ici des initiatives de personnes, d'organismes, de communautés (qu'elles soient territoriales, ou d'identités partagées) qui visent à apporter une ou des solutions collectives et solidaires à un problème ou à un besoin commun, qui contribuent à agir sur les déterminants de la santé, à améliorer la santé et à réduire les inégalités sociales de santé.



### 3. Promouvoir et soutenir des actions visant des environnements et des milieux de vie favorables à la santé

Il s'agit d'insister sur l'importance de l'environnement pour la santé et proposer une approche socio-écologique de la santé. En effet, les environnements et milieux de vie sont définis comme les lieux où les personnes vivent, travaillent et se divertissent.

Les environnements favorables à la santé sont des environnements qui exercent une influence positive sur l'état de santé des individus et des communautés, en facilitant les choix bénéfiques à la santé. On parle habituellement d'environnements au pluriel car plusieurs types d'environnements ont un impact sur la santé des populations : l'environnement physique (éléments naturels et construits), l'environnement politique (politiques publiques et lois), l'environnement économique (prix relatif des biens et des services) et l'environnement socio-culturel (normes et conventions).

Cet axe prend en compte l'influence de ces milieux de vie sur la santé et sur les choix que posent les personnes et les communautés par rapport à leur santé et à leur qualité de vie. Cette manière de travailler la santé permet également d'intervenir par rapport aux inégalités sociales de santé. Cette stratégie de soutien à des actions visant à promouvoir les environnements et les milieux de vie favorables à la santé s'appuie sur la mobilisation des relais et organes de décision locaux et sur le renforcement communautaire.

### 4. Promouvoir et favoriser des aptitudes favorables à la santé

Il s'agit de soutenir le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Comme pour l'axe 3, il s'agit d'encourager la complémentarité des actions et de privilégier des projets de promotion de la santé visant l'intervention sur les comportements et habitudes de vie de manière complémentaire à des actions sur l'environnement et les milieux de vie, en adoptant des postures non prescriptives. Ici aussi, ce qui est le renforcement de la responsabilité sociale, le travail des représentations, le développement de l'esprit critique, de la liberté de choisir et du pouvoir d'agir.

## 5. Réorienter les services

Il s'agit de contribuer à organiser les ressources de la santé entre les soins de santé et la prévention de façon plus égale et lutter contre les inégalités sociales de santé. Les missions des services de santé devraient être élargies pour intégrer les quatre stratégies ci-dessus en plus des soins médicaux conventionnels. Avec l'idée de réorienter les services, la Charte d'Ottawa visait à obtenir de meilleurs résultats en matière de promotion de la santé. Cette nécessité incombe à l'ensemble des professions de la santé, aux institutions de santé et aux pouvoirs publics mais doit également bénéficier de la contribution des individus et des communautés. Pour ce faire il faut adjoindre au système de santé l'action de promotion de la santé et la prévention. L'objectif est que, par-delà l'offre de services cliniques et curatifs, le système de santé puisse se réorganiser de plus en plus vers les orientations de la promotion de la santé, dans un cadre plus large, prenant en compte les besoins culturels et sociaux des personnes et des groupes.

Il s'agit donc que les services de santé puissent se centrer sur l'ensemble des besoins des individus en prenant en compte l'ensemble du contexte dans lequel il est inscrit. Cette réorientation doit provoquer un changement d'organisation mais aussi de représentations des professionnels des services de santé afin que les besoins de l'individu puissent être considérés globalement, en prenant en compte la totalité des éléments contextuels qui l'entourent : social, économique, environnemental, éducationnel. Les approches biomédicales classiques montrent leurs limites, la crise sanitaire l'a bien démontré, et les défis de l'équité et de la continuité d'accès aux soins et aux services sont de plus en plus urgents à relever. La promotion de la santé ne doit pas rester à la marge du système de santé auquel elle appartient, ni être reléguée à une fonction cosmétique. Elle peut aider le secteur sanitaire à répondre aux besoins des populations d'être entendues, informées et positionnées comme des partenaires décisionnels auprès des équipes de soins et auprès des autorités publiques.

### b. Améliorer le bien-être et la santé en améliorant l'environnement

L'influence de l'environnement sur la santé est aujourd'hui incontestable. La Commission européenne estime que 20% des maladies qui surviennent au sein des populations des pays industrialisés peut être attribuée à des facteurs environnementaux. Des études récentes<sup>32</sup> montrent qu'environ 11% de la mortalité en Région bruxelloise serait attribuable à la pollution de l'air, tandis que le bruit dû au transport routier occasionnerait une gêne chez plus de 20% de la population.

A l'échelle de la Région, des inégalités importantes existent, tant en matière d'exposition que de sensibilité aux nuisances environnementales<sup>33</sup>, mais aussi en termes d'impact différencié des politiques environnementales sur les groupes sociaux ou de capacité d'action et d'interpellation des pouvoirs publics.

Les politiques publiques, réfléchies à l'aune de ces inégalités, doivent favoriser une approche plus systémique entre l'environnement, le social, et la santé, et devraient impliquer des actions territorialisées — idéalement à l'échelle des quartiers — et selon une approche par groupes-cibles.

<sup>32</sup> Andrieux J., Bouland C. et Eggen M. (2021), *Etat des connaissances sur les liens entre environnement et santé en Région de Bruxelles-Capitale*.

<sup>33</sup> Casa L., Gadeyne S., Noel Ch., Rodriguez Loureiro L., Vanroelen Ch., (2020). L'injustice dans le domaine de la pollution de l'air extérieur, *ID-Policy Brief*, 2020/01.

L'effort le plus important doit aujourd'hui porter, d'une part, sur la création d'un cadre analytique cohérent et partagé qui permette de mieux identifier les relations entre environnement et santé, et, d'autre part, sur le développement d'indicateurs et de recueils de données permettant de mesurer les différents aspects des inégalités environnementales<sup>34</sup>.

Il s'agit de renforcer les synergies et de formaliser des collaborations entre les administrations et les acteurs de l'environnement et de la santé pour élaborer des stratégies concertées et développer des projets communs favorables à un environnement sain.

Il faut en outre renforcer les messages de santé publique visant à prévenir et réduire les risques environnementaux sur la santé. Ceux-ci doivent susciter des changements de comportements et de pratiques, y compris chez les professionnel·le·s, tout en garantissant un discours qui réaffirme la responsabilité collective.

Cela doit aussi permettre aux Bruxellois·es de mieux appréhender l'impact des nuisances environnementales sur leur santé et les solutions pour réduire les risques, ce qui peut contribuer à améliorer la compréhension générale des politiques menées à l'échelle de la Région, tant en matière environnementale et climatique qu'en matière de prévention, de promotion de la santé et de santé.

### c. *Améliorer l'accessibilité à une alimentation saine, de qualité et durable pour tou·te·s*

Nos régimes alimentaires et modes de consommation ont des effets sanitaires (obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires, ...) et un coût environnemental qu'on ne peut négliger. La stratégie régionale Good Food a ainsi émergé à partir du constat que les émissions associées aux systèmes alimentaires représentent en moyenne 30% des émissions totales mondiales de gaz à effet de serre. L'impact sur le changement climatique et l'appauvrissement de la biodiversité à l'échelle mondiale est réel et objectivé par les rapports du GIEC<sup>35</sup> et du CBD<sup>36</sup>. Développer une alimentation saine, de qualité, saisonnière, respectueuse des sols et du vivant et accessible, répond donc à des besoins tant en termes de santé publique et de qualité de vie qu'en termes d'améliorations environnementales et sociales.<sup>37</sup>

L'accès à l'alimentation saine, durable et de qualité est cependant loin d'être garantie pour tou·te·s les Bruxellois·es.

Si des barrières culturelles, d'information, d'éducation et d'ordre financier empêchent de nombreux·ses citoyen·ne·s à s'autoriser une telle alimentation, beaucoup d'entre-eux et d'entre-elles éprouvent des difficultés importantes à simplement se nourrir et ont recours à l'aide des banques alimentaires. Cette solution, génératrice de honte sociale de souffrance, est, comme le rappelle le Service de lutte contre la pauvreté, en réalité doublement « non durable<sup>38</sup> » : elle ne constitue pas une réponse acceptable à long terme et ne fournit quasiment pas d'aliments durables. Garantir un réel droit à l'alimentation reste le premier objectif à atteindre.

34 Centre d'Ecologie Urbaine et ULB (2021), *Les inégalités environnementales bruxelloises : revue critique et leviers politiques*. Bruxelles : Centre d'écologie urbaine.

35 Groupe Intergouvernemental d'Experts sur l'évolution du Climat

36 *Convention on Biological Diversity*

37 Bruxelles Environnement (2015). *Stratégie Good Food. Vers un système alimentaire plus durable en Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles : Bruxelles environnement. <https://environnement.brussels/thematiques/alimentation/action-de-la-region/strategie-good-food-vers-un-systeme-alimentaire-plus>

38 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2019). *Durabilité et pauvreté*. <https://www.luttepauvrete.be/durabilite-et-pauvrete-contribution-au-debat-et-a-l'action-politiques/>

De façon plus ambitieuse, rendre l'alimentation saine, de qualité et durable accessible à tou·te·s, y compris aux personnes en situation de précarité, en tenant compte des principes de choix, de plaisir et de dignité des personnes, exige de renforcer les liens entre les domaines de l'alimentation, de l'action sociale et des politiques de santé au niveau des secteurs, des administrations et du politique.

Une première étape dans ce sens a été franchie en réunissant différents acteurs des filières sociale et santé autour de la stratégie Good Food de Bruxelles Environnement<sup>39</sup>.

Il est clair qu'il faut distinguer l'accès à une alimentation saine et durable de l'accès à l'alimentation en tant que telle. Le recours à l'aide alimentaire est une des conséquences du manque de ressources financières. On peut et on doit souhaiter que l'aide alimentaire soit la plus qualitative possible, mais surtout que les ressources de chacun·e soient suffisantes pour ne plus devoir y recourir. Tant que l'aide alimentaire reste nécessaire, il faut viser, pour en améliorer la qualité, la participation de ses bénéficiaires et éviter les approches paternalistes et prescriptives. Il faut définir les besoins, les sources d'alimentation durables à soutenir (ceinture alimentaire), les acteurs clés comme les restaurants sociaux, les épiceries sociales entre autres, et les premières étapes à atteindre (passage à des dispositifs de transfert monétaire, établissement de halles solidaires, réseau de cuisines de quartier, ...).

## 2. *Mener une politique intégrée de prévention et de médecine préventive en santé*

Une politique ambitieuse de prévention doit être mise en place en tenant compte des stratégies de promotion de la santé et de l'intérêt des mesures de prévention combinée pour la santé, déterminée par le contexte socio-économique et politique, les conditions matérielles de vie, les comportements et facteurs biologiques, les facteurs psychosociaux, etc. La prévention doit également s'adapter aux spécificités des publics fragilisés, par exemple en utilisant des outils de communication appropriés. Une articulation forte doit se créer avec les acteurs actifs auprès des populations plus fragiles (cohésion sociale, CPAS, logement, etc.).

Le dépistage de certaines maladies infectieuses, de maladies chroniques et de certains cancers échoient, entre autres, à la COCOM et à la COCOF dans le cadre de la médecine préventive<sup>40</sup> et dans celui de la promotion de la santé. La vaccination des publics (hormis ceux qui relèvent des communautés française et flamande) relève également de ces deux entités.

<sup>39</sup> <https://goodfood.brussels/fr/content/strategie-good-food>

<sup>40</sup> Par médecine préventive il faut entendre les méthodes de prévention conformes aux dispositions légales régissant l'exercice des soins de santé et les modalités d'organisation des services de santé, pour contribuer à éviter les affections morbides ou pour découvrir le plus rapidement possible, dans la population, ceux de ses membres qui sont réceptifs ou atteints d'une de ces affections, dont l'existence constitue un risque de détérioration grave pour l'état de santé du malade lui-même, parfois aussi un risque de propagation de la maladie à l'entourage du malade, et enfin souvent un risque de dégradation de la situation matérielle et sociale du malade et de sa famille

Sur cette base, il s'agit d'étendre et de renforcer les programmes d'information, notamment à destination des publics les plus éloignés de l'aide et du soin, ainsi que les campagnes de dépistage, à travers notamment les acteurs de la première ligne d'aide et de soins. Cette volonté d'optimisation des politiques de prévention doit aussi concerner le dépistage et la prévention des cancers, de la tuberculose, du COVID, de la grippe saisonnière, du diabète. Il sera également mis en place de collaborations et d'une intégration plus cohérente des acteurs chargés du dépistage via notamment une analyse de la faisabilité d'un centre de référence unique et intégré chargé de concevoir les stratégies et mesures en matière de prévention populationnelles et de médecine préventive, avec, en priorité, le dépistage des cancers et de la tuberculose ainsi que de vaccination.

Ce centre de référence intégré pourrait être, en outre, chargé d'organiser le volet communication et sensibilisation des publics, en bonne intelligence avec les opérateurs de promotion de la santé. Il sera accompagné par un comité de pilotage composé des administrations et cabinets ministériels compétents. Il développerait les approches les plus efficaces pour atteindre les publics cibles dont, par exemple, les médecins généralistes, les pharmaciens, les acteurs du social dont les CPAS, les maisons médicales.

La crise du COVID19 a montré l'importance de disposer d'un dispositif de proximité capable de mettre en œuvre rapidement des mesures de santé publique avec les populations. Différents dispositifs ont été déployés : les Relais d'Action de Quartier, les Field Agents et les Infirmiers vaccinateurs de proximité. En vue de pouvoir réagir à une prochaine crise, ce dispositif doit être maintenu en permanence en dehors des crises<sup>41</sup>. Le dispositif de lutte contre le covid de proximité mis en place en urgence durant la crise sanitaire sera évalué et pérennisé afin d'être capable de réagir adéquatement à une prochaine crise. Entre deux crises, il sera engagé dans la prévention sanitaire et l'accès aux droits. Ce dispositif permettra d'offrir un accès plus important à la prévention et en même temps, de maintenir un dispositif sanitaire de proximité activable en cas de crise. Il sera intégré au dispositif d'aide et de soins au niveau des groupements de quartier et piloté par les bassins d'aide et de soins et la cellule prévention des Services du Collège réuni.

Fort de l'expérience acquise dans la lutte contre le covid, face aux risques existants ou émergents pesant sur la santé de la population, la préparation et la riposte aux menaces et urgences de santé publique sera développée. Un plan de gestion des risques sanitaires définit les risques et les réponses qui doivent y être apportées, en précisant les entités compétentes. La cellule prévention des SCR est en charge du pilotage de ce plan et des moyens qui y seront alloués.

L'évaluation des politiques de promotion de la santé et de prévention en santé et la planification stratégique seront développées afin d'orienter l'action publique vers les interventions et les outils les plus adaptés et les plus efficaces afin d'assurer le plus haut niveau de santé possible pour la population.

<sup>41</sup> WHO Europe, 2017. Joint External Evaluation of IHR core capacities of the Kingdom of Belgium.  
URL <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259824/WHO-WHE-CPI-REP-2017.37-eng.pdf;jsessionid=D141B4EEF2603B50DBF9832BDB1BC2BA?sequence=1> (accessed 6.16.20).



### 3. Promouvoir la santé sexuelle et reproductive des Bruxellois·e·s

#### a. Développer une stratégie en péri-natalité

Les inégalités sociales face à la naissance sont particulièrement prégnantes en RBC. Elles déterminent dès le tout début de la vie des inégalités de santé qui vont perdurer tout au long de l'existence. Pour égaliser les chances à la naissance et diminuer les inégalités en santé, il est impératif d'investir dans la prévention autour de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance, là où s'installent les prémices des inégalités sociales en santé.

La mortalité périnatale reste un enjeu majeur des politiques bruxelloises. Le nombre de grossesses à risque et de complications péri- et postnatales sont corrélées à la précarité des populations. Les femmes enceintes en situation de précarité entrent trop tardivement dans une démarche de suivi médico-social de leur grossesse. En outre, le morcellement institutionnel de l'offre de services de soins autour de la naissance rend celle-ci peu lisible et peu accessible.

L'enjeu est donc d'atteindre suffisamment tôt ces femmes pour leur donner accès à un suivi multidisciplinaire, global et intégré, qui soit en capacité de leur prodiguer l'accompagnement, les examens et les soins nécessaires.

Dans ce but, le présent plan souhaite faciliter l'objectif de l'OMS « à chaque femme sa sage-femme » et prendre l'initiative de réunir les différents acteurs institutionnels et opérationnels afin de construire, ensemble, un plan périnatalité bruxellois.

La lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales et contre les mutilations génitales féminines doit également faire l'objet d'une attention spécifique. Le présent plan a pour objectif de soutenir les démarches visant à sensibiliser et informer les publics cibles et les services (femmes, corps médical, secteur hospitalier, centres de planning familial, maisons médicales) afin de prévenir et de lutter contre ces violences.

A cette fin, le présent plan se réfère, entre autres, aux des mesures proposées dans le plan inter francophone de lutte contre les violences faites aux femmes 2020-2024<sup>42</sup>, dans le plan bruxellois de lutte contre les violences genre<sup>43</sup> et en Flandre<sup>44</sup> ainsi que le plan droits des femmes 2020-2024 de la Fédération Wallonie Bruxelles<sup>45</sup>.

42 Voir les mesures n° 27, 28 et 29 pour les violences obstétricales et gynécologiques et les mesures 41 et 53 pour les MGF

43 Voir la mesure n° 25 du plan bruxellois de lutte contre les violences faites aux femmes. [https://equal.brussels/wp-content/uploads/2020/06/Presentation\\_Plan\\_Violences\\_DEF.pdf](https://equal.brussels/wp-content/uploads/2020/06/Presentation_Plan_Violences_DEF.pdf)

44 Concernant l'action politique en Flandre: les actions suivantes sont prévues en matière de mutilations génitales féminines (MGF) via le GAMS: Le GAMS reçoit actuellement des fonds de la Ville d'Anvers, de la Ville de Gand, de la Ville de Louvain, et du gouvernement flamand, des politiques du Social, Opgroeien Regie (Kind & Gezin), le Ministre Wouter Beke. Ces subventions servent à ancrer localement l'asbl GAMS et à la pérenniser dans la Maison de l'Enfant (Huis van het Kind) d'Anvers-Nord, de Gand et de Louvain (via des conventions), afin de pouvoir offrir des services facilement accessibles en matière de MGF et de mariages forcés. Ils commenceront bientôt (ou ont déjà commencé) également à Courtrai et à Hasselt. De la politique d'égalité des chances: L'un des mécanismes sous-jacents qui perpétue les phénomènes est l'inégalité de genre, ainsi que les rôles et les attentes de genre qui la sous-tendent. Dans le cadre de l'Égalité des chances, nous nous concentrons plus généralement sur l'importance des rôles de genre, et sur la lutte contre les structures patriarcales et les relations inégales entre les sexes, en incluant parfois explicitement l'aspect culturel. Dans le cadre de la politique d'intégration, une attention est déjà accordée à la sensibilisation à l'égalité de genre: lors du cours d'orientation sociale pour les primo-arrivants, les principes relatifs à l'égalité de genre et à la liberté de genre, à l'équivalence, à la sexualité et aux types de relations sont abordés en détail. Cela se reflète dans les différents environnements d'apprentissage du cours d'orientation sociale.

45 <http://www.egalite.cfwb.be/index.php?id=21146#65274> — voir spécifiquement mesure 27 du plan et <http://www.egalite.cfwb.be/index.php?id=21146#65274> voir spécifiquement la mesure 1.8.7

### *b. Contribuer à la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST)*

Malgré une diminution au cours des dernières années, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH reste élevé, appelant à un plus grand recours aux stratégies préventives disponibles. L'épidémie de VIH en Belgique touche principalement deux populations : les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), principal mode de transmission parmi les personnes de nationalité belge ou européenne, et les hommes et les femmes ayant contracté le virus par des relations hétérosexuelles, principalement originaires d'Afrique subsaharienne. Le taux de nouveaux diagnostics de VIH à Bruxelles est plus élevé que dans les autres régions<sup>46</sup>. Les travailleur·euse·s du sexe sont également un public à risque.

Si l'incidence rapportée des hépatites C (VHC) est en diminution, elle reste plus élevée en Région bruxelloise par rapport aux autres régions. Les usagers de drogues par injection sont la population la plus vulnérable au VHC.

Concernant les autres IST (chlamydia, gonorrhée et syphilis), l'incidence est en augmentation en Région bruxelloise. Ce sont les jeunes adultes (à partir de 20 ans) et les HSH qui sont principalement impliqués dans la transmission des IST.

Le présent plan a pour objectif de poursuivre le soutien des opérateurs de terrain en charge de la prévention des IST et particulièrement ceux qui mènent des dispositifs privilégiant des publics plus vulnérables et certains milieux de vie.

### *c. Favoriser le soutien de l'EVRAS*

L'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) est un processus éducatif qui implique notamment une réflexion en vue d'accroître les aptitudes des jeunes à opérer des choix éclairés favorisant l'épanouissement de leur vie relationnelle, affective et sexuelle et le respect de soi et des autres. Il s'agit d'accompagner chaque jeune vers l'âge adulte selon une approche globale dans laquelle la sexualité est entendue au sens large et inclut notamment les dimensions relationnelle, affective, sociale, culturelle, philosophique et éthique.

Les animations EVRAS doivent pouvoir toucher un maximum de jeunes à l'école, via les plannings mais aussi via d'autres acteurs comme les AMO, les CPMS et les PSE ainsi que via l'extra-scolaire, le secteur de la jeunesse et celui de l'aide à la jeunesse par exemple.

Pour l'année scolaire 2018-2019, 35% des écoles bruxelloises ont été visitées par les 27 centres de planning familial. Le nombre d'élèves, de la maternelle au supérieur, touchés par les animations EVRAS est lui de seulement 13%.

Le présent plan vise donc à soutenir la généralisation de l'EVRAS, en s'inspirant des recommandations d'une étude réalisée par l'École de santé publique de l'ULB et le DULBEA<sup>47</sup>. La formalisation de cette généralisation de l'EVRAS sera transcrite dans un accord de coopération entre les entités compétentes en la matière.

<sup>46</sup> <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-transmissibles/vih-et-autres-infections-sexuellement-transmissibles>

<sup>47</sup> [https://dulbea.ulb.be/wp-content/uploads/2021/07/21.02-EVRAS\\_Rapport-final.pdf](https://dulbea.ulb.be/wp-content/uploads/2021/07/21.02-EVRAS_Rapport-final.pdf)

#### 4. *Combattre les inégalités liées au genre*

Pour lutter contre les inégalités liées au genre dans le domaine socio-sanitaire et éviter les nombreux biais que l'on peut observer dans ces secteurs, il est nécessaire, de développer une approche genrée qui prenne en compte et analyse les effets positifs et négatifs des décisions prises - tant matérielles que budgétaires - et de leur mise en pratique.

Dans le cadre du présent plan, le soutien d'un service support ou d'accompagnement expert en genre est nécessaire pour tous les secteurs socio-sanitaires.

Une attention spécifique doit également être portée aux violences de genre dans les secteurs socio-sanitaires bruxellois et, spécifiquement, aux violences faites aux femmes. Trois plans ont été adoptés à ce titre et proposent des actions dans ces domaines: le plan bruxellois de lutte contre les violences faites aux femmes, le plan inter-francophone de lutte contre les violences faites aux femmes (2020-2024) ainsi qu'un plan d'actions national de lutte contre les violences basées sur le genre. Nous nous référons aux actions proposées dans ces trois plans dans le cadre du plan opérationnel.



## 5. Lutter contre les discriminations

### a. Orientation sexuelle et LGBTQIA+

La Belgique joue un rôle moteur en matière de respect des droits fondamentaux des personnes LGBTQIA+. Elle consacre légalement, par exemple, l'égalité des droits des personnes LGBTQIA+ en matière de cohabitation légale, de mariage, de filiation, de possibilité d'adoption et de présomption de maternité pour la co-parenté dans les couples lesbiens. Ce rôle est reconnu au niveau international: la Belgique occupe la 2ème position (sur 49 pays) du classement annuel<sup>48</sup> réalisé par ILGA-Europe<sup>49</sup>.

Néanmoins, dans les faits, comme en témoignent les chiffres de la dernière enquête de l'Agence européenne des droits fondamentaux (FRA), le chemin de l'égalité est encore long pour les personnes LGBTQIA+. A cet égard, dans les matières social/santé, la COCOF, la VGC et la COCOM soutiennent une série de projets relatifs à la santé et à l'accompagnement social des publics LGBTQIA+ et ce depuis plusieurs années.

À la lumière des recommandations et revendications associatives en matière d'accessibilité et de promotion à la santé pour les personnes LGBTQIA+, il est essentiel de continuer à encourager ces projets. Une attention sera portée à l'évaluation et à la pérennisation des initiatives existantes en matière de santé des personnes LGBTQIA+. Cela implique également de former au mieux la première et la deuxième ligne aux questions spécifiques liées aux personnes LGBTQIA+.

Ces actions s'inscrivent également dans le cadre du plan régional bruxellois d'inclusion des personnes LGBTQIA+.

### b. Racisme et discriminations

L'accès aux soins de santé et aux services sociaux ainsi que la qualité des interventions des opérateurs ne peuvent pas dépendre de l'origine ou de la couleur de peau de l'utilisateur. Entre ce principe et la réalité existe malheureusement parfois un fossé.<sup>50</sup>

En effet, des discriminations sur base de ces critères sont régulièrement subies dans des domaines tels que l'enseignement, la formation, l'emploi, le logement, la mobilité, l'accès aux soins de santé et aux services sociaux<sup>51</sup>.

Les actions et interventions socio-sanitaires proposées se doivent d'être exemplaires sur le plan de la non-discrimination et les plus inclusives possibles.

<sup>48</sup> <https://www.rainbow-europe.org/country-ranking>

<sup>49</sup> ILGA-Europe est une ONG qui rassemble près de 600 organisations de 54 pays d'Europe et d'Asie centrale. Cette coupole associative assure notamment la promotion des droits humains des personnes LGBTQIA+, voir <https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/2021/belgium.pdf>

<sup>50</sup> <https://www.unia.be/fr/publications-et-statistiques/publications/rapport-annuel-2020>; <https://www.unia.be/fr/publications-et-statistiques/publications/donnees-sur-linegalite-la-discrimination-en-belgique>;

<sup>51</sup> «Discrimination envers les personnes d'origine subsaharienne: un passé colonial qui laisse des traces» UNIA, mai 2017

[En Marche - Malades du racisme](#) «recommandation 144/avril 2016 «implémentation des compétences transculturelles dans le nouveau curriculum de la formation en soins infirmiers»

Elles doivent en outre articuler des prestations universelles et des prestations ciblées à destination des groupes les plus défavorisés ou discriminés, comme par exemple des publics qui cumulent plusieurs vulnérabilités comme les femmes d'origine étrangère ou afro descendantes, sans emploi et peu qualifiée. Cela implique notamment de former au mieux la première et la deuxième ligne aux questions spécifiques liées aux stéréotypes, au racisme et aux discriminations et à la question de l'intersectionnalité.

Par ailleurs, un plan bruxellois de lutte contre le racisme, basé sur les recommandations issues des Assises du racisme du Parlement bruxellois va voir le jour en Région bruxelloise. Celui-ci dédiera un chapitre spécifique relatif au racisme et aux discriminations dans les domaines socio-sanitaires. Les actions prévues dans le cadre du présent plan s'inscriront donc de la même manière dans le cadre du plan régional bruxellois en cours de finalisation.

