



# LIGNE ET FONCTION 0,5 DANS L'ORGANISATION SOCIAL/SANTÉ À BRUXELLES :

---

## Points de repère



**Date | 30 avril 2022**



# Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introduction.....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>PARTIE 1   Publics vulnérables .....</b>  | <b>5</b>  |
| 1.1. Ressources .....  | 5         |
| 1.2. Situation sociale de vulnérabilité .....  | 5         |
| 1.3. La vulnérabilité comme condition humaine.....   | 6         |
| 1.4. La vulnérabilité comme condition sociale et affaiblissement des mécanismes d'action .....   | 6         |
| <b>PARTIE 2   Accessibilité et accès aux services de soins et d'accompagnement.....</b>  | <b>8</b>  |
| 2.1. Accessibilité et accès : les conditions de la rencontre entre personne et services.....   | 8         |
| 2.2. L'accessibilité spatiale.....   | 8         |
| 2.3. L'accessibilité non-spatiale.....   | 9         |
| <b>PARTIE 3   Protection sociale et accès aux droits .....</b>   | <b>11</b> |
| 3.1. L'existence de droits : de la sécurité à l'assistance sociale.....  | 11        |
| 3.2. Les services d'aide aux plus vulnérables : un héritage communal .....   | 12        |
| 3.3. Nonaccès et non- recours aux droits.....  | 15        |
| <b>PARTIE 4   Niveaux de soins : le modèle d'organisation des soins de l'OMS .....</b>   | <b>17</b> |
| 4.1. Premier niveau : soins de santé primaires .....   | 17        |
| 4.2. Niveaux secondaires et tertiaires .....   | 18        |
| 4.3. Intégration de la santé communautaire au modèle de l'OMS : émergence du niveau 0.....   | 18        |
| <b>PARTIE 5   Lignes de soins : la perspective des usagers des services et de l'accès aux soins et à l'accompagnement.....</b>         | <b>20</b> |
| <b>PARTIE 6   L'émergence de services dédiés : le deuxième niveau en première ligne ?.....</b>   | <b>22</b> |
| 6.1. Emergence des associations de 1 <sup>ère</sup> ligne centrées sur une forme d'offre, un secteur ou une thématique spécifique..... | 23        |
| 6.2. Emergence du "bas-seuil" : la ligne 0,5, centrée sur le public spécifique des plus vulnérables.....                               | 23        |
| 6.3. Emergence des structures d'appui : le niveau 1,5 .....  | 25        |
| 6.4. Association de 1 <sup>ère</sup> ligne et bas seuil : des services dédiés à des problématiques ou publics spécifiques .....        | 25        |
| <b>PARTIE 7   Les multiples formes d'une organisation des soins adaptée aux personnes vulnérables .....</b>                            | <b>27</b> |
| 7.1. La multidisciplinarité.....   | 27        |
| 7.2. Services intégrés sous le même toit : le modèle du "guichet unique" .....   | 27        |
| 7.3. Présence de spécialistes dans des structures de soins primaires et inversement.....   | 28        |
| 7.4. Appui aux professionnels du niveau primaire pour l'accueil de publics vulnérables.....  | 29        |
| 7.5. Une fonction inclusive : un ensemble de pratiques .....   | 29        |
| <b>PARTIE 8   Schématisation du système.....</b>   | <b>31</b> |
| <b>PARTIE 9   Approches complémentaires .....</b>  | <b>33</b> |
| 9.1. La transdisciplinarité .....  | 33        |
| 9.2. Les soins intégrés .....  | 34        |
| 9.3. L'approche territoriale.....  | 35        |
| <b>Conclusion .....</b>  | <b>38</b> |
| <b>Bibliographie .....</b>   | <b>38</b> |



# Introduction

Parvenir à une offre de soins, d'aide et d'accompagnement qui soit inclusive pour les publics les plus fragiles est un enjeu pour Bruxelles. Du point de vue de l'organisation des services, les missions de soins, d'aide et d'accompagnement reviennent à un ensemble large de secteurs, comprenant services de santé (préventive, curative, promotion de la santé), santé mentale et accompagnement social dans toutes ses déclinaisons (aide au logement, à l'insertion professionnelle, aux familles et à la petite enfance, aide juridique...).

Bien que présent depuis plusieurs décennies, l'enjeu de garantir des services inclusifs dans ces secteurs se pose encore avec force actuellement. La population bruxelloise connaît de fortes inégalités sociales et un taux de pauvreté élevé : une personne sur 3 à Bruxelles vit sous le seuil du risque de pauvreté. La crise liée à la pandémie de coronavirus a encore accentué ces inégalités : à titre indicatif, le nombre de personnes percevant le revenu d'intégration sociale (RIS) en Région bruxelloise a connu en 2020 une croissance de 9,5 % (contre -0,8 % et +1,1 % les deux années précédentes au cours de la même période). Bruxelles accueille également un grand nombre de personnes étrangères, qui se reconstruisent un réseau social et découvrent cette métropole, les langues qui y sont parlées et l'organisation des services. Deux tiers des aides

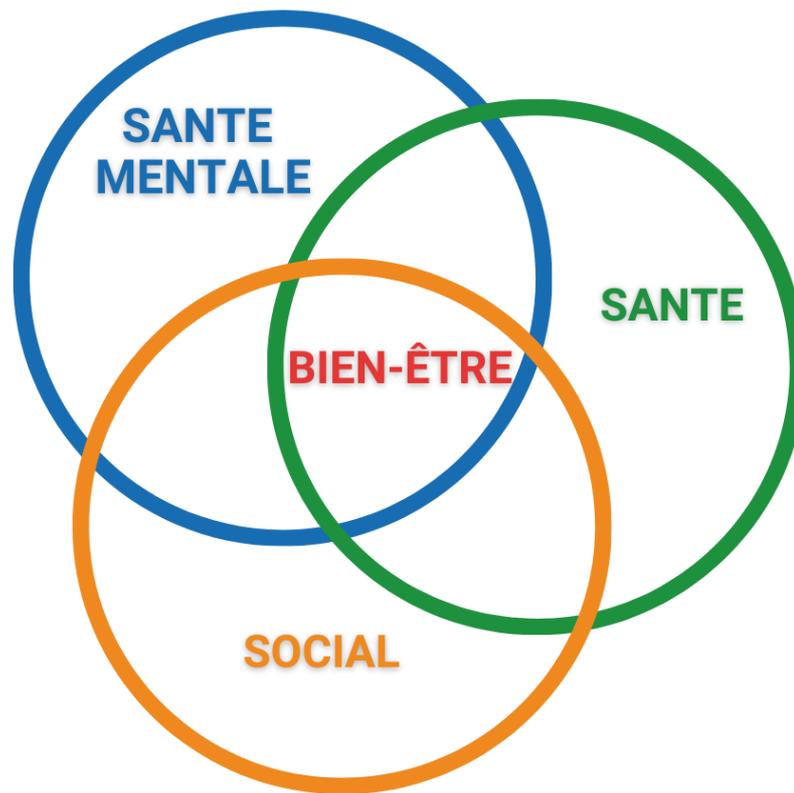
médicales urgentes (le seul droit auquel peuvent prétendre les personnes sans-papiers) octroyées en Belgique le sont en Région bruxelloise (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale 2020).

De nombreuses initiatives et projets à destination des publics vulnérables existent à Bruxelles depuis plusieurs décennies, d'autres émergent depuis quelques années et d'autres encore viennent de voir le jour pour faire face à la pandémie de Coronavirus.

Les parties prenantes des secteurs de la santé et du social à Bruxelles, ainsi que les institutions politiques et administratives s'interrogent sur les façons d'aller de l'avant et d'améliorer l'organisation et l'articulation des services pour favoriser l'inclusion des publics les plus fragiles. Pour soutenir ces efforts de reconceptualisation de l'organisation, il apparaît important de parler un langage commun pour en désigner les diverses composantes, ou a minima de rendre visibles les différentes acceptions des termes utilisés. Chaque secteur ou ensemble de structures et d'acteurs utilise des mots avec un sens particulier lié à leur positionnement dans l'offre de services. Le premier pas vers un dialogue et une co-construction des ajustements nécessaires du système consiste à mieux se comprendre. C'est l'objectif de cette analyse<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Cette note est le fruit du rassemblement de deux textes distincts émanant d'acteurs ayant éprouvé le besoin de clarifier les concepts, en particulier : Michel Roland, médecin généraliste actif dans différentes structures particulièrement concernées par l'accès aux soins de publics vulnérables (notamment Médecin du Monde, LAMA, Maison Médicale) et Brusano. Ces deux textes ont été fusionnés et retravaillés sous la guidance d'un groupe de réflexion (comprenant le

CBCS), d'un comité de relecture et du groupe de concertation "fonction 0,5" afin d'élargir une réflexion initialement fortement centrée sur l'organisation des soins de santé à une compréhension intégrant pleinement les secteurs de la santé mentale et du social. Sans prétendre épuiser le sens des mots sélectionnés, cette note propose des bases de compréhension mutuelle.



*Figure 1 : Les soins et l'accompagnement sont compris au sens large, englobant tous les secteurs qui contribuent au bien-être global de l'être humain.*



# PARTIE 1 | Publics vulnérables

Qui sont les publics dits "vulnérables" ?  
Peut-on dire que l'on est intrinsèquement fragile ou vulnérable ? Si non, par rapport à quoi est-on vulnérable ? Dans quelle situation ?

A la fois état et processus, la vulnérabilité dépend de la combinaison de trois facteurs :

- Le niveau initial de bien-être,
- Le degré d'exposition à un risque individuel ou collectif et à un ou plusieurs chocs successifs susceptibles d'affecter le bien-être et la santé,
- La capacité à faire face à ces risques et à leurs conséquences (Zarowsky, Haddad, et Nguyen 2013).

## 1.1. Ressources

On devient vulnérable lorsque l'on est exposé à la possibilité d'un événement ou une série d'événements sans avoir les ressources pour y faire face.

La vulnérabilité est liée à l'environnement dans lequel la personne évolue. Si l'environnement n'est pas aménagé pour être soutenant et ne permet pas de mobiliser les ressources adéquates, le risque ne repose pas sur le groupe ou l'environnement mais seulement sur la personne.

## 1.2. Situation sociale de vulnérabilité

Le concept de situation sociale de vulnérabilité (Delor 1997) permet de considérer à la fois le risque de maladie et celui d'une prise en charge absente, défaillante, chaotique ou insatisfaisante, soit, la rencontre d'une demande potentielle de soins avec une offre de services de santé et d'aide sociale.

Dans son étude sur les trajectoires de personnes séropositives au VIH/sida et la rencontre du risque, François Delor a développé un cadre d'analyse de la situation sociale de vulnérabilité comprenant trois niveaux d'intelligibilité :

- le niveau des trajectoires sociales (événements de la vie, mobilité sociale, identités sociales...),
- le niveau des interactions interpersonnelles où se croisent plusieurs trajectoires,
- le niveau du contexte social (système des normes, institutions...) (Delor 1997; Delor et Hubert 2000).

Le niveau des trajectoires sociales permet en particulier de saisir la longue durée, l'horizon des possibles qui se dessine pour le sujet et la mobilisation de ses ressources dans les différentes phases de sa vie.

Le récit des interactions interpersonnelles permet de comprendre comment la personne a vécu et vit ses rencontres avec le personnel des institutions offrant des services psycho-médico-sociaux et comment ces interactions ont refaçonné ou non sa perception de ces institutions et ses recours ultérieurs.

Enfin, le niveau du contexte social de l'interaction révèle la perception de ce contexte par le sujet. Ce dernier se trouve en décalage éventuel avec les normes en vigueur ou au contraire en accord avec elles. On peut, comme l'a fait François Delor, s'intéresser aux situations concrètes à l'instant *t* de l'interaction, dans des scènes courtes (par exemple la rencontre entre un médecin et un patient lors d'une consultation), ou bien considérer ces situations dans la mesure où elles affectent la circulation de la personne dans l'offre urbaine de soins, où elles provoquent directement ou indirectement une bifurcation dans son parcours. Cette deuxième perspective focalise donc sur la longue durée. Ainsi envisage-t-elle également la succession d'interactions dans lesquelles la personne



s'est sentie vulnérable et les situations sociales de vulnérabilité qui touchent une personne dans un laps de temps plus long (par exemple au cours d'une période de dépression ou d'une attente de réponse à une demande d'asile).

Comprendre ainsi les formes de vulnérabilité - c'est-à-dire comme étant profondément relationnelles - peut éclairer le rapport des personnes aux recours aux soins.

### 1.3. La vulnérabilité comme condition humaine

La maladie ou le mal-être sont en soi des épreuves de vulnérabilité, par l'expérience simultanément physique, psychique (Le Blanc 2006) et sociale qu'ils occasionnent et par le fait que, le plus souvent, ils placent le sujet en situation de dépendance à autrui et l'engagent à ce titre dans une relation de soin. En cela, la maladie rejoue la condition du début de la vie humaine : "Le bébé est dépendant d'autrui pour sa survie et son développement comme personne et membre compétent de la société. Cette dépendance n'est ni contingente, ni accidentelle, ni ponctuelle. La dépendance à l'égard des fournisseurs de soins que connaissent les adultes fragilisés du fait de maladies, de la vieillesse ou de handicaps, est tout aussi contraignante et inévitable : dans l'impossibilité de pourvoir par eux-mêmes à leur entretien quotidien, ils ont besoin de l'aide et de l'assistance d'un autre de façon régulière, continue, quotidienne. La dépendance ne s'arrête pas à ceux qui sont le plus manifestement dans l'impossibilité de survivre ou de vivre une vie humaine sans la présence de tiers. Sous des formes moins aiguës, elle est présente à différents moments de nos existences, à la fois imprévisible et certaine" (Paperman et Laugier 2005, 289).

De même, toute perte ou manque dans l'expérience sociale constitue également une épreuve de vulnérabilité : perte de

ressources matérielles (emploi, logement, revenu...) ou relationnelles (rupture, divorce, exclusion...).

Bref, "les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel" comme le dit si bien le titre de l'article de Patricia Paperman. Mais la maladie, comme certaines périodes de la vie marquées par des pertes ou manques, sont l'occasion d'une plus grande vulnérabilité.

### 1.4. La vulnérabilité comme condition sociale et affaiblissement des mécanismes d'action

L'expérience de la maladie se joue également sur d'autres tableaux fortement reliés à l'interaction à laquelle donne lieu le soin : le rapport à l'emploi et à la protection sociale qui conditionnent à la fois les ressources financières de la personne mais également son identité sociale, et corrélativement les relations sociales.

La maladie s'insère dans un processus, en étant à la fois une conséquence d'une vulnérabilité antérieure (selon le principe des déterminants sociaux de la santé) et un générateur de vulnérabilité sociale (pourrait-on alors parler de "déterminants sanitaires de la condition sociale" ?).

Les formes de vulnérabilité sont multiples, peuvent se cumuler et s'alimenter mutuellement : précarité économique, insécurité alimentaire, mauvaise santé physique et/ou mentale passagère ou durable, isolement social, insécurité au regard de l'assistance sociale, discriminations et stigmatisations sociales, barrières linguistiques...

Dans ce cadre, la vulnérabilité est un affaiblissement des mécanismes d'action. De même que Patricia Paperman souligne que la vulnérabilité fait partie de la condition humaine, Viviane Châtel montre qu'elle guette chacun dans le contexte politique et économique actuel. Cette



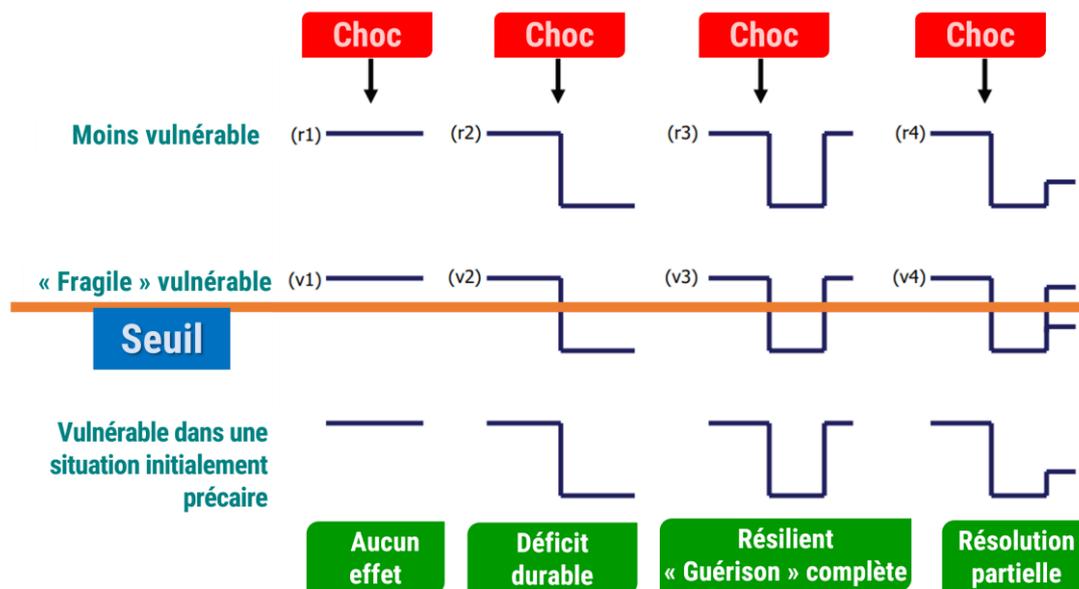
auteure pointe plusieurs enjeux de "l'agir en situation de vulnérabilité" (Châtel et Soulet 2003), dont la confiance qui relie l'individu aux autres et les contradictions du contexte économique actuel.

En particulier, Viviane Châtel cite la confiance comme base de l'action, tout en précisant que "la confiance est fondamentalement fragilisation" (Ibid., p. 3) et que la rupture de confiance, comme rupture de capacité à agir, place en situation de vulnérabilité. Les professionnels de la santé et de l'aide sociale savent bien l'importance de donner des gages de confiance aux publics particulièrement précarisés pour maintenir et pérenniser leurs recours (Le Breton 2005; Parizot 2003). De même, réformes successives et conditionalités des aides ont pu mettre à mal la confiance entre les citoyens et l'Etat Providence, comme garantie de "sécurité" sociale.

Parallèlement, les autres supports sociaux que peuvent être la famille ou l'emploi se sont fragilisés, produisant plus de probabilité de chocs matériels ou

relationnels et en même temps moins de ressources sociales, générant ainsi de la vulnérabilité. En soulignant également les effets de la désaffiliation sur l'estime de soi, Viviane Châtel contribue à sortir d'une appréhension de la vulnérabilité attachée à des traits de personnalité. "La vulnérabilité remet en cause la notion même de sujet, si par sujet nous entendons bien sûr cette capacité à agir et à penser de manière responsable et autonome" (Châtel et Soulet 2003, 16). Elle est donc, dans une certaine mesure, réversible, quoique certains déterminants sociaux de la santé puissent avoir un impact dès la vie in utero sur l'espérance de vie.

Pour marquer son caractère profondément processuel, certains préfèrent utiliser le terme "vulnérabilisation", rappelant la spirale descendante liée à des pertes et chocs successifs, qui pourrait être inversée ou atténuée grâce à des interventions appropriées (Zarowsky, Haddad, et Nguyen 2013).



- **Seuil de bien-être** socialement acceptable (seuil de pauvreté, critères de qualité de vie, échelles de condition sociale, santé mentale)
- **Moins vulnérable**: personne protégée contre une perte de bien-être; l'exposition au risque peut causer un déficit de bien-être mais la condition finale reste acceptable socialement
- **Le « fragile » vulnérable** est exposé à une perte de bien-être qui n'est pas socialement acceptable
- **Les individus initialement précaires** présentent un niveau de bien-être qui est déjà inférieur au seuil acceptable; les chocs peuvent accentuer ce déficit

**Figure 2 : Cadre conceptuel pour l'analyse de la vulnérabilité : états initiaux et finaux après exposition à un risque social inattendu (choc), (Zarowsky, Haddad, et Nguyen 2013, 84)**



## PARTIE 2 | Accessibilité et accès aux services de soins et d'accompagnement

### 2.1. Accessibilité et accès : les conditions de la rencontre entre personne et services

Tout comme la vulnérabilité, l'accessibilité renvoie à une réalité dynamique : la rencontre entre une personne et un service, dans un contexte ou environnement défini.

Du côté des personnes ayant un besoin de soins ou d'accompagnement, les éléments qui entrent en jeu dans la démarche de recours à un service sont nombreux et variés : avoir son permis de conduire, une mutuelle et des droits sociaux, savoir lire et parler la langue locale, savoir se repérer dans la ville, comprendre l'organisation des services de soins et d'aide, maîtriser un niveau de littératie en santé, avoir l'intention de se soigner ou de faire valoir ses droits, être imprégné d'une culture par rapport à la santé et au corps...

L'accès aux services de soins et d'accompagnement dépend alors de l'accessibilité que les services de soins et d'aide ménagent pour permettre aux personnes de recourir à eux. A quel point facilitent-ils les recours pour s'adapter à la variété des besoins, des pratiques, ressources et représentations des personnes ?

Pour Guagliardo, les deux grandes étapes de l'accès aux soins sont l'accessibilité "potentielle" à l'offre de soins – soit les possibilités d'accès - et l'accessibilité "effective" – soit l'accès qui se produit réellement. On peut observer l'accès réel notamment à partir des données d'utilisation de services de santé et de consommation de soins. Mais la plupart de ces données ne comptabilisent pas les personnes qui ne sont pas en ordre de mutuelle et qui, de ce fait, se trouvent en situation de vulnérabilité.

Pour Guagliardo, "l'accessibilité potentielle existe quand une population en besoin coexiste dans un espace et un temps avec un système de soins disponible. L'accès réel ou effectif suit lorsque toutes les barrières de l'offre sont dépassées" (Lucas-Gabrielli et al. 2016, 7). On peut élargir cette définition aux services d'aide et d'accompagnement social.

Suite aux éclairages précédents, nous prendrons le parti de continuer à séparer clairement ces deux premières notions malgré tout intimement liées, en considérant l'accès comme une réalité mesurable par la fréquentation (un usage du système de soin), tandis que l'accessibilité définira plutôt le potentiel d'accès au service.

On a observé que l'accessibilité n'est pas garantie avec la disponibilité de l'offre. Un grand nombre de barrières diverses existent. Pour mieux comprendre l'accessibilité des soins, Lucas-Gabrielli et al. distinguent deux aspects : l'accessibilité spatiale et l'accessibilité non-spatiale.

### 2.2. L'accessibilité spatiale

Dans ses dimensions spatiales, l'accessibilité des services comprend à la fois la disponibilité de l'offre et son accessibilité physique, comme le résume le schéma ci-dessous, issus des clarifications apportées par Lucas-Gabrielli et ses co-auteurs.

*"La disponibilité renvoie à la quantité et à la localisation des points d'offre par rapport à la demande. L'accessibilité physique est la capacité de déplacement entre la localisation du patient et des points d'offre. Ainsi, l'accessibilité physique considère à la fois la mobilité des patients et les ressources en transport mobilisables, le trajet à parcourir en temps, en distance et en coût"* (Lucas-Gabrielli et al. 2016, 7). On



comprend que la mobilité des patients renvoie à de nombreuses dimensions qui ne sont pas seulement spatiales, depuis la possession d'un permis de conduire jusqu'à l'intention qui va déterminer l'action de se déplacer pour consulter par exemple (Flamm et Kaufmann 2006; Vignes 2015). Cela

comprend donc également les aspects relatifs à la lisibilité de l'offre et à la littéracie en santé ainsi qu'à la capacité à utiliser les transports en commun ou à retrouver son chemin, même si la personne a identifié et localisé correctement les services.

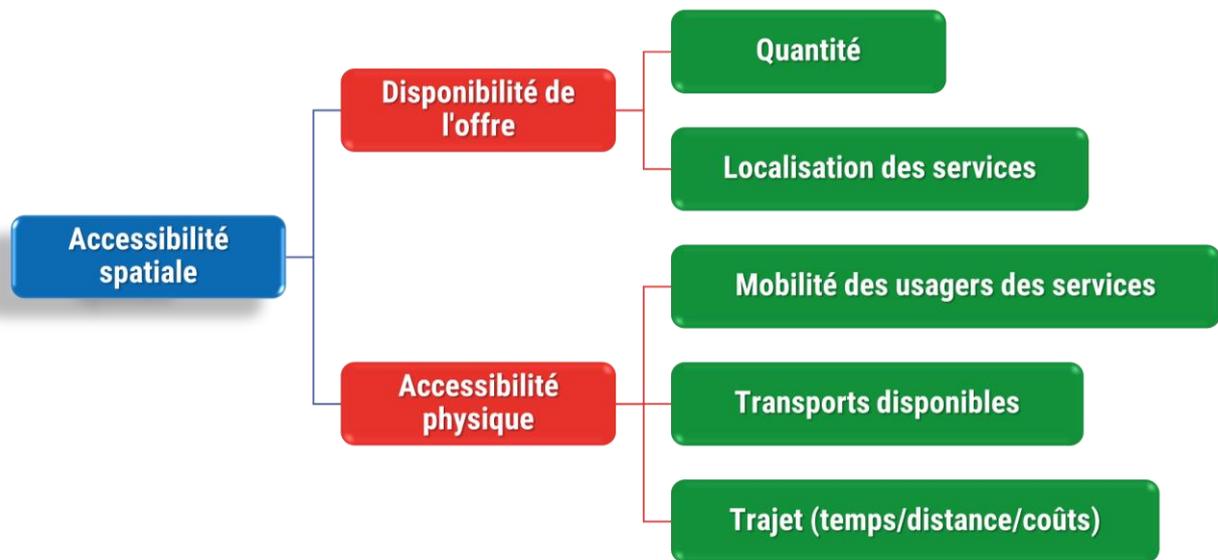


Figure 3 : Les dimensions de l'accessibilité spatiale (d'après Lucas-Gabrielli et al. 2016)

## 2.3. L'accessibilité non-spatiale

"Parmi les dimensions a-spatiales, certaines reflètent les facteurs culturels et l'agencement financier du système de soins. Parmi elles, on distingue la commodité, la capacité financière et l'acceptabilité. La commodité est la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient (horaires d'ouverture, accueil sans rendez-vous, délai d'attente...) et la capacité de celui-ci à s'adapter à cette offre (Raynaud, 2010). La capacité financière est la relation entre le prix des prestations et ce que le patient est prêt à payer pour ces prestations" (op.cit.). Vont entrer en compte les couvertures assurantielles obligatoire et

complémentaire, la connaissance des tarifs pratiqués, la perception du coût pour l'utilisateur<sup>2</sup>. L'acceptabilité renvoie aux caractéristiques sociales et culturelles de l'utilisateur et à ses attitudes à l'égard de la santé, {du système de santé et/ou de l'aide sociale}, ainsi qu'à celles des professionnels et des structures de soins. Ces différentes dimensions sont étroitement liées et vont interagir pour expliquer l'accès aux soins en un lieu donné" (Lucas-Gabrielli et al. 2016, 7). Ces caractéristiques comprennent les aspects relatifs à l'orientation lors du passage d'un service à l'autre, dans laquelle la transmission du lien de confiance joue un rôle important : l'utilisateur doit pouvoir reporter sur le prestataire du service vers lequel il est orienté la confiance qu'il avait placée dans le premier prestataire qu'il a rencontré.

<sup>2</sup> Le facteur financier est reconnu comme l'un des principaux déterminants de l'accès aux soins et revêt de nombreuses dimensions, Voir par exemple sur ce point : Hélène Revil et

al. « Renoncement et accès aux soins, de la recherche à l'action », Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, Observatoire des Non-Recours aux Droits et Services, 2019.



**Figure 4 :** Les dimensions de l'accessibilité a-spatiale (d'après Lucas-Gabrielli et al. 2016)



## PARTIE 3 | Protection sociale et accès aux droits

De même que pour le recours aux services, on distingue l'accès effectif aux droits de leur accessibilité. L'accessibilité dépend d'abord des droits existants du fait des politiques de protection sociale – notamment les lois sur la sécurité sociale (fondant l'Assurance-Maladie-Invalidité, AMI) de 1944-45 (3.1), puis des mécanismes en place pour les mettre en œuvre (3.2). Malgré ces dispositions, on constate des phénomènes de "non-recours" ou "nonaccès" aux droits, touchant notamment les populations les plus vulnérables, et qui s'expliquent de différentes manières (3.3).

### 3.1. L'existence de droits : de la sécurité à l'assistance sociale

Les droits comprennent des droits "fondamentaux" déclarés par exemple dans l'article 23 de la Constitution belge : "*droit de mener une vie conforme à la dignité humaine*". Il s'agit des droits économiques, sociaux et culturels : droit à un logement décent, droit à l'énergie, droit à la protection de la vie familiale, droit à la protection sociale, à l'aide sociale, médicale et juridique, droit à la protection de la santé... Ces droits dépendent des mécanismes pour les rendre effectifs, soit les politiques de sécurité et d'assistance sociales.

Le système de protection sociale belge est fondé sur le modèle bismarckien, dans lequel le travail salarié constitue le support des droits sociaux. Au fil des années et de son développement, ce système s'est progressivement mûri d'éléments permettant un élargissement de l'accès aux droits (s'inspirant de l'autre grand modèle en la matière : le modèle beveridgien, fondé sur l'universalité d'accès aux droits).

Comme le montre la figure 5 ci-après, de manière schématique et non exhaustive, le système de protection sociale belge est constitué d'un volet de "sécurité sociale" et d'un autre "d'assistance sociale", relevant de niveaux institutionnels de compétence différents. Le rapport de 2013 du Service de Lutte contre la Pauvreté de 2013 (Galand et al. 2013) analyse les évolutions de ce système en soulignant la progressive extension de l'assistance sociale, parallèlement à la diminution de la sécurité sociale, au prix d'une plus grande sélectivité dans l'attribution des aides (via l'augmentation des conditions d'accès aux aides). Ces conditions sont notamment liées aux revenus, au statut du ménage, à l'âge...

L'assistance sociale a pour ambition d'assurer un matelas de sécurité (minima sociaux) pour les personnes tombant en dehors des droits liés à la sécurité sociale et pour les situations où ces droits laissent les personnes en dessous de certains seuils.

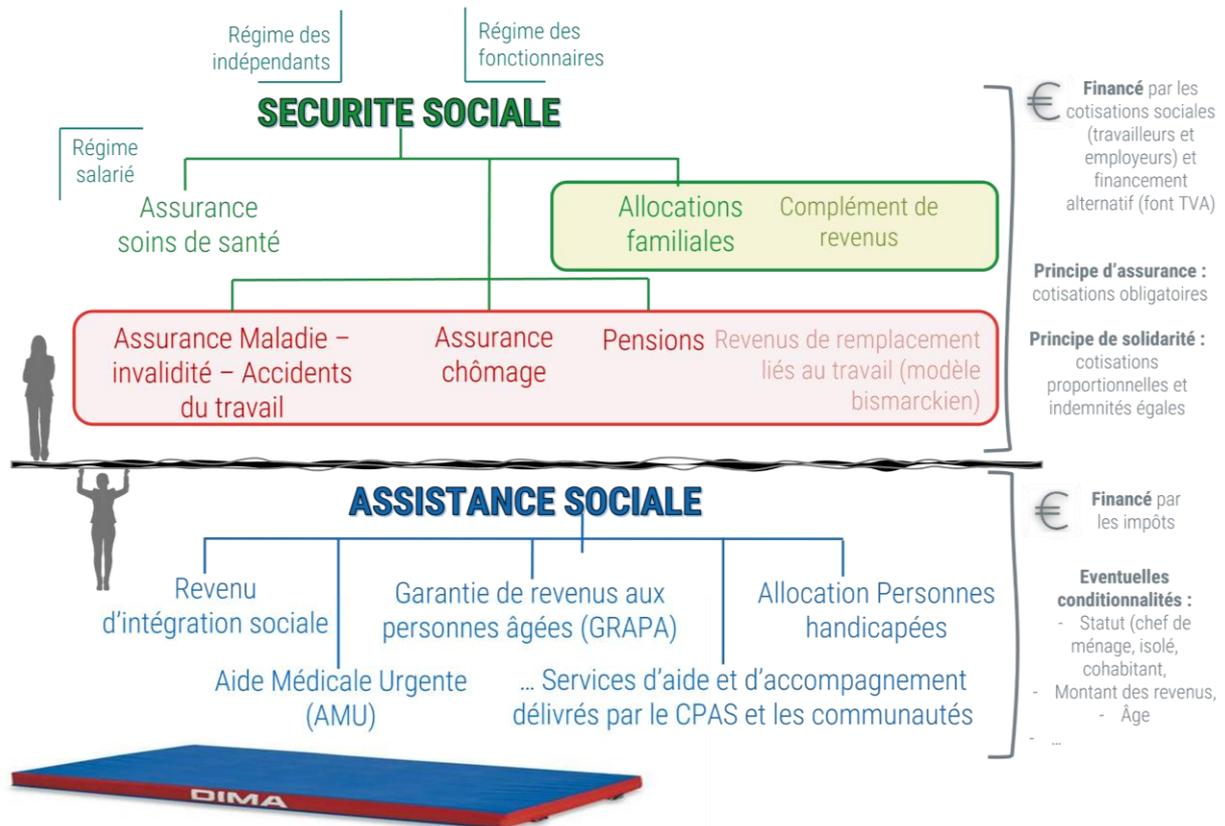


Figure 5 : Présentation schématique du système de protection sociale belge (d'après Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, Rapport – décembre 2013).

### 3.2. Les services d'aide aux plus vulnérables : un héritage communal

Il convient ici de distinguer l'accès aux services - explicité dans la section 2 et qui est l'une des manières de bénéficier des droits - de l'exercice des droits en tant que tel, qui peut être engagé de différentes manières :

- Via des accès automatiques, (nul besoin de réaliser de démarches : le seul fait d'avoir un statut – par exemple citoyen ou chef de ménage – ouvre automatiquement certains droits),
- Via des accès sur demande ou après réalisation de démarches (par exemple, l'inscription à une mutuelle),

Comme il existe un hiatus entre accessibilité et accès réel aux droits, différents services peuvent aider les personnes à connaître leurs droits et les aides auxquelles elles peuvent prétendre ainsi qu'à réaliser les démarches pour en bénéficier (par exemple pour se voir attribuer une allocation de handicap ou pour obtenir un logement social).

Historiquement, l'organisation de ces services est héritière du lien entre soins et aide sociale, caritative<sup>3</sup>. En effet, avant de devenir le "Centre Public d'Action Sociale" que l'on connaît aujourd'hui (depuis 2002), le CPAS descend des "bureaux de bienfaisance et hospices civils" ou de l'Administration des Hospices et Secours de la Ville (pour Bruxelles), devenus la Commission d'Assistance Publique (CAP)

<sup>3</sup> Voir aussi le Livre Blanc de Be.Hive (page 77) sur l'évolution conjointe de la protection sociale et de l'organisation des soins (Be.Hive Chaire Interdisciplinaire de la 1<sup>ère</sup> ligne 2020).



en 1925, puis le Centre Public d'Aide Sociale (CPAS) en 1976.

A Bruxelles, l'Administration des Hospices et Secours était notamment chargée de la gestion des hôpitaux Saint-Jean et Saint-Pierre, à une époque où ces établissements accueilleraient principalement les indigents présents sur le territoire de la commune. En effet, ils n'avaient pas encore les rôles scientifiques et universitaires dont ils sont investis aujourd'hui (depuis les années 1920) et les populations mieux nanties ne se soignaient pas à l'hôpital. Depuis 1996, le CPAS de Bruxelles-Villes s'est désengagé de la gestion de l'Hôpital Saint-Pierre, tout en restant présent dans le Conseil d'Administration dont le président du CPAS est l'un des membres. Le CPAS concentre à présent son activité de gestion des établissements de soins sur les centres spécialisés (personnes âgées, enfants, adultes handicapés mentaux).

Mais, comme c'est le cas pour tous les CPAS, l'aide aux indigents reste de sa responsabilité : le CPAS doit s'assurer que les demandeurs d'aide présents sur le territoire de la commune exercent tous les droits auxquels ils peuvent prétendre. Ses

missions se sont élargies, de l'allocation du revenu d'intégration jusqu'à l'octroi de différentes aides financières complémentaires en matière d'énergie, de logement ou de culture.

Il s'agit donc d'un service de type "généraliste", c'est-à-dire qui accueille tous les publics et tous les types de demandes d'aide (avant éventuelle réorientation), ancré sur une base territoriale, au niveau communal.

Il existe également une série de services généralistes d'aide sociale et d'aide aux personnes ou orientés vers un public spécifique (selon l'âge, la composition de ménage...), et/ou un domaine particulier (logement, aide juridique, intégration socio-professionnelle, médiation de dettes...). Ces services bénéficient de diverses sources de financement. Concernant les sources publiques, les fonds proviennent des différents niveaux institutionnels selon les compétences qui leur sont attribuées. Le tableau ci-après, extrait du Panorama du Social et de la Santé à Bruxelles présente un aperçu des types de services par communauté en fonction du secteur et du public cible (Ars Collaborandi 2021, 45-48).



# Brusselse diensten in Welzijn en Zorg

Overzicht van type diensten per gemeenschap, volgens sector en doelgroepen (cijfer = aantal locaties)

## Panorama du social et de la santé à Bruxelles

Aperçu des types de services par communauté en fonction du secteur et public cible (chiffre = nombre de lieux d'activités)

|   | GOC / IRISCARE (EN OPENBAAR BESTUUR)<br>COCOM / IRISCARE (ET SERVICES PUBLICS)  | COCOF   | VLAAMSE GEMEENSCHAP (EN VGC)   |
|---|---|---|--|
| <b>SOCIALE UITSLUITING - COHESIE</b><br>EXCLUSION - COHESION SOCIALE<br>                     |   | Projets de cohésion sociale - communaux (211) et régionaux (71)   | Samenleven in diversiteit (15)<br>Samenlevingsopbouw Brussel (4)<br>Verenigingen waar armen het woord nemen (7)<br>Geïntegreerde wijkwerkingen (4)   |
| <b>OUDEREN</b><br>PERSONNES AGÉES<br>  | Woningen voor ouderen / Habitations pour personnes âgées (2)<br>Centra dagopvang voor bejaarden<br>Centres d'accueil de jour personnes âgées (3) (2 ocmw/CPAS)<br>Centra voor dagverzorging<br>Centres de soins de jour (7) (4 ocmw/CPAS)<br>Centra kortverblijf / Centres de court séjour (6) (1 ocmw/CPAS)<br>Rust- (en verzorgingste)huizen<br>Maisons de repos (et de soins) (143) (26 ocmw/CPAS)<br>Service-residenties / Résidences-services (21) (5 ocmw/CPAS)   | Maisons communautaires (4)<br>Services d'accueil de jour (6)<br><br><br><br><br><br>Résidences-services (1)   | Lokale dienstencentra (21)<br>Centra voor dagverzorging (4)<br>Centra voor kortverblijf en/of herstelverblijf (2)<br>Woonzorgcentra (8)<br>Groepen van assistentiewoningen (4)   |
| <b>ZORG &amp; GEZONDHEID</b><br>SOINS & SANTÉ<br>  | Diensten voor thuiszorg<br>Services d'aide à domicile (16) (15 ocmw/CPAS)<br>Diensten voor thuisverzorging / Services de soins à domicile (2)<br><br>Teams van multidisciplinaire ondersteuning palliatieve zorg /<br>Equipes d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs (2)<br>Ziekenhuizen (acute en/of chronische)<br>Hôpitaux (aigus et/ou chroniques) (22)<br>Revalidatiecentra / Centres de rééducation fonctionnelle (29)   | Acteurs promotion de la santé (25)<br>Centres de coordination de soins et de services à domicile (5)<br>Services d'aide à domicile (7)<br><br>Maisons médicales (42)<br>Services de soins palliatifs et continus (5)<br>Hôpitaux universitaires (2) (FWB) | Lokaal/regionaal gezondheidsoverleg (LOGO) (1)<br>Dienst voor gezinszorg (3)<br>Dienst voor thuisverpleging (1)<br>Wijkgezondheidscentra (2)<br>Palliatieve dagverzorgingscentra en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (3)<br>Universitair ziekenhuis (1)<br>Revalidatievoorzieningen (3)<br>Centra voor geestelijke gezondheidszorg (6) |
| <b>GEESTELIJKE GEZONDHEID</b><br>SANTÉ MENTALE<br>  | Diensten voor geestelijke gezondheidszorg<br>Services de santé mentale (6) (1 gemeentelijk/communal)<br><br>Initiatieven beschut wonen / Initiatives d'habitations protégées (17)<br>Psychiatrische verzorgingstehuizen (PUT)<br>Maisons de soins psychiatriques (MSP) (4)<br>Psychiatrische ziekenhuizen / Hôpitaux psychiatriques (8)   | Services de santé mentale (29)<br><br>Services d'aide au toxicomanes (24)<br>Initiative habitation protégée (1)<br><br>Hôpitaux psychiatriques (3)  | Centra voor geestelijke gezondheidszorg (6)<br><br>Initiatieven beschut wonen (2)<br><br>Psychiatrisch ziekenhuis (1)  |
| <b>HANDICAP</b><br>KINDEREN & VOLWASSENEN<br>ENFANTS & ADULTES<br>                         | Verlijfscentra personen met een handicap / Centres d'hébergement personnes handicapées (7) (1 ocmw/CPAS)<br><br>Diensten begeleid wonen en ADL / Services d'habitat accompagné et AVJ (9) (1 gemeentelijk/communal - 1 ocmw/CPAS)<br>Dagcentra / Centres de jour (13) (2 ocmw/CPAS)   | Centres d'hébergement PHARE (30)<br><br>Services d'accompagnement PHARE (24)<br><br>Centres de jour PHARE (28)<br>Services d'accueil familial PHARE (2)   | VAPH Woonondersteuning (verblijfscentra of groepswooning) (12)<br>VAPH Kortverblijf (3)<br>VAPH Mobiele begeleiding (begeleid wonen en thuisbegeleiding / ADL) (5)<br>VAPH Dagcentra (6)<br>VAPH Centra voor functionele revalidatie (3)<br>VAPH Dienst Ondersteuningsplan (DOP) (1)   |
| <b>SOCIALE HULPVERLENING</b><br>AIDE SOCIALE<br>   | Sociale diensten OCMW / Services sociaux des CPAS (44)<br>Gemeentelijke sociale diensten / Services sociaux communaux (19)<br>Centra eerste sociale opvang<br>Centres premier accueil social (36) (16 buurtwijken/MdQ BXL)<br>Centra voor gezinsplanning / Centres de planification familial (4)<br>Diensten schuldbemiddeling / Services de médiation de dettes (24) (1 gemeentelijk/communal - 16 ocmw/CPAS)<br>Crisisopvang voor thuislozen / Accueil de crise pour sans-abri (2)<br>Onthaalthuizen / Maisons d'accueil (6) (1 ocmw/CPAS)<br>Diensten begeleid wonen thuislozen / Services d'habitat accompagné sans-abri (12) (1 ocmw/CPAS) | Centres d'action sociale globale (CASG) (15)<br><br>Centres de planification familial (27)<br>Services de médiation de dettes (6)<br><br>Accueil de crise pour sans-abri (1)<br>Maisons d'accueil sans-abri (15)  | Centra algemeen welzijnswerk (CAW)<br>Diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (10)<br>CAW - dienst schuldbemiddeling (1)<br>CAW - Onthaalthuizen voor daklozen (2)<br>CAW - Woonbegeleiding thuislozen (4)  |
| <b>JUSTITIEEL WELZIJNWERK</b><br>AIDE AUX JUSTICIAIBLES<br>                                | Diensten justitieel welzijnswerk<br>Services d'aide sociale aux justiciables (5)<br>Eerstelijns hulp voor slachtofferhulp / Première assistance aux victimes (16) (federale politie/police fédérale (13) en gemeentelijk/communal (3))  | Accueil des victimes en maison de justice (1)<br>Partenaires de l'aide aux justiciables (9)   | Slachtofferonthaal in het justitiehuis (1)<br>CAW - Justitieel welzijnswerk (1)<br>CAW - Dienst slachtofferhulp (1)<br>CAW - Daderhulp seksueel overschrijdend gedrag (1)  |
| <b>GEZINSONDERSTEUNING</b><br>& JONGE KIND<br>SOUTIEN AUX FAMILLES<br>& PETITE ENFANCE<br> |   | ONE - Bureaux de consultations prénatales et/ou enfants (80)<br><br>ONE Services d'accueil spécialisé petite enfance (3)<br><br>Services d'aide en milieu ouvert (AMO) (25)<br>Centres d'information des jeunes (10)                                      | Kind & Gezin consultatiebureaus (20)<br>Kind & Gezin Inloop-teams (2)<br>Kind & Gezin Centra kinderverzorging en gezinsondersteuning (2)<br>Centrum integrale gezinszorg (1)<br>Werkingen maatschappelijk kwetsbare jongeren (WMKJ) (10)<br>CAW - Jongerenadvies (1)<br>Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) (6)<br>Crisismeldpunt CRISIS-BXL (1)                     |
| <b>JEUGDHULP EN -WELZIJN</b><br>AIDE AUX JEUNES<br>  | Crisismeldpunt CRISIS-BXL / Point d'accueil central en situation de crise (1)   | Equipes SOS enfants (2)<br>Service d'aide à la jeunesse (1)<br>Accueil résidentiel pour jeunes (SRU-SRS-SRG-SR00-PPP) (29)<br>Aide non résidentielle pour jeunes (accompagnement, accueil familial, aide logement autonome ...) (46)                      | Vertrouwenscentrum kindermishandeling (1)<br>Ondersteuningscentrum jeugdzorg (1)<br>Organisaties voor bijzondere jeugdhulp - residentieel (7)<br>Organisaties voor bijzondere jeugdhulp - ambulante (thuisbegeleiding, pleegdienst, crisisshulp aan huis, begeleid zelfstandig wonen ...) (11)   |

Figure 6 : Panorama du social et de la santé à Bruxelles (Ars Collaborandi 2021)



### 3.3. Non-accès et non-recours aux droits

Comme l'a montré la section 2, l'accès aux services de soins, d'aide et d'accompagnement est largement conditionné à l'accès aux droits sociaux. Si les services mentionnés précédemment (CPAS et services agréés par les communautés) contribuent à permettre un accès effectif aux droits et l'obtention de soutien et d'accompagnement au-delà des aides financières, le non-accès aux droits reste une réalité, à la fois symptôme et cause de vulnérabilité sociale.

*"Le terme de 'non-recours aux droits' (ou 'non take-up') peut donner l'impression qu'il suffit d'inciter {les personnes} à 'revendiquer' leurs droits et à s'adresser aux institutions ou aux services qui accordent des allocations ou des avantages sociaux. (...) Les quelques études qui ont été menées à ce sujet mettent également en évidence les limites de ce terme et préfèrent dès lors parler de 'sous-protection'" (Galand et al. 2013, 27).*

Le Service de Lutte contre la pauvreté identifie plusieurs causes au non-recours et non-accès aux droits (Galand et al. 2013), parmi lesquelles :

#### 1) Du côté des politiques et réglementations :

- La complexité de la réglementation pour les usagers comme pour les travailleurs sociaux (langue, étapes à entreprendre, services à solliciter...), qui multiplie les risques de transmission d'une information partielle ou erronée et ne favorise pas l'autonomie des usagers dans les démarches,
- Cette complexité est notamment amplifiée par la conditionnalité des droits, (renforcée depuis les années 1980, notamment avec l'introduction du statut de cohabitant), et une politique ciblée sur des groupes,
- Une information et une communication trop peu accessible pour faire connaître les recours possible et un manque de promotion

active des droits en raison de considérations budgétaires ;

#### 2) Au niveau du terrain, dans les services et institutions concernés :

- Le manque d'information (de qualité): informations insuffisantes, langue utilisée non adaptée, information non délivrée au moment opportun...
- L'accessibilité non optimale des aides et services : mobilité, accueil, format (possible barrière numérique),
- L'enchaînement fastidieux d'étapes administratives dont il est difficile de faire accepter/reconnaître la rationalité, (possibles froideur et lenteur de procédures perçues comme éloignées du monde social du bénéficiaire et de l'immédiateté de ses besoins),
- La relation entre le demandeur d'aide et le fournisseur de services, marquée en particulier par la tension entre rôles d'aide et de contrôle ou entre pro-activité et respect de la vie privée,
- Une offre fragmentaire, sans approche globale ;

#### 3) Au niveau des personnes potentielles bénéficiaires :

- Le fait de n'être pas informées,
- D'éventuels sentiments de honte, stigmatisation,
- Le sentiment que l'offre ne rencontre pas la demande ou le besoin (critères, délai, langage),
- La crainte de conditions et d'attentes perçues comme trop exigeantes : *"certains n'osent pas se rendre dans un service qui décide de l'octroi ou du maintien d'une allocation, par peur qu'on les prive de certains droits, qu'on leur impose des conditions irréalistes (liées à l'activation)..." (Galand et al. 2013, 27) ;*
- La crainte du contrôle et des conséquences de la demande, la présence éventuelle de dettes vis-à-vis du service, l'insécurité ressentie par la personne, la crainte de conséquences négatives si elle entre en contact avec les services officiels ;
- Les expériences précédentes avec un service conditionnent fortement les



recours ultérieurs (accueil reçu, succès de demandes antérieures, délai...),

- Le manque de confiance du demandeur dans sa capacité à mener les démarches et à assurer le suivi des demandes.

En somme, des droits sociaux existent, qui comprennent des aides financières, matérielles et de l'accompagnement. Ils

sont nombreux, complexes, souvent conditionnés et ceux qui en auraient le plus besoin se trouvent souvent en difficulté de les faire valoir ou de recourir aux services du fait de situations de vulnérabilité de multiples formes. Un important travail de soutien et d'accompagnement reste nécessaire pour que la protection sociale et les services liés soient pleinement inclusifs.



## PARTIE 4 | Niveaux de soins : le modèle d'organisation des soins de l'OMS

Avec la mise sur pied de systèmes de protection sociale basés sur la solidarité après la deuxième guerre mondiale et la nécessité d'efficacité qui en a résulté pour optimiser la qualité des soins et l'utilisation des moyens financiers disponibles, l'OMS a publié en 1978 la "Déclaration d'Alma Ata" suite à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie dans cette ville (Organisation Mondiale de la Santé 1978). Un accent particulier était mis sur l'importance des déterminants non médicaux de la santé (un modèle global en découlera dans les années 2000) ainsi que sur les inégalités sociales de santé (Solar et Irwin 2007). Le système de santé y était dessiné comme une pyramide à trois niveaux, échelonnés dans une logique de spécificités complémentaires dont le premier en constituait la base : les soins de santé primaires. Plus de 40 ans plus tard, son architecture globale reste totalement valide et d'actualité.

### 4.1. Premier niveau : soins de santé primaires

Quel que soit le pays ou la communauté, "Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination ; ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social de l'ensemble de la communauté ; ils sont le premier niveau de

contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire" (Organisation Mondiale de la Santé 1978), allant de pair avec un processus de protection sociale.

Dès 1920, cette approche par paliers avait été décrite selon un échelonnement fonctionnel par Dawson (Dawson 1920) et reprise par Barbara Starfield en 1994 en distinguant d'une manière formelle "soins primaires", caractérisés par les 4C (first Contact, Continuity, Comprehensiveness, et Coordination), et "soins de santé primaires", qui mettent en plus l'accent sur la dimension, la compétence et la responsabilité individuelle et sociétale (Starfield 1994). Ces différents développements théoriques et conceptuels ont causé et entretiennent encore à ce jour de nombreux débats d'ordre sémantique, donc souvent stériles, sur les définitions précises des soins primaires, de santé primaires, de base, de premier niveau, de premier recours, de premier contact, de première ligne, de niveau 1...

En 2008, l'OMS a confirmé le bien-fondé de cette approche par paliers en renforçant certains aspects et en attirant l'attention sur 3 dérives essentielles des systèmes de santé (Organisation Mondiale de la Santé 2008) :

1. l'accent mis de manière disproportionnée sur une offre étroite de soins curatifs spécialisés ;
2. la lutte contre la maladie, axée sur des résultats à court terme, qui fragmente la prestation des services ;
3. un certain laisser-faire en matière de gouvernance qui a permis l'éclosion d'une marchandisation incontrôlée de la santé.

Et en 2018, 40 ans après Alma Ata, la Conférence internationale réunie à Astana



par l'OMS ajoutait à toutes les recommandations précédentes celles de la couverture santé universelle et de l'achèvement des Objectifs de développement durable (World Health Organization, Regional Office for Europe 2018).

Le niveau primaire voit en un an, (et ces données sont relativement constantes), 70% de sa population (file active, groupe contact), 85% en 2 ans et 95% - c'est-à-dire la quasi totalité en 3 ans, pour l'ensemble des problèmes de santé exprimés par cette population<sup>4</sup>. Il peut prendre ceux-ci en charge efficacement dans 85-90% des cas, les autres pouvant être référés aux niveaux secondaire et tertiaire, soit les niveaux spécialisés (Bourgueil, Marek, et Mousquès 2009; Département de Médecine Générale 2020; sfgm, s. d.).

## 4.2. Niveaux secondaires et tertiaires

Les spécialistes, les centres de santé à orientation spécifique (de santé mentale, pour patients usagers de drogues, les plannings familiaux...), les hôpitaux régionaux, les centres spécialisés (de soins palliatifs...) ne font donc pas partie du niveau primaire au vu de leur niveau de sélection de population ou de leur spécialisation : ils relèvent du niveau secondaire. Et les structures de soins les plus technologiques (centres hospitalo-universitaires) constituent, elles, le niveau tertiaire.

## 4.3. Intégration de la santé communautaire au modèle de l'OMS : émergence du niveau 0

L'intégration de la santé communautaire au sein de la structuration du système de santé comme fondation du niveau primaire

<sup>4</sup> Ces chiffres proviennent de travaux de micro-épidémiologie, en particulier ceux de Henk Lamberts, réalisés à partir de relevés systématiques en consultations de médecine générale (symptômes, plaintes...). Voir par

et de la première ligne a constitué une **PREMIÈRE ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION ↗** des soins telle que modélisée à Alma Ata en 1978. A ce titre, la santé communautaire, ou plus justement, l'action communautaire en santé (Bantuelle, Mouyart, et Prévost 2013), est intégrée comme une stratégie de promotion de la santé (Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé et Francophones Bruxelles 2021). "*L'action communautaire désigne toute initiative, issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique, locale, régionale, nationale ; d'intérêts ; d'identités) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun. L'action communautaire s'actualise sur des pratiques multiples et diversifiées (création de ressources et de services, transformations sociales, éducation populaire...) qui poursuivent des objectifs de justice sociale, de solidarité, de démocratie, de répartition plus juste des richesses, d'égalité entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les peuples. Ces actions sont menées avec un souci d'éducation et de fonctionnement démocratique afin de favoriser l'autonomie des personnes et des communautés (empowerment)*" (La pratique de l'action communautaire, Lamoureux H., Lavoie J., Mayer R., 2008, cité par (Bantuelle, Mouyart, et Prévost 2013, 10).

Les différentes définitions de la santé communautaire insistent sur plusieurs traits spécifiques : multidisciplinarité, multisectorialité, scientificité et surtout, participation : "*La santé communautaire est une activité collaborative multisectorielle et multidisciplinaire qui utilise les sciences de la santé publique, des méthodes d'action fondées sur les preuves et d'autres approches qui permettent la participation et l'implication des communautés, avec une culture appropriée, pour optimiser la santé et la qualité de vie de toutes les personnes qui y vivent, (...)*" (Goodman, Bunnell, et Posner 2014, 62).

exemple : Lamberts, H., et I. Hofmans-Okkes. 1996. « Episode of Care: A Core Concept in Family Practice ». The Journal of Family Practice 42 (2): 161-67.



La santé communautaire est ainsi activement associée au concept de promotion de la santé : *"La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu"* (World Health Organization, Regional Office for Europe 1986).

Il devient donc indiqué d'ajouter un niveau à la pyramide à 3 échelons de l'OMS : le niveau 0, le niveau communautaire, réceptacle et multiplicateur du savoir profane, si important dans l'expression et la prise en charge des problèmes de santé d'une communauté. Des relations dialectiques opérantes et synergiques sont à co-construire par les deux niveaux 0 et 1

pour élaborer le modèle plus complet des soins primaires orientés vers la communauté (COCP Community-oriented primary care) :

*"Les soins primaires orientés vers la communauté constituent une stratégie par laquelle les concepts de soins de santé primaires et de médecine communautaire sont systématiquement développés et réunis dans une pratique coordonnée. (...) L'accent mis sur ce type d'intégration était l'une des caractéristiques de la Déclaration sur les soins de santé primaires de la conférence d'Alma-Ata : Les soins de santé primaires abordent les principaux problèmes de santé dans la communauté, en fournissant des services de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation. (...) Les soins de santé primaires orientés vers la communautés unifient deux formes de pratique - les soins cliniques aux individus dans la communauté et les aspects de la médecine communautaire"* (Connor et Mullan 1983).

\*\*\*

On se trouve donc ici du côté de l'offre de services, de la planification, de l'organisation du système de santé, des aspects les plus polyvalents aux plus pointus, et la base de ce système repose sur les soins primaires.



## PARTIE 5 | Lignes de soins : la perspective des usagers des services et de l'accès aux soins et à l'accompagnement

En revanche, au vu du libre arbitre, du respect du libre choix, de situations d'urgence réelles ou pas, d'un ensemble de situations dont justement des compétences spécifiques, les usagers peuvent faire appel ou consulter directement le niveau secondaire sans être passé préalablement par le niveau primaire et par une référence. Le niveau secondaire devient alors, de fait, leur premier contact, se retrouvant "en première ligne". Ces cas de figure sont souvent justifiés : pourquoi voir un généraliste avant de consulter son dentiste, une maison médicale avant le centre de santé mentale... ? Parfois cependant, les courts-circuits sont nombreux entraînant des problèmes de qualité des soins, des recours tardifs, des trajets de soins interminables et redondants... De plus, le niveau primaire est devenu, se vit et est vécu comme saturé, manquant de moyens, en pénurie de ressources humaines, ou malheureusement commence lui-même à procéder à des sélections de population ou de services (pas de prescription pour patients toxicomanes, pas les usagers qui arrivent en retard, limites dans les horaires et la disponibilité, non-prise en charge en l'absence de couverture sociale...).

Si donc on se place du côté de l'utilisateur, on est alors du côté de la demande et de l'accès. On parle alors plutôt de "lignes", la première étant celle du premier contact avec le système de santé, à tort ou à raison. Des structures comme l'urgence de l'hôpital, le centre pour patients toxicomanes, le planning familial, le service social du CPAS, l'ophtalmologue consulté en première intention, deviennent alors fonctionnellement de la "première ligne" même si situés structurellement au niveau secondaire.

Dans le langage du design de services et de l'étude de l'expérience usager, on parle

de "points de contact", pour désigner toute rencontre (physique ou virtuelle), entre un ou plusieurs service(s) et un usager. Ce sont des moments-clé d'interaction qui peuvent construire ou non la confiance. C'est pourquoi ils sont particulièrement critiques pour l'insertion des publics vulnérables dans un parcours de soins.

Par ailleurs, la crise sanitaire a également augmenté la confusion : le champ lexical de la guerre souvent mobilisé a désigné les hôpitaux comme étant en "première ligne" face à l'épidémie, c'est-à-dire le lieux de soins mobilisé prioritairement et là où les soignants étaient le plus face au risque.

On remarque que la notion de ligne intervient principalement pour parler de "première" ligne. On parle rarement de deuxième et troisième lignes. La question qui se pose est la suivante : vers qui se tourne-t-on en premier pour faire part d'un problème ? S'il y a donc une possible dichotomie entre les niveaux de soins tels qu'ils sont conçus pour l'offre d'une part et les pratiques d'accès des usagers des soins et services d'autre part, cette question entraîne d'autres pour les professionnels, a fortiori concernant les publics les plus vulnérables :

- S'agit-il du premier contact avec l'offre de soins et services pour une personne qui jusque-là n'était pas ou peu en contact avec l'offre ?
- Dans ce cas, ce professionnel en première ligne peut-il ou doit-il jouer un rôle de porte d'entrée dans l'offre et a-t-il la responsabilité d'insérer dans un parcours de soins et d'accompagnement la personne qui en aurait besoin ? En d'autres termes, il existe des situations dans lesquels une consultation "se suffit à elle-même", ne nécessitant pas le recours à d'autres professionnels, alors que



d'autres sont le début d'un parcours qui comptera plusieurs points de contact, soit le recours à d'autres prestataires ou services.

- S'il ne s'agit pas d'un premier contact, y a-t-il lieu pour le professionnel de communiquer avec les autres professionnels intervenant déjà après de cette personne ?

Ainsi, en creux, cette dichotomie pose la question de la circulation des personnes dans l'offre de soins et de services et celle de la manière dont les professionnels

orientent et s'adressent ces personnes, en complémentarité.

\*\*\*

La distinction entre niveaux de soins et lignes de soins ne témoigne donc pas que d'un souci sémantique ou bureaucratique, mais a des implications importantes pour la formalisation, la planification structurelle et opérationnelle du système de santé au regard de son accessibilité, de même qu'en matière de financement des structures concernées.



## PARTIE 6 | L'émergence de services dédiés : le deuxième niveau en première ligne ?

Si l'approche offres-demandes-services, niveaux et lignes est et reste pertinente dans le temps, elle a bénéficié de nombreux développements conceptuels et d'expériences pragmatiques, et a pu s'affiner progressivement, avec l'objectif

que lignes et niveaux, qu'offres, demandes et services se complètent le plus possible, et avec le plus d'efficacité possible, mais en respectant les situations établies et stabilisées, ainsi que les individus et les collectifs.

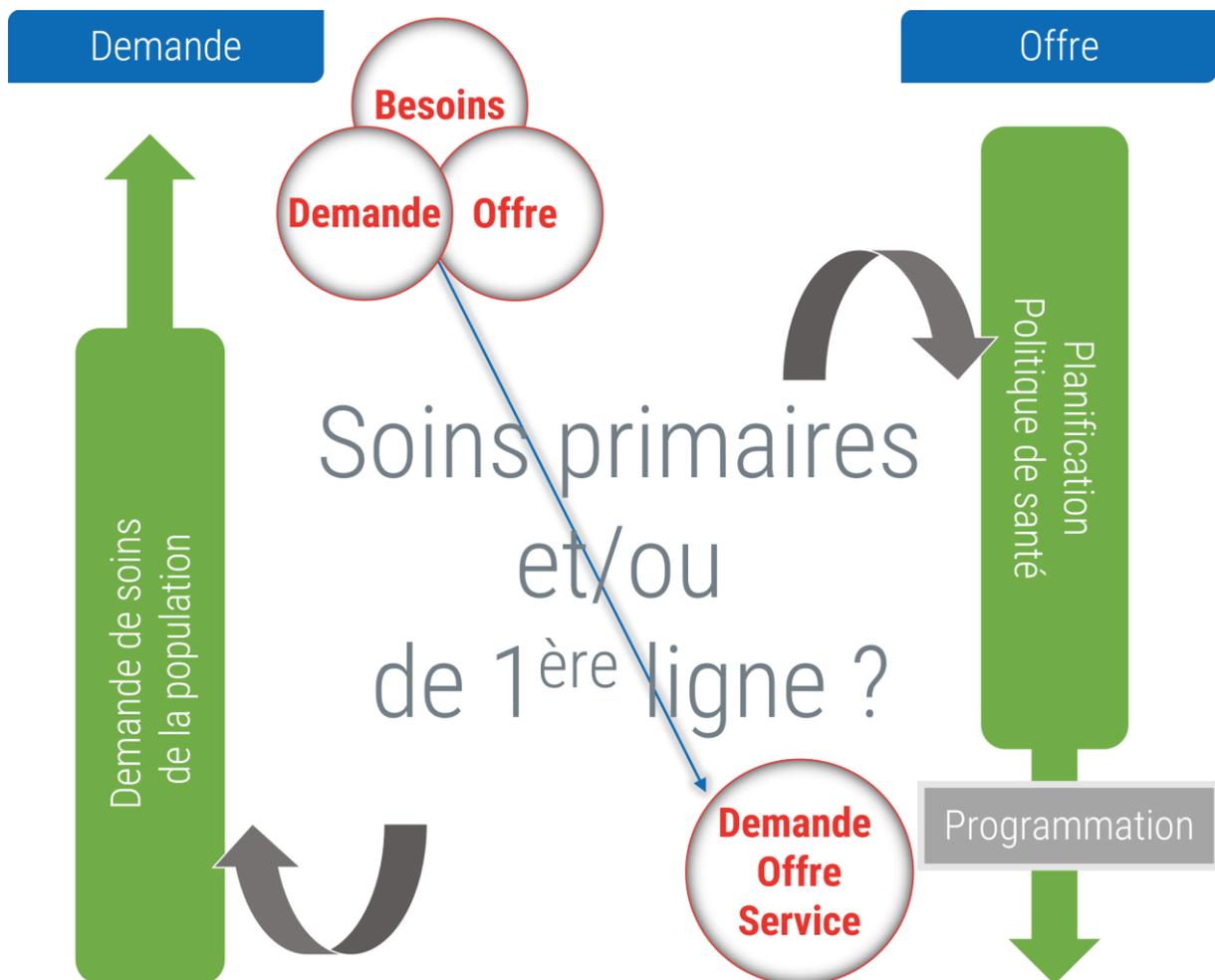


Figure 7 : Approche offre-demande-service, d'après Michel Roland



## 6.1. Emergence des associations de 1<sup>ère</sup> ligne centrées sur une forme d'offre, un secteur ou une thématique spécifique

Après l'intégration de la santé communautaire, une **DEUXIÈME ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DES SOINS** ↗ est liée à l'histoire du social-santé ambulatoire en Belgique, en particulier à Bruxelles. Ce domaine s'est en effet constitué dans les années 70-80 sur des bases militantes de rupture idéologique contre un ensemble de valeurs sociétales dominantes à ce moment. Les luttes, car il s'est vraiment agi de luttes parfois, ont abouti à la formalisation et la création d'associations engagées, regroupées en quelques secteurs polarisés : les maisons médicales (par rapport à l'hypertechnologie, l'hospitalocentrisme et la médecine libérale), les plannings familiaux (par rapport à la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, dans le cadre des mouvements féministes), la santé mentale (par rapport à l'hygiène mentale et à la volonté de promotion de la sectorisation et de certains aspects de l'antipsychiatrie), les centres pour patients usagers de produits (par rapport aux politiques de criminalisation des toxicomanes et au refus de leur prise en charge thérapeutique)...

Une vingtaine d'années plus tard, ces diverses associations ont été reconnues via des agréments par les autorités publiques, de même que leurs piliers fédératifs, cette légitimité officielle rendant difficile une éventuelle évolution structurelle. Et pourtant, malgré les complémentarités et les collaborations sur le terrain, des manques et des redondances existent, rendant le trajet des usagers parfois fort complexe, entraînant pertes de ressources et d'énergie, et rivalités dans l'attribution des budgets disponibles. D'où la proposition (très minoritaire) au Conseil consultatif de la COCOF en 2005 d'une "Proposition 'martyr'

pour une restructuration de la 1<sup>ère</sup> ligne à Bruxelles" envisageant le regroupement fonctionnel d'associations de première ligne avec des maisons médicales du premier niveau sous forme de "Centres de santé globaux" (Lejeune, Roland, et Zombek 2005), idée concrétisée actuellement sous la forme des CSSI "Centres social-santé intégrés" qui poursuivent la même visée d'optimisation de la première ligne et du premier niveau sous forme d'expériences pilotes à évaluer : économies d'échelle, réponses plus complètes aux besoins et aux demandes des usagers, profilage plus fin des services proposés, initiatives nouvelles et nouveaux projets, insertion communautaire forte...

## 6.2. Emergence du "bas-seuil" : la ligne 0,5, centrée sur le public spécifique des plus vulnérables

**TROISIÈME ÉVOLUTION** ↗ à peu près à la même époque : les associations sont confrontées aux mêmes difficultés structurelles, chacune dans son pilier, en raison de la progression de la diversification ethnoculturelle en Région bruxelloise, de l'augmentation inquiétante des inégalités sociales (donc de santé) et de la pauvreté, de la concentration des migrants sans-papier et des populations invisibles, des relations difficiles avec eux notamment en raison de leur non-accès acquis aux soins, des attitudes parfois stigmatisantes et répressives des autorités publiques... De plus, ces associations souffrent de pénurie de ressources logistiques et humaines, ces dernières par manque de médecins, d'infirmiers, de travailleurs sociaux, de psychologues, faute de financement ou d'engagement dans ces professions difficiles ou par non-reconnaissance de nouvelles spécialités professionnelles comme les accompagnateurs...

Selon une recherche récente, les travailleurs qui se reconnaissent dans la "ligne 0,5" identifient une ou plusieurs des caractéristiques suivantes chez leurs



publics : "cumul de vulnérabilités, insécurité, mode de structuration, faible réseau social, comorbidités, invisibilité/hors des radars, stigmatisation, violences institutionnelle(s) subie(s), difficultés d'accès, peu/absence de projection, non demande" (Di Biagi et al. 2022).

Pour ne pas laisser ces personnes vulnérables, toujours plus nombreuses, sur le bord du chemin et leur permettre d'accéder aux services de soins et d'aide, quelques associations **ont développé des approches et des compétences spécifiques, ainsi que des méthodes d'intervention adaptées à l'accueil de ce public**. S'assurant du "bas-seuil", celles-ci ont pris par la force des choses et au prix d'un immense volontarisme la place prépondérante qu'elles n'auraient jamais dû avoir mais néanmoins rendue indispensable. Et c'est à ce moment qu'est sortie la dénomination "**ligne 0.5**", ligne dans la mesure où elle correspond au premier recours de ces usagers. Il s'agit d'un dernier filet de sécurité, palliatif des autres, à visée transitoire mais fondamental et même crucial en cette période, et qui donc s'inscrit quand même dans la durée.

Le Plan Santé bruxellois définit précisément de cette manière la ligne 0.5 : *"Dans le cadre de l'accessibilité des soins de santé, une vigilance accrue s'impose pour certains groupes plus vulnérables qui sont les premières victimes des inégalités en santé et qui sont exclus des systèmes classiques de soins.*

*Les publics les plus fragiles (sans-abris, relevant de la défense sociale, ou de l'aide médicale urgente, toxicomanie...), parmi les plus prioritaires, sont les sans-abris et les publics ayant des pratiques à risque, notamment les travailleurs du sexe et les toxicomanes.*

*Leur difficulté d'accès aux soins s'explique par plusieurs facteurs : la perte de couverture sociale, la découverte ou la mauvaise compréhension du système de soins, l'inadéquation de l'offre ou le manque*

*de moyens. Ces publics ne sont aujourd'hui pas, ou mal, pris en charge par la première ligne de soins 'classique'. Il est donc proposé que le développement futur de l'offre de soins de première ligne intègre une ligne de soins intermédiaire que l'on appelle 'ligne 0.5'" (Commission Communautaire Commune 2018, 27).*

L'Ordonnance relative à la première ligne de soins du 4 avril 2019 et l'Accord de Gouvernement Bruxellois 2019-2024 vont dans le même sens en y ajoutant les dimensions fondamentales de couverture universelle proportionnée et de santé publique. Tous ces éléments sont exposés dans la note<sup>5</sup> envoyée au Cabinet pour soutenir la mise sur pied d'une plateforme 0.5, à partir de la coordination existante, en insistant sur toutes les collaborations possibles avec les structures déjà actives dans ce domaine (Brusano, Bruss'Help...).

Conceptuellement, la ligne 0.5 est accolée au niveau 0 (santé communautaire) qu'elle veut (re)capaciter dans un mouvement d'empowerment et de solidarité, et au niveau 1 qu'elle veut interpeller et remettre à sa place formalisée de première ligne et de premier niveau. Cette ligne en voie de formalisation est plurielle et regroupe, tout en restant perméable, des structures telles que celles qui constituent actuellement la plateforme 0.5, en cours de constitution :

1. les services de soins primaires (niveau 1 pour l'offre),
2. les services de 2<sup>e</sup> niveau (pour l'offre) mais de fait en 1<sup>ère</sup> ligne (pour la demande), comme certaines associations social-santé ambulatoires et certains services hospitaliers,
3. les CPAS et les coordinations sociales,
4. les organisations d'usagers,
5. les services spécifiques constitués structurellement bas seuil-0.5 (prostitution, migrants, toxicomanies, précarité, santé mentale, femmes, prison, sans-abrisme...).

<sup>5</sup> Note au cabinet : Vers une plateforme 0.5 à Bruxelles. Coordination 0.5, mars 2020



Les dimensions de recherche action et de recherche opérationnelle sont inhérentes à ce type de projet, possiblement portées par des structures de terrain, académiques ou mixtes telle la Chaire santé-précarité.

Même si donc la vocation de la ligne 0.5 est sa non-pérennité, elle a acquis, en cette période, une identité réelle, traduisant le fait que ses fonctions ne sont à ce jour pas suffisamment assumées par le niveau primaire comme il se devrait.

### 6.3. Emergence des structures d'appui : le niveau 1,5

**QUATRIÈME ÉVOLUTION ↗**, un dernier type de structures est apparu progressivement dans la foulée : celles qui soutiennent le niveau primaires de l'offre (soins de santé primaires) pour l'aider dans la réalisation de ses objectifs et de ses missions : apport d'outils, partage d'expertise, méthodes innovantes, renforcement de capacité, co-consultations, travail en réseau, nouveaux métiers... Entrent dans cette catégorie par ex. le RAT Réseau d'aide aux toxicomanes (support des médecins généralistes dans leurs prises en charge), le Smes (par rapport aux patients précaires double diagnostic addiction-santé mentale), Brusano, les services d'appui en matière de soins palliatifs comme les équipes d'accompagnement multidisciplinaire de 2<sup>ème</sup> ligne, certains services hospitaliers... Il s'agit ici d'un autre niveau intermédiaire, mais cette fois entre les niveaux primaire et secondaire, désigné pour cette raison 1.5, et dont relève également la ligne 0.5 par certains de ses aspects de support dans le but de réaffilier ses usagers dans l'espace citoyen et de les réintégrer effectivement dans les soins primaires.

### 6.4. Association de 1<sup>ère</sup> ligne et bas seuil : des services dédiés à des problématiques ou publics spécifiques

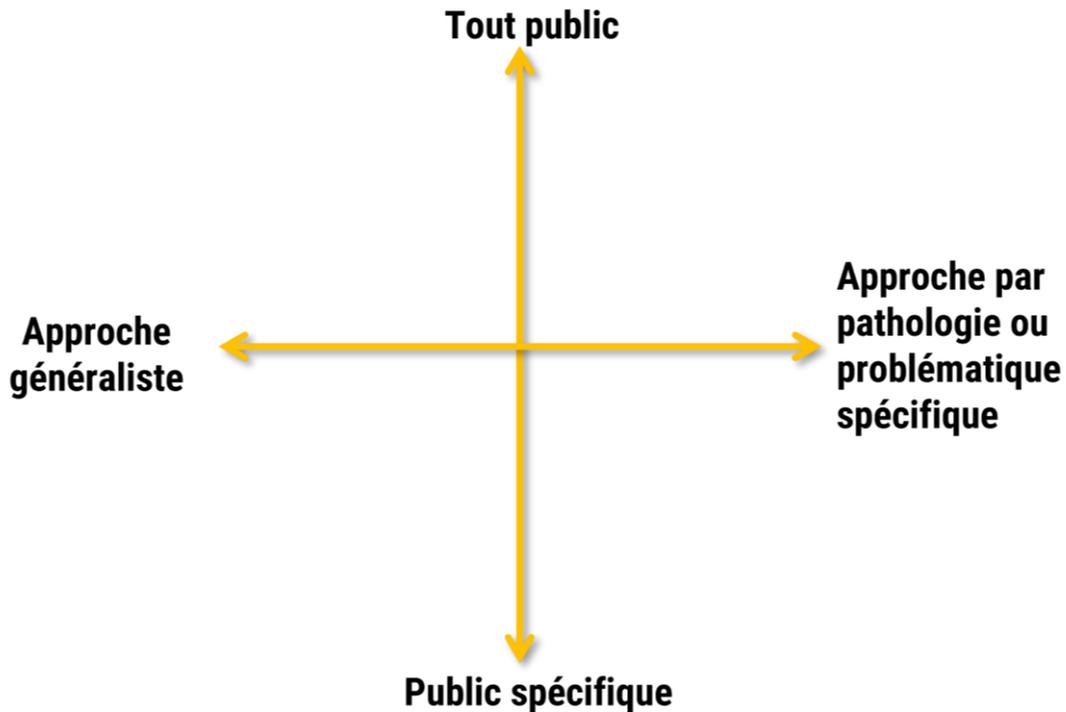
On observe donc que les structures, services, projets ou dispositifs décrits ci-dessus partagent plusieurs caractéristiques communes :

- Ils sont "dédiés" soit à un **public spécifique** quelles que soient les problématiques, soit à une **problématique spécifique**, quel que soit le public ; ils peuvent éventuellement restreindre leur cible en combinant ces deux critères ;
- Ils proposent une approche globale centrée sur le patient, concrétisée par un travail en **équipe multidisciplinaire**. L'ambition est ici pour les uns de "défocaliser" l'accompagnement de la problématique spécifique, ce qui revient à adjoindre des compétences spécialisées dans un suivi d'abord généraliste, et pour les autres d'augmenter les chances de succès du suivi d'une pathologie ou d'une problématique spécifique en traitant les problèmes connexes, ce qui revient à adjoindre des compétences généralistes dans une prise en charge d'abord spécialisée ;
- Ils peuvent **constituer de fait pour certains patients une porte d'entrée dans le système** de soins (*first contact*), quoiqu'ils aient initialement différentes logiques d'accessibilité (*outreaching*, premier niveau ou 2<sup>ème</sup> niveau).



Comme le montre le graphique ci-dessous, les publics spécifiques peuvent l'être selon l'âge ou le statut, mais également par la problématique non médicale qu'ils rencontrent : le fait d'être aidant-proche, la vulnérabilité socio-économique, éventuellement spécifiée davantage (logement, défense sociale, prostitution, situation de migration...).

L'approche par pathologie ou problématique spécifique recouvre les services centrés sur des problématiques telles que les troubles de la santé mentale, les assuétudes, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, le VIH, l'obésité, les soins palliatifs...



**Figure 8 : Distribution des services par publics et par problématiques**

\*\*\*

L'évolution historique de l'organisation des soins et de l'aide à Bruxelles a donc conduit à la conceptualisation d'une nouvelle ligne et d'un nouveau niveau de soins. La nouvelle ligne – la ligne 0,5, se place en deçà de la première, c'est-à-dire avec un degré d'accessibilité étendu jusqu'à aller parfois à la rencontre des

publics (*outreaching*). Le nouveau niveau consiste en un appui aux professionnels de première ligne pour renforcer leur capacité à accueillir les publics les plus vulnérables.

Différentes formes d'organisation des services se dessinent donc de fait, qui permettent de construire une accessibilité renforcée pour les personnes vulnérables.



# PARTIE 7 | Les multiples formes d'une organisation des soins adaptée aux personnes vulnérables

## 7.1. La multidisciplinarité

Comme l'explique Mathieu De Backer, directeur du Smes: "*Le public cumule des difficultés – montée des inégalités, restriction à certains droits, difficulté d'accès au logement... - et les professionnels confrontés à cette multitude de difficultés doivent faire tous les métiers à la fois : assistant social, psychologue, médecin... Or, nous avons des réponses dans nos secteurs qui sont monofonctionnelles, monothématiques, très spécialisées*" (Devlésaver 2018, 37). Quand les besoins des patients deviennent complexes, combinant plusieurs pathologies ou problèmes de santé avec des vulnérabilités sociales et/ou psychologiques, naît alors un besoin de multidisciplinarité chez les professionnels qui tentent d'accompagner ces situations.

La multidisciplinarité peut être mise en œuvre de différentes manières, en assurant aux patients qu'ils aient accès à des professionnels de métiers différents. Cela peut être favorisé en réunissant une variété de professionnels sous un même toit, ou encore en garantissant des orientations et une communication entre des professionnels qui accompagnent un même patient. La multidisciplinarité ne garantit pas la coordination et la concertation mais les facilite.

## 7.2. Services intégrés sous le même toit : le modèle du "guichet unique"

Bruxelles compte plusieurs exemples d'équipes multidisciplinaires réunies sous un même toit.

### Les centres de santé primaires

Anticipant la Déclaration d'Alma Ata, et en ayant été en partie l'inspiration au travers de nombre d'auteurs rattachés à l'IMT d'Anvers (centre de référence OMS), le GERM (Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine) a publié quelques années plus tôt un livre qui a fait autorité : "Pour une politique de santé" (GERM 1971). Celui-ci décrit avec précision les missions et les fonctions de la structure dédiée à la dispensation des soins primaires : le centre de santé intégré. Il s'agit d'une structure universelle, un modèle (pas un moule) à adapter en fonction du contexte : pays du Nord ou du Sud, milieu rural ou urbain, populations riches ou pauvres... Selon les situations, on l'appelle maison médicale (Belgique, Guinée, Vietnam), poste de santé primaire, centre de santé de base (Tunisie), CLSC centre local de santé communautaire (Québec), centre de santé (Congo)...

Le centre de santé est pluridisciplinaire et redevable de la santé d'une population déterminée (par le territoire le plus fréquemment, par son inscription...) selon des conditions bien précisées. Parmi celles-ci :

- Globalité : prise en compte de tous les déterminants de la santé,



somatiques, mais aussi sociaux, psychologiques, culturels...

- Intégration : soins préventifs, curatifs, de réhabilitation, santé communautaire... dans la même pratique.
- Continuité : les décisions au bon moment, au bon endroit, pendant et entre les problèmes de santé, et dans la durée.
- Accessibilité : géographique, financière, culturelle...
- Aucune sélection de population : d'âge (de la naissance au grand âge), de genre, de religion, de culture, d'organe, de maladie, de lieu (dans le centre et au domicile), de temps (24/24, 7/7)...

### Les centres de référence hospitaliers

Un autre exemple est celui d'équipes multidisciplinaires constituées autour d'un problème de santé. C'est le cas de certains centres de référence hospitaliers comme les centres de référence pour le VIH/sida, dont les publics sont particulièrement vulnérables, du fait de leur état immunitaire mais souvent également de par leur situation sociale. D'abord financés pour la prise en charge médicale, les centres de références pour le VIH ont progressivement obtenu des financements pour des postes de disciplines connexes, telles que l'assistance sociale, la psychologie, la diététique. A Bruxelles, les consultations sont parfois réunies en un seul lieu – comme au CETIM à Saint-Pierre – ou sont dispersées au sein même de l'hôpital, comme c'est le cas à l'Hôpital Erasme.

<sup>6</sup> Dès 1993, la Maison médicale Santé Plurielle (St Gilles) a intégré des spécialistes dans son équipe en fonction du profil épidémiologique de sa population : deux pédiatres et deux gynécologues temps partiel travaillant sur référence (vu la fréquence et l'importance de la morbidité de l'enfant et de la femme), deux dentistes (vu la précarité relative des patients et ses répercussions sur leur santé dentaire), une logopède (vu le grand nombre de problèmes de

## 7.3. Présence de spécialistes dans des structures de soins primaires et inversement

Cinquième évolution : la présence éventuelle de spécialistes dans les structures de soins primaires, fonctionnant de préférence sur référence, les visites systématiques des dispensateurs de soins du premier niveau à leurs patients hospitalisés, les collaborations systématisées entre les niveaux<sup>6</sup>... ; il ne s'agit pas de fusion des niveaux de soins, mais d'une augmentation de leur porosité et de leurs synergies dans un souci d'efficacité et de qualité des soins, particulièrement nécessaire au vu de la transition épidémiologique et de l'importance croissante des maladies chroniques non transmissibles. L'échelonnement reste toujours un concept pertinent en matière d'organisation des soins et de leurs trajets, mais il ne doit pas empêcher les passages et la perméabilité des différents niveaux et des différentes lignes. Ces trajets de prises en charge bidirectionnels, poreux et cohérents sont à la base du concept relativement nouveau de soins intégrés (dans la nouvelle acception du terme intégration par rapport à Alma Ata, cf. *infra*) (De Ridder 2000; Belche 2016). Depuis les années 90, des expériences pilotes ont été mises sur pied, avec un soutien financier limité dans le temps du Fédéral, pour l'intégration et le développement de la qualité des soins à un échelon local. Ces montages, alors appelés SyLoS (Systèmes Locaux de Santé) rassemblent des professionnels de multiples disciplines issus de l'ambulatoire et de l'hôpital de référence (médecins, infirmières, chirurgiens, urgentistes, travailleurs psycho-sociaux, administratifs, gestionnaires...) qui se réunissent

développement chez les enfants), un médecin expert (vu les fréquents obstacles à l'accès de nombreux patients au statut d'invalidité, de handicap, de maladie professionnelle ou d'accident de travail) ; tous les patients référés aux deux hôpitaux locaux (Molière et St Pierre) disposaient d'un document de liaison, et tous les patients hospitalisés y étaient visités au moins chaque semaine par quelqu'un de l'équipe.



régulièrement pour analyser de manière ouverte des éléments jugés critiques dans l'objectif d'y trouver et de mettre en place des solutions transdisciplinaires et transdisciplinaires (Unger et al. 2000)<sup>7</sup>.

## 7.4. Appui aux professionnels du niveau primaire pour l'accueil de publics vulnérables

Nous avons vu précédemment que certains services dédiés proposent un appui aux professionnels qui se trouvent au niveau primaire (cf. point 6.3). Cet appui constitue également un moyen d'adapter l'offre de soins et d'aide à l'accueil de publics vulnérables.

## 7.5. Une fonction inclusive : un ensemble de pratiques

Le fait que des services de différents niveaux et de différentes lignes soient confrontés à la problématique de l'accueil de publics vulnérables conduit à s'interroger sur l'attention et les pratiques qui assurent une accessibilité élargie adaptée à un public vulnérable, quel que soit le point d'entrée dans le système de soins. On observe en effet que les structures et prestataires qui s'efforcent d'adapter leur offre ont développé un ensemble de pratiques au fil des années et des expériences.

Parmi ces pratiques, on peut distinguer :

- d'une part, celles qui sont mises en place à un niveau organisationnel, c'est-à-dire légitimée et reconnues par le système de soins ou la structure de soins dans laquelle elles sont mises en œuvre,
- d'autre part, celles qui sont mises en œuvre de manière individuelle, par les

professionnels, pour étendre l'accès aux soins autant qu'ils le peuvent, avec la marge de manœuvre dont ils disposent.

Il importe de reconnaître ces pratiques. On peut citer, de manière non exhaustive et sans que ces pratiques soient exclusives :

- Des **horaires** d'accès étendus,
- Des plages de consultation ou de rencontre **sans rendez-vous**,
- Des **temps de consultation** allongés, "afin de pouvoir prendre en charge les personnes précaires et notamment la souffrance psychique qui y est souvent associée" (De Pauw 2017, 151)
- Des **tarifs** les plus bas possibles, ce qui implique souvent un soutien pour l'accès aux droits sociaux,
- Des pratiques d'**outreaching**, consistant à aller à la rencontre de publics éloignés des soins (comme les soins délivrés en rue), ainsi que des services d'accompagnement mobiles tels que celui développé au sein du Réseau d'Accompagnateurs Psycho-sociaux (Smes) ;
- Des pratiques qui permettent "la rétention dans les soins", c'est-à-dire des **débordements** par rapport aux frontières professionnelles habituelles instaurés dans le but de gagner la confiance du patient et de l'encourager à poursuivre son parcours de soins. C'est le cas par exemple quand un spécialiste hospitalier délivre une prescription médicamenteuse à un patient qu'il connaît pour une autre pathologie que celle pour laquelle il a été consulté. Il évite ainsi une consultation (et les frais liés) à son patient. C'est le cas encore par exemple quand des professionnels de soins à domicile aident leurs patients à constituer un dossier pour une demande de reconnaissance de handicap,
- La présence de professionnels de **multiples disciplines** ou l'aménagement de liens renforcés entre eux, afin de faciliter la coordination de situations

<sup>7</sup> Ces systèmes ne sont plus en fonctionnement à Bruxelles.



santé/social intriquées et de faciliter les transferts de confiance, pour un public parfois sujet à l'échappement (c'est-à-dire qui ne maintient pas son suivi et peut avoir tendance à sortir des circuits de soins),

- **Des dispositifs de liaison** qui permettent au professionnel qui jouit de la confiance d'un patient de recevoir l'appui d'autres professionnels pour accompagner ce patient. Si c'est bien lui qui se trouve être en contact avec le patient, il bénéficie "en coulisse" de l'aide et de l'expertise de ses collègues/confrères sur les aspects qu'il maîtrise moins.
- ...

Ensemble, ces pratiques assurent une fonction d'accessibilité élargie. Qu'est-ce qu'une fonction ?

Ce vocable renvoie à une série de concepts différents, au sein de plusieurs domaines (chimie, mathématiques, informatique, linguistique...). Ils ont trait tour à tour à une charge professionnelle, un rôle, ou à une catégorie d'action orientée vers une fin, un ensemble de pratiques tournées vers un but, au sein d'un système.

Suivant le sociologue Robert Merton, (appartenant à l'école dite "fonctionnaliste"), on peut souligner qu'en

mathématiques, le mot "fonction" désigne "une variable étudiée en relation avec une ou plusieurs autres variables en fonction desquelles on peut l'exprimer ou dont sa propre valeur dépend" (Merton 1965, 68).

L'auteur rappelle ensuite que "issu en partie de son sens mathématique originel, il est souvent utilisé par les sciences biologiques ou le terme fonction se rapporte aux 'processus vitaux ou organiques, dans la mesure où ils contribuent au maintien de l'organisme'" (Ibid. p. 68). Le mot fait donc référence à l'interdépendance qui existe entre différentes composantes d'un système, ce qui est cohérent avec une approche des soins et de l'accompagnement comme système et avec la perspective des soins intégrés (cf. infra).

Les méthodes, approches et compétences – l'expertise en somme - que les **services qui se reconnaissent dans la ligne 0,5 ont développés afin d'accueillir les publics les plus vulnérables et de leur garantir un accès aux droits et aux services de soins, d'aide et d'accompagnement, sont potentiellement reproductibles, transposables et adaptables**, pour alimenter les pratiques d'une "fonction 0,5" ou "**fonction inclusive**", présente quel que soit le niveau, la ligne, le métier ou le secteur.



## PARTIE 8 | Schématisation du système

La base conceptuelle complète du système de santé peut donc se schématiser de la manière suivante :

### Le système de santé

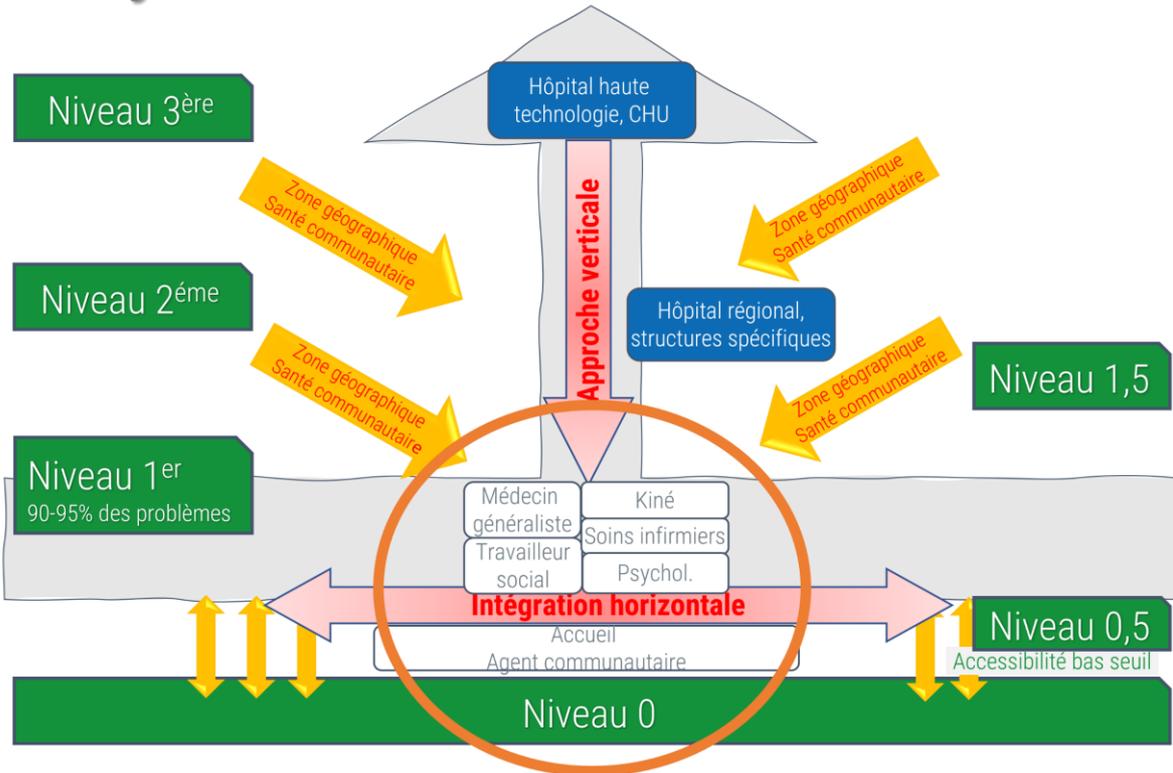


Figure 9 : Base conceptuelle du système de santé

En matière d'acceptabilité, les patients préfèrent les systèmes de santé qui mettent la priorité sur les soins primaires (Sánchez-Piedra et al. 2014). Mais cette mise en priorité a aussi des impacts positifs sur l'efficacité et l'efficience globale du système (Macinko, Starfield, et Shi 2003; World Health Organization, Regional Office for Europe 2018). Le coût total, toutes procédures confondues des trois niveaux classiques de soins, est donc estimé moindre, et, en outre, utilisé pour de meilleurs résultats en matière d'indicateurs de santé individuelle et publique. Il semble donc important de dégager le plus vite

possible les moyens nécessaires pour mettre concrètement cette stratégie en œuvre : depuis l'échelon individuel (garantir aucune perte de revenus aux soignants qui participent aux SyLoS par exemple) jusqu'à l'échelon législatif (valider un multi-agrément pour les centres social-santé intégrés qui acceptent un rapprochement structurel de leurs différents composants par ex.).

Le schéma ci-dessous propose également une synthèse des définitions présentées, où l'on retrouve les niveaux, lignes et fonctions mentionnés.

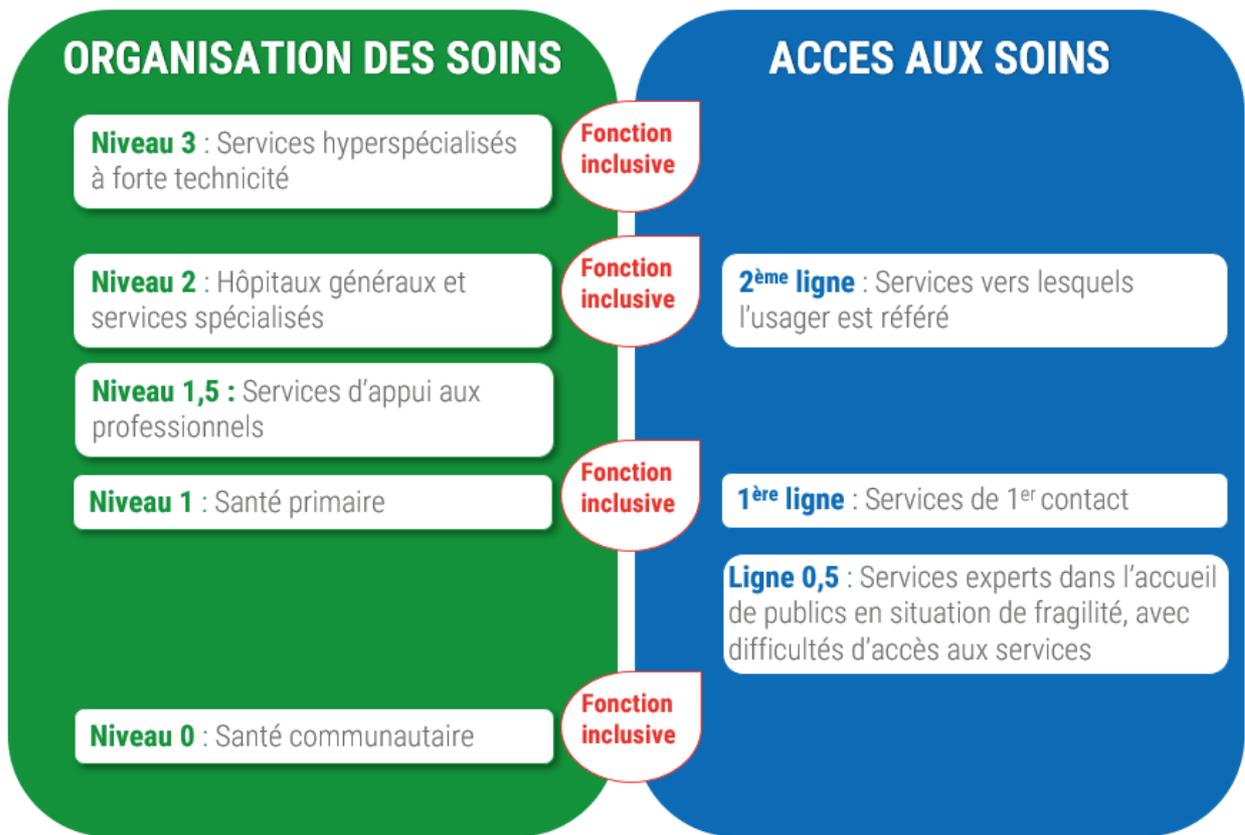


Figure 10 : Niveaux, lignes et fonctions dans l'offre de soins et d'aide.



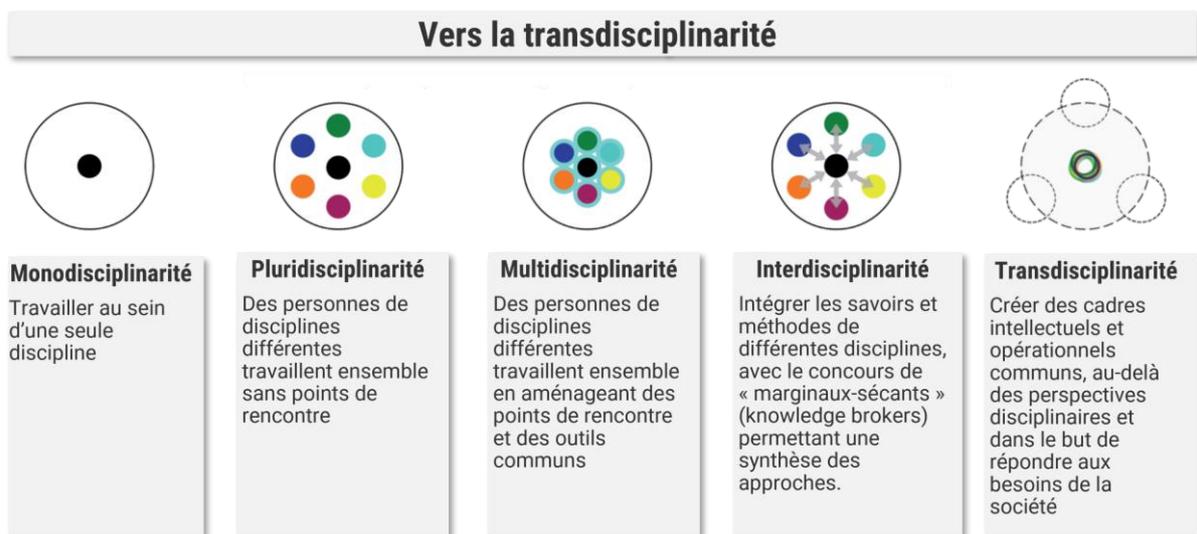
## PARTIE 9 | Approches complémentaires

### 9.1. La transdisciplinarité

Sixième évolution en lien direct avec la précédente mais selon une dimension théorique : la reconnaissance de l'intérêt de la transdisciplinarité dans le sens initial de ce signifié : une épistémologie de la connaissance qui veut prendre en compte l'ensemble des approches et des éclairages pour tenter d'amener l'émergence d'une métaconnaissance, qui franchit les lignes, qui dépasse leur simple juxtaposition, qui tend à les fondre dans un étage différent sinon supérieur ; le préfixe "trans-" donne le sens de passer d'ici à là, de passer au travers, de passer outre, d'être au-delà, alors que "pluri-", "multi-" ou "poly-" n'évoquent que le pluriel, la juxtaposition, le nombre, et que "inter-" s'il évoque bien la relation mutuelle, signifie aussi l'espace clivant, la séparation et même l'obstacle ; la

transdisciplinarité est donc bien la posture scientifique et intellectuelle, sinon opérationnelle, qui se situe à la fois entre, à travers et au-delà des disciplines dans un processus d'intégration dynamique : la médecine du corps mais aussi celle de l'esprit et du social, l'anthropologie, la sociologie, la politique, l'économie... toutes approches nécessairement fondues (pas confondues) pour cerner un tant soit peu la complexité des phénomènes.

Là où la multidisciplinarité ne garantit pas la coordination dans l'accompagnement du patient, la transdisciplinarité invite au contraire à construire des structures conceptuelles et des cadres d'action communs, intégrés. Elle implique véritablement un travail collectif dans la conception de l'organisation des soins comme dans le suivi des situations individuelles.



**Figure 11 : Vers la transdisciplinarité**  
(inspiré de : <https://conference.eresearch.edu.au/wp-content/uploads/2017/07/Lesley-Wyborn.pdf>)



## 9.2. Les soins intégrés

On comprend avec la définition de la transdisciplinarité qu'il s'agit d'intégrer des perspectives disciplinaires et de créer des cadres d'action communs, utilisés par tous, pour pouvoir accompagner ensemble quel que soit le métier ou le secteur, des situations de vulnérabilité sanitaire et sociale. Une organisation des soins intégrée est particulièrement indiquée pour suivre des situations complexes, c'est-à-dire à la fois instables, imprévisibles et intenses, où un enchevêtrement de causes provoquent des effets incertains et pour lesquelles les solutions sont non garanties. C'est pourquoi il importe de les coconstruire et de sans cesse se nourrir de l'expérience et de l'observation à la fois d'éventuels schémas récurrents (par exemple des combinaisons de vulnérabilités sociales avec des pathologies, appelées *syndemics* (Singer et al. 2017)), mais aussi des effets des solutions et changements apportés (sciences de l'implémentation). Ainsi parée, l'approche de soins intégrés peut faire face au plus complexe comme au plus simple.

“ *Des services de soins intégrés sont des services gérés et dispensés d'une manière qui garantit aux personnes une continuité depuis la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement et la vie avec la maladie jusqu'à la rééducation et les soins palliatifs, aux différents niveaux et lieux de prise en charge et accompagnement au sein de l'offre de soins, en suivant les besoins des personnes, tout au long de leur vie et dans un dialogue continu avec elles*” (Schrijvers 2017, 25).

Cette approche comprend une multitude de pratiques qui visent principalement à insuffler de la transversalité dans une organisation des soins et de l'aide

largement segmentée en niveaux, lignes, silos, secteurs, disciplines, pathologies, publics-cibles... On conçoit aisément qu'une telle approche puisse convenir pour des personnes en situation de vulnérabilité, dont les parcours entremêlent souvent difficultés d'ordre socio-économiques et problèmes de santé et/ou de santé mentale. Elle vise notamment à faciliter les accès en deux sens : être une porte vers l'accès aux droits pour les personnes qui arrivent par les services de soins, et inversement, être une porte vers les soins, pour les personnes qui accèdent à leurs droits.

Parmi les pratiques de soins intégrés, on peut citer par exemple de manière non exhaustive et sommaire le case management, la concertation multidisciplinaire, l'immersion, le partage des données, différents types de financement, les fonctions de liaison... Autant de pratiques qui semblent plus efficaces quand elles fonctionnent en synergie.

Différentes formes et degrés d'intégration existent, depuis l'intégration horizontale (au sein d'un même niveau de soins ou d'une même ligne, entre plusieurs secteurs) jusqu'à l'intégration verticale (entre différents niveaux). On peut coordonner les services entre différentes structures, entre différentes disciplines. De mêmes règles et politiques peuvent s'appliquer au système de soins et d'aide, mais les services peuvent aller jusqu'à co-construire une mission et partager des valeurs communes (Valentijn et al. 2013). Les degrés varient de fonctions de liaison – via un référent de proximité par exemple -, à celles de coordination – comme le case management ou la concertation multidisciplinaire - jusqu'à la pleine intégration (Leutz 1999).

S'appliquant à un système, les soins intégrés sont orientés vers un triple objectif (*Triple Aim*) : améliorer la santé de la population, améliorer la qualité des soins et de l'aide prodigués aux personnes, réduire les coûts des soins *per capita*. A ce triple objectif est ajouté un quatrième : le bien-être des professionnels de l'aide et des



soins. Cela concerne les démarches curatives et préventives.

Enfin, l'approche des soins intégrés est parfois assortie d'une approche dite "Goal Oriented Care" - centrée sur les objectifs du patient (Boeckxstaens et al. 2020), comme c'est le cas au sein du projet Boost - le projet pilote de soins intégrés à Bruxelles, financé par l'initiative fédérale Chroniccare/Integreo. Une telle perspective invite les professionnels de soins et d'aide à se décentrer momentanément de leurs objectifs disciplinaires professionnels pour comprendre et prendre en compte les objectifs ou besoins du patient tels que ce dernier les exprime. Ce changement temporaire de posture incite à focaliser l'accompagnement sur ce qui motive la personne et donne du sens à sa vie. De cette manière, les dimensions sociales (au sens large) et médicales ne prévalent pas l'une sur l'autre mais se complètent.

### 9.3. L'approche territoriale

L'approche locale ou territoriale des soins et de l'aide poursuit et opérationnalise la transdisciplinarité et les soins intégrés. La notion de territoire est intrinsèque à toute intervention en matière de santé. Elle constitue un des éléments pour assurer au mieux le respect de certains critères de qualité, en particulier la **continuité**. *"La continuité est l'organisation des soins permettant de prendre en charge les besoins du patient depuis le moment où ce besoin est adressé au système de santé jusqu'à sa résolution. Elle comprend trois dimensions : informationnelle, relationnelle et de gestion. Elle est évidemment essentielle pour les soins chroniques mais concerne aussi les soins aigus et la prévention. Elle doit pouvoir répondre aux changements de besoins des patients et notamment dans des situations particulières comme les soins palliatifs"* (INAMI 2018) La continuité comporte un axe personnel lié à la relation duelle soignant-

soigné (ou consultant-consulté, accompagnant-accompagné au sens large) et un élément factuel correspondant au fait de pouvoir trouver les bonnes informations au bon endroit pour prendre les bonnes décisions dans le cadre de l'adhésion commune et partagée à un projet de soins.

Dans les faits, l'élément de proximité est souvent nécessaire pour consulter un médecin généraliste, pour bénéficier de soins infirmiers à domicile, pour trouver une aide sociale, pour faire suivre une grossesse non compliquée, pour s'inscrire dans le cadre d'interventions en santé mentale... La définition territoriale est de plus déjà inscrite dans certaines législations (comme on l'a vu, la compétence des CPAS est communale) ou certains règlements (l'INAMI oblige les maisons médicales au forfait à se définir un territoire géographique). La notion de territoire est étroitement liée à celle de population cible, une autre notion fondamentale en santé publique car elle conditionne la redevabilité envers certaines personnes et permet, via un dénominateur connu, d'élaborer des projets et des actions dimensionnées et de les évaluer<sup>8</sup>. On peut toutefois s'interroger sur la pertinence d'une organisation territoriale pour les personnes nomades ou à forte mobilité résidentielle, nombreuses à Bruxelles, et les aménagements à prévoir pour rencontrer leurs besoins (Hoyez 2015).

Mais pour que la territorialité soit ou devienne opérationnelle et pragmatique, plusieurs facteurs conditionnant doivent être pris en compte : les ressources disponibles dont les ressources humaines, la densité de population, l'étendue des zones géographiques, le découpage administratif, l'échelonnement politique des compétences... en relativisant ces déterminants par pondérations successives. Plus le niveau de soins est bas (sans échelle de valeur bien entendu), plus le territoire doit être petit et précis. C'est ce qui conditionne les pratiques de soins primaires (niveau 1) à un territoire de redevabilité défini et limité (dans l'espace,

<sup>8</sup> Pour approfondir la notion de « responsabilité populationnelle », voir en particulier « Les soins de santé

primaire. Maintenant plus que jamais », pages 58 à 60 (Organisation Mondiale de la Santé 2008).



pas dans le temps), et à l'approche possible de santé communautaire en matière de soins primaires (COPC). Plus le niveau de soins est élevé, plus la population est importante et floue, de même que le périmètre concerné quant à ses limites (Chiara 2016). Cette succession de zones et de populations rencontre la logique développée dans l'importante contribution des enseignants de médecine générale des universités néerlandophones (De Maeseneer et al. 2014), qui échelonne les territoires, les niveaux d'intervention, la délimitation des populations et la redevabilité en 4 niveaux :

1. **nano-** : la relation clinique, le colloque singulier (1/1 ou 1/famille) ;
2. **micro- niveau primaire** : la pratique en tant que structure organisée, le centre de santé communautaire local, 5-10.000 personnes déterminées dans la zone de proximité définie ;
3. **méso- niveau secondaire** : 75-125.000 personnes dans une zone plus vaste, plus floue ;
4. **macro- niveau tertiaire** : 1-10.000.000 personnes.

Plus on monte du niveau généraliste vers le niveau spécialisé, plus les paramètres précis se diluent, avec des recouvrements (mais aussi des manques) plus fréquents. Ce découpage est évidemment schématique, devant s'adapter aux conditions épidémiologiques et fonctionnelles locales, certains centres de santé pouvant en effet rassembler quelques technologies facilement accessibles, organiser sur référence des consultations de spécialistes selon les besoins, assurer certaines plages horaires pour assurer la continuité (soirée, week-end...) en élargissant d'autant leur territoire et leur population cibles.

En ce qui concerne les soins primaires, l'échelle territoriale est celle du quartier (plus d'une centaine à Bruxelles), correspondant au niveau micro. Dans celui-ci doit se trouver selon ses caractéristiques locales, un centre de soins primaires polyvalent ou un réseau formalisé d'intervenants agissant en synergie. Mais

ce niveau primaire est intégré dans un réseau plus large d'opérateurs redevables selon des échelles de territorialité variables, croissantes en fonction de leurs spécificités qui constitue l'intégration des soins. Et ces différents acteurs et/ou structures ont comme mission fondamentale d'organiser entre eux coordination, harmonisation, construction, évaluation de projets thérapeutiques transignes à focus individuel ou collectif, tels "case management", "disease management", trajets de soins, parcours de soins... tout cela avec des ressources humaines, financières et logistiques (NTIC) appropriées, s'appuyant sur toutes les professions connues (soignants, travailleurs sociaux et communautaires, personnel communal, structures publiques et parapubliques...) ou nouvellement reconnues (accompagnateurs psychosociaux, experts du vécu, pairs aidants, médiateurs interculturels...).

Cette structuration intégrée permet en outre de concilier de manière efficace et possiblement harmonieuse l'approche verticale des programmes centrés sur une problématique de santé spécifique avec celle horizontale centrée sur les malades et insérée dans le quotidien clinique du premier niveau (De Maeseneer et al. 2008).

L'exemple fictif d'un patient consommateur peut illustrer cette approche au travers d'un trajet de soins imaginaire. Ce patient ne voit pendant longtemps que ses amis eux-mêmes toxicomanes et sa famille proche (niveau 0). Il finit par se retrouver dans la rue, par rencontrer les travailleurs de rue de Diogenes (niveau 0.5), qui parviennent à lui faire consulter le LAMA (niveau 0.5) et le CPAS (niveau 0.5 dans ce cas). Remis en ordre sur le plan de l'accès aux soins après plusieurs contacts avec le CPAS local (niveau 1), il est référé et inscrit à la maison médicale du quartier (niveau 1), mais continue à être suivi de manière régulière au LAMA (maintenant niveau 2). Son hépatite C lui fait rencontrer le réseau et consulter à St Pierre (niveau 3). N'allant vraiment pas bien, il lui est conseillé de se rendre au nouveau Core Tox, ce qu'il fait parce qu'il sait qu'il s'y trouve une salle de consommation (niveau 3). On aurait pu



imaginer que ce patient évolue bien et ne soit plus suivi que par son généraliste au sein de la maison médicale, celui-ci en intervision par le RAT (niveau 1.5), et par le centre de santé mentale local (niveau 2) parce qu'il a pu accéder à un travail thérapeutique ; par ailleurs, la maison médicale ou le centre de santé mentale a été sollicité pour prêter ses locaux pour des discussions entre patients consommateurs, patients ex-consommateurs et familles (niveau 1, approche COPC). Et on peut évidemment construire différents niveaux de rapprochement de ces multiples structures jusqu'à un seul centre social-santé intégré global, intégrant une école des devoirs, une consultation de l'ONE, des réunions communautaires, un comité consultatif de quartier...

Ces différents niveaux témoignent de la structuration d'un échelonnement fonctionnel souple, sans directions ni aiguillages obligés : l'offre de soins est

effective et planifiée, reconnue et mobile, la zone d'influence et le nombre de patients potentiellement concernés croissant depuis le niveau 1 jusqu'au niveau 3, en augmentant les approches spécifiques et en diminuant la précision des paramètres (zone de couverture, dénominateur populationnel). Parallèlement, du côté de la demande, plusieurs structures ont été, ou pourraient avoir été, en première ligne, même le Core Tox puisque le patient aurait pu décider de s'y rendre spontanément, mais dans le cas proposé, il a assuré une fonction de 3<sup>e</sup> ligne. A voir dans ce cas, si ce Core Tox veut rester cantonné à l'échelon 3 pointu, ou s'il organise simultanément une réelle première ligne de niveau 0.5 (ce qui correspondra probablement à ses choix futurs) et s'il intègre des consultations générales de travailleurs sociaux, de psychologues et de médecins généralistes (niveau 1), de même que des visites régulières du réseau hépatite C (niveau 2).

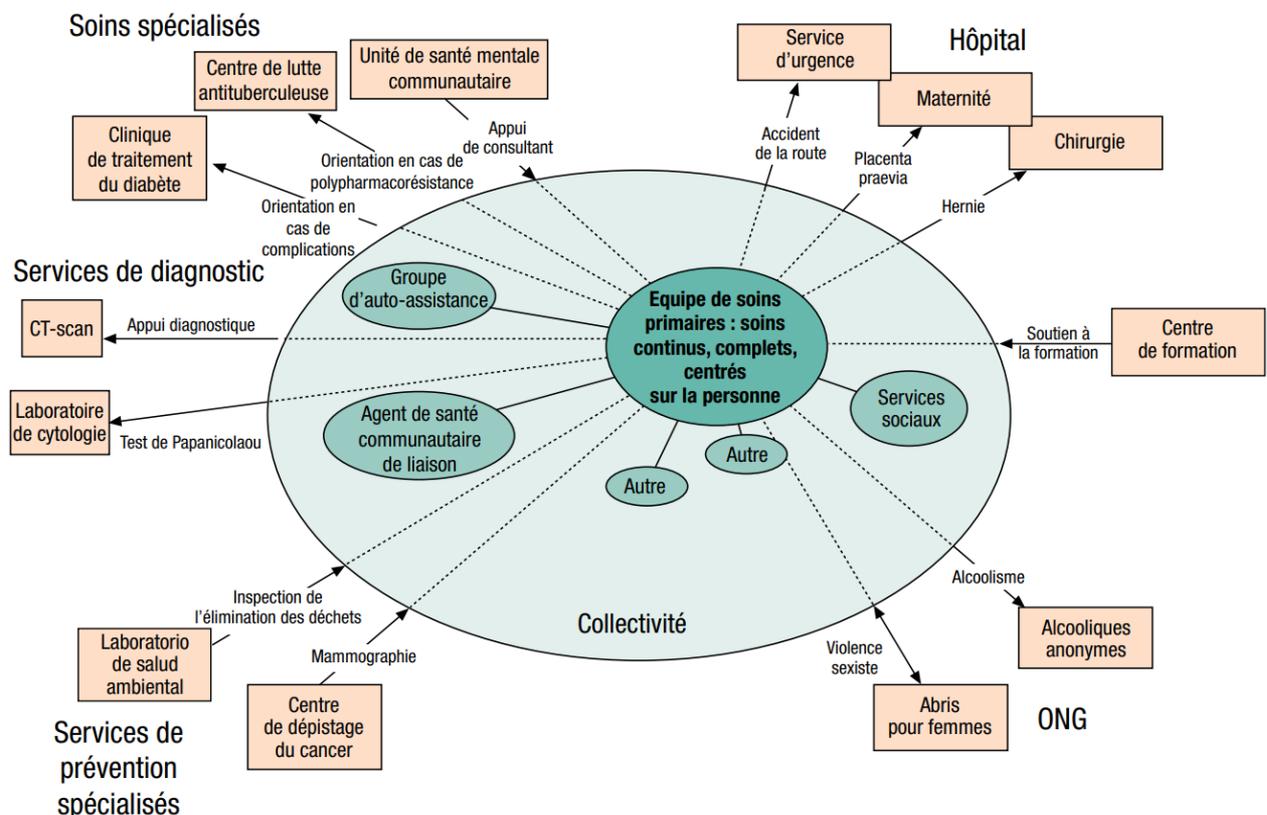


Figure 12 : Les soins primaires en tant que centre de coordination : réseautage au sein de la collectivité desservie et avec des partenaires extérieurs (Organisation Mondiale de la Santé 2008, 61)



## Conclusion

Ce texte n'a d'autre objectif que de mettre à plat l'acceptation de certains des concepts fréquemment utilisés dans nos secteurs pas toujours dans le consensus du signifié. Or celui-ci paraît indispensable pour transmettre nos constats, décrire nos projets, exposer nos revendications, solliciter leur financement... Un langage commun est nécessaire pour cela afin de souligner le fait qu'à la fois nous voulons construire un système d'offres de soins et d'aide cohérent dans le cadre d'une vision politique partagée et que l'accès - la demande - à cet ensemble d'offres nécessite également des moyens spécifiques pour le permettre et l'organiser efficacement, cela de manière pérenne, respectueuse des usagers et des travailleurs.

## Bibliographie

- Ars Collaborandi. 2021. *Panorama du Social et de la Santé à Bruxelles*. Kenniscentrum WWZ. Cahiers du Kenniscentrum WWZ. <https://online.fliphtml5.com/dqdaz/kqpu/#p=75>.
- Bantuelle, Martine, Philippe Mouyart, et Marianne Prévost. 2013. "L'action communautaire en santé. Un outil pour la pratique". Fédération des Maisons Médicales, SACOPAR, Centre Local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPSCT). [file:///C:/Users/MagueloneVIGNES/Downloads/acton\\_sante\\_com\\_outil\\_pour\\_pratique.pdf](file:///C:/Users/MagueloneVIGNES/Downloads/acton_sante_com_outil_pour_pratique.pdf).
- Be.Hive Chaire Interdisciplinaire de la première ligne. 2020. *Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone*. Be.Hive. Bruxelles. [http://www.be-hive.be/documents/livreBlanc/1.Be.Hive\\_LivreBlanc\\_2020.02.18.pdf](http://www.be-hive.be/documents/livreBlanc/1.Be.Hive_LivreBlanc_2020.02.18.pdf).
- Belche, Jean-Luc. 2016. "Intégration entre lignes de soins : d'un patient à une population". Liège: Université de Liège.
- Blanc, Guillaume le. 2006. "Penser la fragilité". *Esprit* Mars/avril (3-4): 249-63. <https://doi.org/10.3917/espri.0603.0249>.
- Boeckxstaens, Pauline, Dagje Boeykens, Jean Macq, et Philippe Vandebroek. 2020. "Goal-Oriented Care. A Shared Language and Co-Creative Practice for Health and Social Care". Fondation Roi Baudouin. <https://en.calameo.com/read/001774295453d7840ba99?authid=9YW9dEB7dn6m>.
- Bourgueil, Yann, Anna Marek, et Julien Mousquès. 2009. "Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande." *Questions d'économie de la santé*, n° 141 (avril): 1-6.
- Châtel, Vivianne, et Marc-Henry Soulet, éd. 2003. *Agir en situation de vulnérabilité*. Collection Sociologie contemporaine. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université Laval.
- Chiara, Magdalena. 2016. "Territoriality and Health Policy: Contributions to Research and Action". *Cidades*, n° 33. <http://journals.openedition.org/cidades/333>.
- Commission Communautaire Commune. 2018. "Plan Santé Bruxellois. Grandir et vivre en bonne santé à Bruxelles". [https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphiques/rapports-externes/plan\\_sante\\_bruxellois\\_def\\_fr.pdf](https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphiques/rapports-externes/plan_sante_bruxellois_def_fr.pdf).
- Connor, E., et F. Mullan. 1983. *Community Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery*. Institute of Medicine (US) Division of Health Care Services. Washington (DC): National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234632/>.
- Dawson, L. 1920. "The Future Provision of Medical and Allied Services: An Interim Report of the Consultative Council for England". *The Lancet* 195 (5048): 1183-87. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)92440-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)92440-1).
- De Maeseneer, Jan, Bert Aertgeerts, Roy Remmen, et Dirk Devroey. 2014. "Together we change. Soins de santé de première ligne: maintenant plus que jamais!" Bruxelles. [https://www.dropbox.com/s/7u4vwwvn91piyts/2014\\_1209\\_TogetherWeChange.pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/7u4vwwvn91piyts/2014_1209_TogetherWeChange.pdf?dl=0).
- De Maeseneer, Jan, Chris van Weel, David Egilman, Khaya Mfenyana, Arthur Kaufman, et Nelson Sewankambo. 2008. "Strengthening Primary Care: Addressing the Disparity between Vertical and Horizontal Investment". *British Journal of General Practice* 58 (546): 3-4. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X263721>.
- De Pauw, Caroline. 2017. *Les médecins généralistes face au défi de la précarité*.



- De Ridder, Henri. 2000. *Au chevet de nos soins de santé. Comment les améliorer sensiblement ?* Bruxelles: Mardaga.
- Delor, François. 1997. *Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontres du risque*. L'Harmattan. Logiques Sociales.
- Delor, François, et Michel Hubert. 2000. "Revisiting the Concept of "Vulnerability"". *Social Science & Medicine* 50 (11): 1557-70. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00465-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00465-7).
- Département de Médecine Générale. 2020. "Les soins primaires". Sorbonne Université. <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/06/Les-soins-primaires.pdf?msckid=7bfabec6cfa711ec9f57bd7d2a1d1f64>.
- Devlésaver, Stéphanie. 2018. "Coopérer, sans être sous le même toit ! Interviews de Mathieu De Backer, coordinateur Réseau et directeur du SMES-B et Muriel Allart, coordinatrice Housing First". *Revue BIS*, n° Réorganiser le social-santé à Bruxelles, 176 (décembre): 36-37.
- Di Biagi, Léa, Quentin Vanderhofstadt, Fabian Defraîne, Jessica Mellier, Ana Bengoetxea, Jennifer Foucart, Pierre D'Ans, et Céline Mahieu. 2022. "L'accueil des plus vulnérables au sein de la fonction 0,5, une fonction d'adaptation ?" Présenté à Colloque Be.Hive. Objectif 2030 : Construisons les Synergies avec la première ligne, Gembloux, avril 28. [https://colloque2022.be-hive.be/presentations/Session6\\_LeaDiBiagi.pdf](https://colloque2022.be-hive.be/presentations/Session6_LeaDiBiagi.pdf).
- Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé, et Francophones Bruxelles. 2021. "Les démarches communautaires en santé en Région de Bruxelles-Capitale : concertation des démarches communautaires en situation de pandémie-synthèse des résultats."
- Flamm, Michael, et Vincent Kaufmann. 2006. "Operationalising the Concept of Motility: A Qualitative Study". *Mobilities* 1 (2): 167-89. <https://doi.org/10.1080/17450100600726563>.
- Galand, Sophie, Veerle Stroobants, Henk Termote, Angela Van de Wiel, Henk Van Hootegem, et Françoise De Boe. 2013. "Protection sociale et pauvreté Contribution au débat et à l'action politiques - Rapport bisannuel 2012-2013". Bruxelles: Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. <https://www.luttepauvrete.be/publication/du-service/rapport-bisannuel/rapport-decembre-2013/>.
- GERM. 1971. "Pour une politique de santé". *La Revue Nouvelle*.
- Goodman, Richard A., Rebecca Bunnell, et Samuel F. Posner. 2014. "What Is "Community Health"? Examining the Meaning of an Evolving Field in Public Health". *Preventive Medicine* 67 (octobre): S58-61. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.028>.
- Hoyez, Anne-Cécile. 2015. "Territoires, mobilités et santé : comment composer et penser une offre de soins pour les populations migrantes en situation précaire ?" *Revue francophone sur la santé et les territoires (online)*, février, 1-13.
- INAMI. 2018. "Recommandations concernant la continuité des soins". [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/maisons\\_medicales\\_recommandations\\_continuite\\_soins.docx](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/maisons_medicales_recommandations_continuite_soins.docx).
- Le Breton, Éric. 2005. *Bouger pour s'en sortir: mobilité quotidienne et intégration sociale*. Sociétales. Mondes sociaux. Paris: A. Colin.
- Lejeune, C, Michel Roland, et S Zombek. 2005. "Proposition-martyr pour une restructuration de la première ligne à Bruxelles : les centres de santé globaux. Conseil consultatif". Cocof.
- Leutz, W. N. 1999. "Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom". *The Milbank Quarterly* 77 (1): 77-110, iv-v.
- Lucas-Gabrielli, Véronique, Aurélie Pierre, Laure Com-Ruelle, et Magali Coldefy. 2016. "Pratiques spatiales d'accès aux soins". 564. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé. <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>.
- Macinko, James, Barbara Starfield, et Leiyu Shi. 2003. "The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998". *Health Services Research* 38 (3): 831-65. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>.
- Merton, Robert. 1965. *Éléments de théorie et de méthode sociologiques*. Plon. Paris.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2020. "Baromètre Social 2020". Bruxelles: Commission communautaire commune.
- Organisation Mondiale de la Santé. 1978. "Déclaration d'Alma-Ata". [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/113882/E93945.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf).
- ———, éd. 2008. *Maintenant plus que jamais: les soins de santé primaires*. Rapport sur la santé dans le monde 2008. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.



- [https://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_fr.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf?ua=1).
- Paperman, Patricia, et Sandra Laugier, éd. 2005. *Le souci des autres: Éthique et politique du care*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.11599>.
  - Parizot, Isabelle. 2003. *Soigner les exclus: identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Le lien social. Paris: Presses universitaires de France.
  - Sánchez-Piedra, Carlos Alberto, Francisco Javier Prado-Galbarro, Sonia García-Pérez, et Antonio Sarría Santamera. 2014. "Factors Associated with Patient Satisfaction with Primary Care in Europe: Results from the EUprimecare Project". *Quality in Primary Care* 22 (3): 147-55.
  - Schrijvers, Guus. 2017. *Integrated Care: Better and Cheaper: With a Selection of More than 100 Good Practices of Integrated Care*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
  - sfmg. s. d. "Fiche n°3. Les soins primaires". sfmg. [http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur\\_fiche/805/fichier\\_fiche3\\_soins\\_primaires51e8e.pdf?msckid=5dd910b9cfa711ec93d7ec968d208c10](http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf?msckid=5dd910b9cfa711ec93d7ec968d208c10).
  - Singer, Merrill, Nicola Bulled, Bayla Ostrach, et Emily Mendenhall. 2017. "Syndemics and the Biosocial Conception of Health". *The Lancet* 389 (10072): 941-50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X).
  - Solar, Orielle, et Alec Irwin. 2007. "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper for the Commission on Social Determinants of Health". Geneva: World Health Organization. [https://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf).
  - Starfield, Barbara. 1994. "Is Primary Care Essential?" *The Lancet* 344 (8930): 1129-33. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3).
  - Unger, Jean-Pierre, Michel Roland, Monique Van Dormael, Jacques Unger, et Jean Van der Vennet. 2000. "Les systèmes locaux de santé, un élément de réponse à la crise du secteur de la santé en Belgique ? Un pré-test à Bruxelles." *Santé Conjuguée*, n° 13: 49-55.
  - Valentijn, Pim P., Sanneke M. Schepman, Wilfrid Opheij, et Marc A. Buijnzeels. 2013. "Understanding Integrated Care: A Comprehensive Conceptual Framework Based on the Integrative Functions of Primary Care". *International Journal of Integrated Care* 13 (mars): e010.
  - Vignes, Maguelone. 2015. "Se soigner dans la ville. Gestion urbaine de la santé et parcours urbains de soins de personnes vivant avec le VIH/sida. Approche comparative des cas de Bruxelles et Rouen." Bruxelles: Université Saint-Louis - Bruxelles / Université de Rouen. <Http://hdl.handle.net/2078.3/157158>. [https://www.dropbox.com/s/waonri79yzn7fm8/2015\\_0123\\_SeSoignerDansLaVille\\_TheseMaguelone.pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/waonri79yzn7fm8/2015_0123_SeSoignerDansLaVille_TheseMaguelone.pdf?dl=0).
  - World Health Organization, Regional Office for Europe. 1986. *Promotion de la santé. Charte d'Ottawa*. World Health Organization. Ottawa. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf).
  - ———. 2018. *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care*. World Health Organization. Astana, Kazakhstan.
  - Zarowsky, Christina, Slim Haddad, et Vinh-Kim Nguyen. 2013. "Au-Delà Des « groupes Vulnérables »: Contextes et Dynamique de La Vulnérabilité". *Global Health Promotion* 20 (1\_suppl): 80-87. <https://doi.org/10.1177/1757975912470060>.

**Rédaction** | Maguelone Vignes (Brusano), Michel Roland (médecin généraliste). Avec les remarques de la "concertation 0,5" organisée par Brusano et les relectures de Jacques Moriau (CBCS), Mathieu De Backer (Smes), David Hercot (Cabinet Maron). Analyse réalisée à partir des différentes activités de Brusano.

Une **ANALYSE** de l'asbl Brusano  
#2022-02

RPM : BE0711.719.484  
ER : Michel De Volder, rue de l'Association 15, 1000 Bruxelles



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE



**+32 2 880 29 80**

**helpdesk@brusano.brussels**

**www.brusano.brussels**