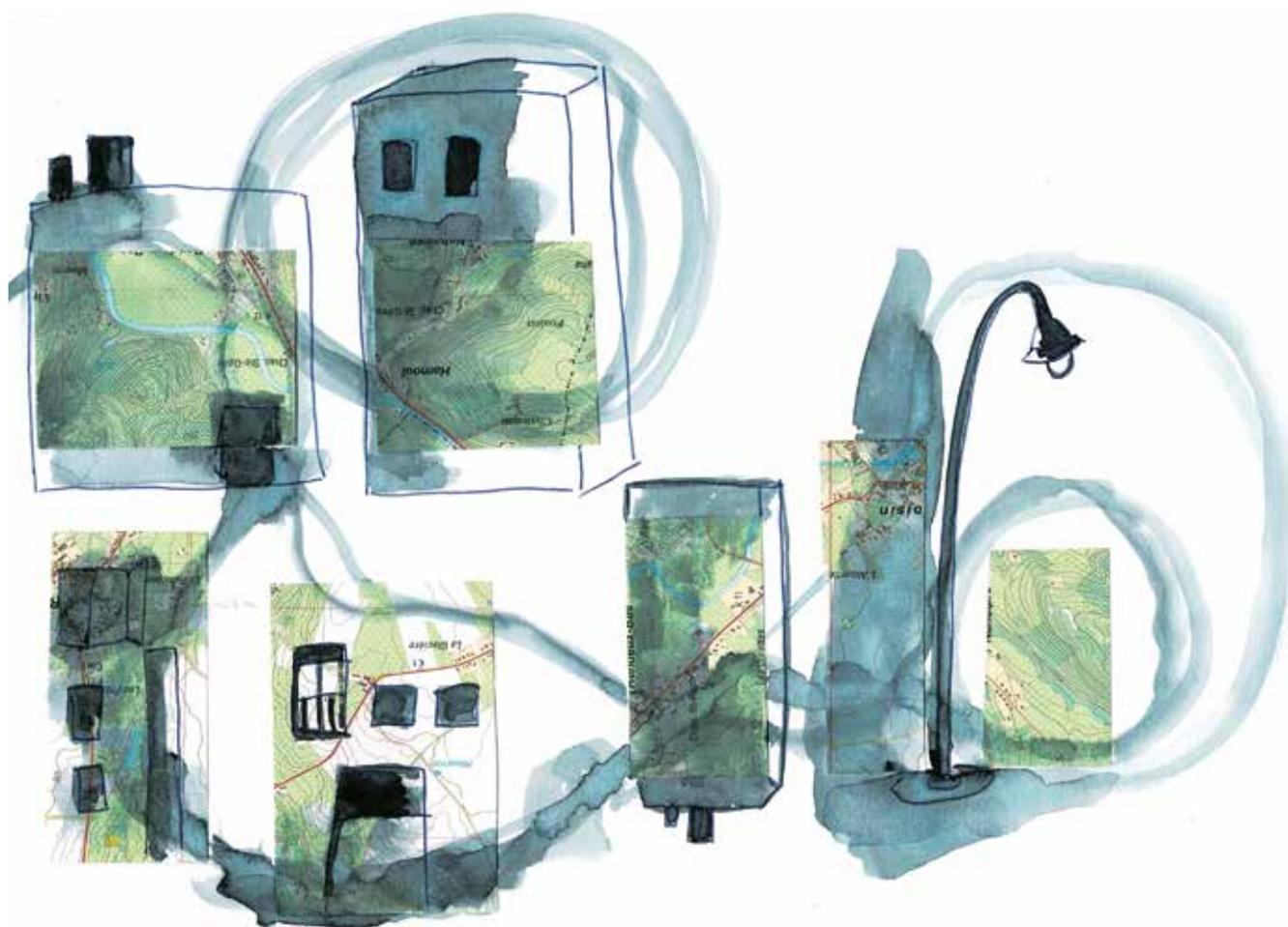




Analyse – Plan Social Santé Intégré

CONSTRUIRE UNE POLITIQUE SOCIAL - SANTÉ EN RÉGION BRUXELLES-CAPITALE ?





Par Jacques Moriau, CBCS asbl,
chargé de recherche,
novembre 2022

« La mise en place d'une organisation territoriale de l'offre social-santé est un instrument puissant, en mesure de contrecarrer les inégalités socio-spatiales criantes qui structurent Bruxelles », affirme le sociologue, J. Moriau. Mais il reste lucide sur le chemin qu'il reste à parcourir. Le passage d'une logique sectorielle à une logique territoriale serait tout sauf évident. Ou comment passer de la théorie à la pratique ? Décryptage du Plan Social Santé Intégré, de ses origines à ses perspectives, en passant par ses limites à dépasser pour initier une réelle transformation de l'offre de première ligne.

OPPORTUNITÉS POLITIQUES

La réorganisation structurelle de l'offre social-santé de première ligne entamée sous cette législature s'inscrit dans une trame plus longue qu'il n'y paraît. Elle n'aurait sans doute pas pu avoir lieu sans la recomposition des équilibres politiques entre les différentes entités fédérées actée par la VI^{ème} réforme de l'Etat. En 2014, cette réforme aboutit à un transfert massif, entre autres, de compétences social-santé (et des budgets équivalents)

du fédéral vers les entités fédérées¹. Partie de la volonté initiale des partis flamands, cette nouvelle répartition des responsabilités initie le dépeçage de la Sécurité sociale – notamment via le transfert des allocations familiales – et **renforce considérablement le rôle des Régions**. A Bruxelles, la plus grande partie des nouvelles compétences tombe dans l'escarcelle de la COCOM, ce qui justifie la création d'un nouvel organe administratif, Iriscare².

L'augmentation du champ de compétences du Collège réuni sur les politiques sociales et de santé ouvre de nouvelles possibilités de pilotage de celles-ci. **En affermissant le fait régional**, notamment par l'octroi de l'autonomie financière sur les nouveaux budgets, **la réforme permet à chaque Région de prendre en main sa propre politique et de la gérer au plus près de ses réalités et de ses problématiques spécifiques**. La décision, suite aux élections de 2019, de réunir dans les mains d'un seul ministre, Alain Maron, les compétences sociales et les compétences santé dépendant à la fois de la COCOM et de la COCOF a concrétisé cette volonté de rassembler les outils pour mener une politique social-santé « qui présente de manière unifiée les solutions (qu'elle entend apporter, quelle que soit l'entité bruxelloise dont elles relèvent³ ».

Concrètement, et selon les recommandations délivrées par le Plan Santé bruxellois rédigé durant la législature précédente, il s'agit « de développer un Plan social-santé bruxellois intégré et commun à toutes les entités compétentes sur le territoire

bruxellois, traduisant une approche territoriale de l'action sociale et de la santé, en donnant aux CPAS un rôle clé dans le déploiement des politiques de lutte contre les inégalités et la pauvreté⁴ ».

LE PLAN SOCIAL SANTÉ INTÉGRÉ, UN NOUVEAU RÉFÉRENTIEL D'ACTION

Le Plan social santé intégré (PSSI⁵) veut répondre à **deux défis majeurs** : la réduction des inégalités entre les Bruxellois.es et l'organisation d'une offre qui garantisse sur le terrain l'accessibilité, la qualité et la continuité de l'aide et des soins. Son ambition est de mieux intégrer les politiques, les ressources et les pratiques, c'est-à-dire de dépasser les clivages paralysants - entre structures politiques ou administratives, entre secteurs, entre cultures professionnelles, ... - pour **produire une vision partagée et des actions de terrain mieux coordonnées sur une base territoriale**. Cela passe par la globalisation des moyens consacrés aux politiques sociales et de soins de première ligne sous l'égide de la COCOF et de la COCOM et leur articulation avec l'ensemble des autres acteurs social-santé présents dans la Cité (médecine générale, hôpital, aide à la jeunesse, cohésion sociale, ...).

Tant dans ses objectifs que dans ces modalités d'action, **le PSSI rencontre de nombreux souhaits et propositions émis par les professionnels⁶**. Il s'inscrit aussi dans la lignée de prises de position,

1. Cela concerne principalement les compétences sur les politiques à destination des personnes âgées et en perte d'autonomie dont les maisons de repos et les maisons de repos et de soins, les conventions de rééducation fonctionnelle, les Initiatives d'Habitations Protégées et les maisons de soins psychiatriques, l'organisation des soins médicaux de première ligne ainsi qu'une partie des normes hospitalières.

2. Iriscare est un Organisme d'Intérêt Public (OIP) de la Région bruxelloise géré sur le modèle paritaire de l'INAMI. Il est chargé de l'administration d'une part importante des compétences transférées lors de la VI^{ème} réforme de l'Etat.

3. *Déclaration de politique générale commune au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et au Collège réuni de la Commission communautaire commune*, Législature 2019-2024, p. 7.

4. *Ibid.*, p. 30.

5. https://www.brusselstakescare.be/wp-content/uploads/2022/10/PSSI_2023_FR_FINAL.pdf

6. Voir par exemple *Organisation de l'aide et des soins de première ligne en Région bruxelloise. Note de vision politique de l'Inter-fédération ambulatoire, CBCS, septembre 2020 ou le Plan stratégique 2021-2026* de Brusano.



exposées dans plusieurs documents plus ou moins programmatiques⁷, centrées sur la réforme des soins de santé en Belgique. Tous ces acteurs partagent la conviction que, pour mieux répondre aux besoins, exprimés ou non, des habitants, il est préférable d'aménager l'offre d'aide et de soins sur base d'une zone géographique d'action commune. Prendre le territoire comme principe d'organisation, c'est se donner la chance de pouvoir faire correspondre au mieux les politiques menées aux spécificités des lieux et des publics qui les peuplent, en s'appuyant sur la connaissance précise du terrain par les professionnels, l'existence de nombreux réseaux formels et informels, un usage plus adapté des ressources disponibles aux problèmes locaux (Lire p. 45).

Les dimensions positives de la territorialisation sont plurielles.

Cette approche permet, d'une part, de coller au plus près des réalités, de pouvoir s'affranchir d'une action politique centralisée qui envisagerait la ville de manière trop uniforme pour développer des réponses *ad hoc*, fines et évolutives. La **dimension participative**, par l'implication des citoyens aux prises de décision, à certaines initiatives et aux évaluations de celles-ci, est aussi un levier pour que les actions menées par les professionnels émanent d'un territoire vécu, s'appuient sur les capacités des personnes concernées et participent à l'augmentation de leur pouvoir d'agir.

D'autre part, **la mise en place d'une organisation territoriale de l'offre social-santé est un instrument puissant, en mesure de contrecarrer les inégalités**

socio-spatiales criantes qui structurent Bruxelles. En développant, dans une logique «d'universalisme proportionné», une offre d'aide et de soins de base dans l'ensemble des quartiers tout en octroyant plus de moyens là où les besoins sont les plus élevés, il s'agit de réduire les différences qui marquent la ville afin que celle-ci puisse jouer de façon identique, même *a minima*, un rôle d'espace de ressources pour ses habitants. Cela rejoint ce qui a pu être proposé à travers les formulations de ville-santé⁸ ou de ville à dix minutes⁹ pour faire de la ville tout entière le lieu de l'aide et du soin (lire p. 6).

Le passage d'une logique sectorielle à une logique territoriale n'est cependant rien moins qu'évident. Comme tout changement structurel, il demande la forte implication des acteurs concernés et un gros travail de réflexion et de concertation, notamment pour définir le contour de ces zones, leur mode de coordination et de gouvernance, le type et le niveau d'intégration (mixage de services, de secteurs, développement de réseau, coordination locale,...), les changements organisationnels nécessaires, etc. **Cela repose assurément sur une dynamique d'essais et erreurs qui risque de prendre quelque temps avant de montrer ses premiers résultats probants.** En vue d'accompagner ce cheminement, le CBCS s'est associé à Brusano pour mettre en place un large processus d'information, de consultation et de co-construction à destination de tous les acteurs, professionnels ou non, intéressés par la démarche insufflée par le PSSI: les Ateliers du changement¹⁰.

LES ATELIERS DU CHANGEMENT: METTRE LA TERRITORIALISATION AU TRAVAIL

Comment passer des bonnes idées aux bonnes pratiques? Comme le dit A. Moine (lire p. 12): en complexifiant pour arriver à 'simplexifier'! C'est toute l'ambition des dispositifs des Ateliers du changement qui, par l'organisation de journées d'information, de focus-groupes et d'une campagne de consultation digitale veulent susciter la réflexion et les propositions concrètes chez les acteurs du social-santé bruxellois. Celles-ci devraient être rassemblées dans un rapport opérationnel à destination du secteur et des pouvoirs publics pour le début du printemps. A charge de ces derniers de s'en saisir pour traduire au mieux les ambitions du Plan tout en répondant aux nécessités du terrain.

Entamé en octobre, ce processus a déjà produit quelques éléments qui permettent d'entrevoir quelles sont les questions brûlantes lovées au sein du PSSI et **quelles sont les limites à dépasser pour initier une réelle transformation de l'offre de première ligne.**

Dans le cadre déjà complexe de la «lasagne institutionnelle» bruxelloise, la volonté de réforme de l'offre social-santé selon une logique territoriale fait émerger chez les intervenants de terrain la crainte de «rajouter une couche» à une situation déjà trop complexe. Une offre plus intégrée doit permettre dans le même mouvement de **créer de nouveaux lieux et de nouvelles formes de coordination et d'en réformer ou d'en supprimer d'autres.**

Au premier plan des innovations à favoriser, **le financement de lieux «généralistes» qui assurent un bas seuil d'accès du public**, en capacité de conjuguer les avantages d'un accueil informel et d'un guichet unique, selon les modèles des tiers-lieux ou des lieux de liens. (lire encadré)

Ce type d'initiative permettrait **d'utiliser au mieux la force du local et des liens**

7. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D., *Together we change. Soins de santé de première ligne: maintenant plus que jamais!*, Bruxelles, décembre 2014; Conférence interministérielle. *Plan conjoint en faveur des malades chroniques. Des soins intégrés pour une meilleure santé.* Disponible: https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan_fr.pdf

8. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/projets-realises-sante/projet-bvs-bruxelles-ville-region-en-sante-de-loms>

9. <https://bsi.brussels/research/la-ville-a-dix-minutes/>

10. <https://verander-atelier-changement.brussels/>



de proximité pour lutter contre le non-recours aux droits, à l'aide et aux soins qui constitue un axe prépondérant du PSSI. Ils devraient aussi trouver à s'articuler avec d'autres points forts d'une action locale: la production d'une meilleure connaissance des contextes socio-sanitaires des quartiers et le développement de dispositifs (comme les Contrats Locaux Social Santé ou les Bri-co) et de fonctions (RAQ, CHW, agent de santé communautaire, référent de quartier) qui permettent à la fois **une plus grande proximité avec les publics éloignés des droits, de l'aide et des soins et de mettre du liant entre les multiples composantes de l'offre qui ne se connaissent souvent pas assez.**

Car territorialiser ne signifie pas d'office mieux coopérer. Le travail à plusieurs, la vie des réseaux, l'intégration des services sont très dépendants des personnes, constatent beaucoup de professionnels. Bien souvent, ce sont des liens de confiance, de l'interconnaissance entre individus, des carnets d'adresses personnels qui permettent le travail en collaboration. Quand une personne change de travail, part à la retraite, quitte son emploi, ce sont autant de liens qui se brisent et qui sont très coûteux en temps et en énergie à retisser. Comment passer de ces liens liés aux personnes à des dispositifs de travail à plusieurs plus pérennes? Ici aussi, les solutions restent à inventer.

Mais si on peut relativement facilement se représenter la plus-value d'une meilleure organisation, d'une plus grande intégration au niveau local – notamment parce que beaucoup de points d'appui concrets existent déjà: interconnaissances des acteurs locaux, réseaux formels et informels, coordinations locales efficaces, ...- **c'est plus difficile de voir ce que pourrait être une coordination au niveau des bassins d'aide et soins, ces zones de grande ampleur qui devraient regrouper entre 250.000 et 300.000 habitants.**

Cette échelle d'action implique sans doute une plus grande formalisation, notamment une identification plus précise des processus de délégation/représentation qu'elle exige implicitement. Du fait de sa taille

évidemment, mais aussi **parce qu'il s'agit d'imaginer des processus qui fassent des ponts entre des bonnes pratiques initiées au niveau des quartiers.** Comment faire vivre, formaliser et disséminer des réalisations localisées, attentives aux conditions qui les ont fait émerger une fois qu'elles ont été extraites de leurs lieux d'expérimentation initiaux? Comment le faire sans écraser les particularités et revenir ainsi à une gestion «par le haut»? **Le bassin pourrait devenir le lieu de la «mémoire» de l'existant,** des diagnostics de terrains, des décisions prises, des dispositifs ayant été tentés... Bref, de ce qui s'est fait et de ce qui est fait sur le terrain de la zone, pour servir de ressource aux différents acteurs. Leur essaimage demandera cependant une attention constante aux contextes, aux cultures locales, aux inventions circonscrites.

D'autres questions, peut-être plus fondamentales, se font jour et demandent à être dépassées quand on pense territorialisation. Par exemple, la volonté du cabinet d'investir des moyens dans des fonctions de coordination (CLSS, antenne 107,...) et d'action communautaire de proximité (RAQ, agent communautaire, référent de quartier) n'est pas toujours bien perçue: elle se heurte aux revendications récurrentes d'augmenter les moyens des services qui existent déjà. On voit poindre là **la tension entre le pari d'engranger des gains d'efficacité par la coordination de politiques plus préventives, l'identification de problématiques négligées et les demandes des acteurs de terrain qui se voient insuffisamment pourvus pour répondre aux demandes qu'ils s'efforcent de traiter au jour le jour.** Comment prendre en compte et transformer cette vision, relativement fréquente, que la création de nouveaux outils se fait au détriment de ce qui existe déjà? Comment produire, à partir d'espace de réflexion ouverts, une proposition d'organisation qui rencontre un maximum de besoins?

Autre limite: l'action sur les déterminants sociaux de la santé et les conditions de vie des populations les plus fragiles. On peut mettre énormément d'énergie dans la transformation de l'offre: en quoi peut-elle produire

“Un tiers-quoi?”

Le mot “tiers” est utilisé pour désigner ces espaces entre la maison et le lieu de travail. Défini au départ par le sociologue Ray Oldenburg à la fin des années 80, c'est un lieu où les personnes se plaisent à sortir, se regrouper de manière informelle, partager, travailler ensemble dans un cadre convivial...Espaces de coworking, friches culturelles, fablabs, tiers-lieux nourriciers... ils ont en commun de mutualiser des espaces et des compétences, hybrider des activités et réunir un collectif citoyen engagé, favorisant la coopération pour répondre aux enjeux de leur territoire.

Source : <https://francetierslieux.fr>

des effets significatifs sur l'état socio-sanitaire des populations si on n'est pas, parallèlement, en capacité de produire des politiques publiques qui ont des effets positifs en termes d'accès à des logements de qualité abordables? Ou à un emploi suffisamment rémunéré pour mener une vie digne? C'est ici que porte les commentaires de M. Hamzaoui (lire p. 42) sur le recours exclusif aux politiques territorialisées pour s'attaquer aux problèmes sociaux: une série de questions ne peuvent trouver de solutions crédibles qu'en usant des principes de solidarité les plus larges comme l'impôt et la sécurité sociale. Une limite de la territorialisation des politiques sociales s'avère être *in fine* ...la localité.