

NUMERO 40

**TERRITORIALISATION ET INTÉGRATION
DES POLITIQUES SOCIAL-SANTÉ :
QUELLE PLACE POUR LA QUESTION SOCIALE ?**

**JACQUES MORIAU
MARION BOTTERO**

PAUVÉRITÉ

Le trimestriel du Forum -
Bruxelles contre les inégalités

Le Forum réunit une cinquantaine d'organisations actives dans le domaine de la lutte contre l'exclusion sociale en Région bruxelloise. Dialogue avec les professionnels, consultation des personnes vivant la pauvreté, aide à la décision politique et analyse transdisciplinaire. En produisant des recommandations et des solutions, notre objectif est de sensibiliser l'opinion publique et le monde politique aux problèmes de la pauvreté en ville. – www.le-forum.org

Avertissement

« Penser, c'est d'abord penser contre soi-même ». Cette maxime s'applique parfaitement aux pages qui suivent. Les auteurs sont en effet fortement impliqués dans le processus de territorialisation et d'intégration. Pour autant, ils ne pensent pas que cela dispense de l'analyser et de le critiquer. Ce travail de réflexion et de décentrement ne signifie pas qu'ils remettent en cause les raisons qui justifient l'élaboration du Plan Social Santé Intégré ni les objectifs poursuivis, mais qu'ils tentent d'en percevoir tous les aspects et toutes les conséquences, même les plus fâcheuses.

Introduction

La situation est connue : trop de Bruxellois.e.s éprouvent des difficultés à accéder à l'aide sociale et aux soins de santé - que cela s'exprime dans des phénomènes de non-recours ou des problèmes structurels de mise à disposition de l'offre - ou à profiter de ceux-ci tout au long de leur vie et des aléas qui la parsèment. Le système d'aide et de soins se révèle fréquemment incapable d'assurer une continuité du suivi au gré des âges de la vie, des changements de statut ou des dynamiques de chronicisation. A cela s'ajoute une tendance à la complexification des situations vécues par une part croissante de la population qui est amenée à affronter en même temps problèmes administratifs, d'emploi, de logement, de relations familiales, de santé physique et mentale...

Ces constats s'enracinent dans un contexte socio-économique particulier. Si Bruxelles est une des régions européennes les plus productrices de valeur, elle abrite une population proportionnellement plus pauvre que les autres régions belges. Cette réalité s'inscrit physiquement dans le tissu urbain à travers de grandes disparités entre quartiers en termes de richesse, d'accès aux ressources - espaces verts, loisirs -, de santé, de conditions de vie - logement, exposition aux risques -, etc. Ces inégalités se renforcent en outre du fait d'une inégale répartition de l'offre social-santé sur l'ensemble du territoire.

Pour faire face à ces problèmes, la réponse des acteurs publics, soutenus par de nombreux acteurs de terrain¹, est d'inciter à une intégration plus poussée et à une réorganisation de l'offre de services d'aide et de soins sur une base territoriale. Cette volonté s'est récemment concrétisée en Région bruxelloise par la mise en place du Plan Social Santé Intégré² (PSSI). Le développement de politiques semblables est également soutenu à d'autres niveaux de pouvoir, pensons notamment au programme *Intégréo* mené à l'échelon fédéral.

Ces réformes se fondent sur des arguments largement partagés : l'intégration mène à une prise en charge des personnes globale, continue et de meilleure qualité ; l'organisation sur une base territoriale - et non plus sectorielle - permet une meilleure coordination des acteurs, soutient la création d'une culture d'intervention commune, et facilite aussi une attribution des moyens plus proche des besoins locaux et donc plus de justice sociale dans la production de la ville.

Pourtant, quand on y regarde de plus près, cette mise en place de politiques social-santé intégrées recèle un certain nombre d'ambiguïtés, la plus voyante étant peut-être qu'elle continue à valoriser une approche des problèmes sociaux par le prisme de la santé. Les diagnostics posés le sont en termes de déterminants (sociaux) de la santé³, la majorité des exemples et des propositions portées par ces réformes concernent des problèmes sanitaires, les efforts de coordination impliquent principalement des acteurs du secteur santé. Le social reste le parent pauvre des politiques intégrées.

Cette réalité n'informe pas seulement sur les (dés)équilibres existants entre les différents secteurs de l'aide et du soin, elle dit quelque chose de la façon dont les problèmes vécus par la population, belge

1/ Notamment Brusano, le CBCS, *Together we change*, KCE, étude de Dominique Verté (Innoviris).

2/ <https://www.brusselstakescare.be/>

3/ Voir par exemple le PSSI, pp. 25-29.

et bruxelloise, sont envisagés par les auteurs des politiques publiques. Les politiques menées au cours de ces dernières quarante années se sont constamment éloignées de l'idéal d'une protection sociale universelle pour favoriser des interventions ciblées sur des publics ou des problématiques particuliers et traduire la question générale de la production et de la gestion des inégalités en problèmes spécifiques, à traiter de plus en plus souvent selon des modalités médicales ou sanitaires. On pense par exemple à la prise en charge de phénomènes comme la consommation de psychotropes⁴, la gestion de la maltraitance⁵ ou de façon plus large à l'usage de la catégorie de la « souffrance » pour qualifier, comprendre et intervenir sur une série de situations problématiques⁶.

La dynamique d'intégration et de territorialisation du social-santé serait-elle un pas de plus vers la sanitarisation du social ? Cette évolution, quoique porteuse de réponses concrètes à toute une série de défis, de manques et de besoins réellement éprouvés par les personnes concernées, contribue-t-elle un peu plus encore, peut-être par défaut, à la fois à la dissolution et à l'aggravation de la question sociale ?

A cette question, complexe et iconoclaste, nous tenterons de répondre par deux voies. Nous nous pencherons d'abord sur les conséquences concrètes de l'intégration social-santé et de ses effets au plus proche du terrain. Nous analyserons brièvement la mise en place du PSSI en Région bruxelloise en abordant la notion de territorialisation, ses usages et son déploiement à travers les dispositifs prévus par le plan

4/ N. Fortane, 2014, La carrière politique de la dopamine : Circulation et appropriation d'une référence savante dans l'espace des *drug policies*, *Revue française de science politique*, 64, 5-28. <https://doi.org/10.3917/rfsp.641.0005>

5/ C. Scodellaro, 2006, La lutte contre la maltraitance des personnes âgées : politique de la souffrance et sanitarisation du social, *Lien social et Politiques*, (55), 77-88. <https://doi.org/10.7202/013226ar>

6/ D. Fassin, 2004, Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute, La Découverte, coll. Alternatives sociales, Paris.

ainsi que sur le déroulement du processus qui accompagne actuellement cette innovation, les Ateliers Du Changement (ADC). Sur cette base nous nous interrogerons, de façon théorique, sur la manière dont les politiques d'intégration de l'aide sociale et des soins de santé participent à une reformulation de la question sociale en tant que telle, lui indique un certain nombre de solutions et, ce faisant, transforme les visions et les moyens d'actions portés par l'État social.

1. MISE EN PLACE D'UNE RÉFORME SUR LE TERRAIN ET QUESTIONNEMENTS ÉMERGENTS

La mise en place du Plan Social Santé Intégré et des Ateliers Du Changement est l'occasion d'analyser plus concrètement les premiers effets d'une logique de territorialisation et d'intégration à Bruxelles.

Le PSSI énonce trois visées majeures : agir sur les déterminants (sociaux) de la santé, améliorer l'accès aux services et assurer une meilleure continuité et qualité de la prise en charge des personnes. Celles-ci doivent être atteintes aux travers de deux grandes dynamiques interconnectées : une réorganisation de l'offre de services (territorialisation) et une meilleure coordination de tous les acteurs concernés autour de l'utilisateur (intégration). Dans le plan lui-même sont énoncés une série de principes pour servir de guides à la prise de décision publique et à l'action des professionnels, ainsi que les problématiques et les publics sur lesquels on entend concentrer attention et moyens de manière prioritaire.

Plusieurs nouveaux dispositifs sont prévus pour soutenir ces inflexions : le découpage du territoire bruxellois en 54 quartiers de plus ou moins 25.000 habitants et de 5 bassins de 250.000 habitants pour structurer

l'organisation et la coordination de l'offre ; l'instauration de Contrats locaux social-santé (CLSS), à terme dans chacun des quartiers, pour donner des moyens à la coordination des acteurs ; le financement de plusieurs Centres social-santé intégrés (CSSI), pièces maîtresses de l'intégration des services.

Telles sont les initiatives majeures portées par le PSSI. Encore largement à l'état de programme, celles-ci doivent maintenant trouver à s'incarner dans des réalisations concrètes et de nouvelles pratiques de terrain. C'est pourquoi, dans l'objectif d'accompagner ce processus de changement, le CBCS, le Crebis et Brusano, avec le soutien de la Cocom, ont décidé d'organiser d'août 2022 à mars 2023, les ADC⁷ : un large dispositif de concertation mis en place afin d'offrir un espace de discussion aux professionnels, aidants, bénéficiaires, tant francophones que néerlandophones, tant social que santé, sur les enjeux liés à la réorganisation de l'offre social-santé.

LE PROCESSUS DES ATELIERS DU CHANGEMENT (ADC)

L'ambition des ADC est triple. Informer : en permettant à qui le désire de prendre connaissance des réformes en cours - PSSI, plan interfédéral des soins intégrés, ... Consulter : en recueillant les questionnements qui émergent dans le cadre de ce processus. Co-construire : en favorisant la traduction par les acteurs de terrain des objectifs généraux de ces réformes en propositions concrètes à déployer sur le terrain.

Cinq types d'événements ont permis de toucher un public diversifié et de mener des réflexions transversales, multisectorielles, à des niveaux

7/ Pour davantage de détails sur les résultats des Ateliers Du Changement (ADC), notamment les propositions d'actions, se référer au rapport disponible ici : https://cbcs.be/wp-content/uploads/2023/04/20230400_Rapport_ADC.pdf

allant du quartier à la région. En amont des ADC, des rencontres exploratoires ont été menées afin d'identifier les problèmes rencontrés et les questions centrales à aborder. Des journées portes ouvertes ont été organisées afin de rencontrer les acteurs de terrain autour de préoccupations communes, de faire comprendre les concepts-clés et les enjeux qui y sont liés, mais aussi de prioriser les actions et de suggérer des pistes concrètes de mise en œuvre. Des focus groups se sont déroulés sur chacun des bassins afin d'approfondir la réflexion concernant les propositions de pistes d'actions concrètes et opérationnelles. Enfin, un questionnaire digital a été proposé en vue d'approfondir les propositions récoltées, poursuivre la définition des priorités et préciser leurs conditions de mise en œuvre. En complément à ces cinq étapes clés, un site internet a été mis en place pour soutenir le dispositif des ADC⁸.

Ce projet ambitieux a rapidement rencontré certaines limites. Malgré l'intérêt pour la démarche exprimé par de nombreux professionnels, la participation effective a été relativement réduite. Les professionnels qui ont pris part aux diverses rencontres occupaient souvent des fonctions de coordination ou de représentation et certains secteurs ou certaines fonctions importantes - comme les CLSS, RAQ⁹, CPAS, hôpitaux, aide à la jeunesse - étaient peu présents. Ces données sont en elles-mêmes un constat et interrogent le processus et les conditions de participation des parties prenantes dans le futur. La faible participation renvoie au fait que beaucoup de travailleurs de terrain disent ne pas avoir le temps de participer à ces réunions, étant en surcharge de travail. On observe ainsi une tension entre l'opportunité de participer à des réunions pour améliorer la situation dans le futur et celle de répondre aux urgences du terrain dans le moment présent.

8/ Vous pouvez trouver le détail des divers dispositifs et les événements à venir sur le site des ADC : <https://verander-atelier-changement.brussels>

9/ Relais d'Action de Quartier.

Perçus comme relevant uniquement des fonctions de direction et trop éloignés des réformes du PSSI, les enjeux abordés dans les ADC n'ont pas assez mobilisé les travailleurs de terrain.

Le dispositif des ADC a néanmoins permis de formuler des propositions d'actions que pourraient jouer les bassins, congruentes avec les missions définies par les pouvoirs publics : connaissance, réseau, coordination et prévention. De façon générale, ces propositions visaient l'amélioration de la connaissance du terrain (diagnostic) et de l'interconnaissance entre professionnels (répertoire, lieux d'info), la plus grande accessibilité du public (accueil généraliste, permanences) et la sensibilisation du public aux questions social-santé. Pour chacune de ces missions ont été dégagées des priorités et des conditions de réussite permettant de faciliter la mise en œuvre.

QUESTIONNEMENTS ACTUELS : INVESTIR UN TERRITOIRE

Les ateliers du changement poursuivent actuellement leurs actions par la mise en place opérationnelle des bassins. Concrètement, cette mise en place se fait par la constitution d'un Groupe d'Appui aux Bassins (GAB) dans chaque bassin, chargé d'organiser des réunions et des séances d'information afin d'approfondir les actions prioritaires à mettre en place et créer une identité bassin dans laquelle un maximum d'acteurs puisse se retrouver.

Ces GAB sont constitués pour le moment - avec des variantes propres à chaque bassin - de participants déjà engagés dans une logique de coordination au niveau d'un territoire - Antennes 107, ambassadeurs Psy Première Ligne, BruZel, coordinations sociales des communes, chargés de prévention et promotion santé. La composition du GAB demeure cependant ouverte et d'autres acteurs pourront être à même de l'intégrer.

Si l'on observe clairement dans les pistes d'action construites lors des ADC le désir de développer des projets en lien avec le territoire et l'ambition d'intégration des services social-santé, il faut remarquer que ce sont ces questions mêmes qui posent problème lors des premières étapes de la création du bassin et de réalisation de ses actions prioritaires.

La volonté de faire exister un territoire, le bassin, qui n'existe pas encore réellement de manière administrative, se heurte au manque de représentations disponibles. Le bassin en tant qu'échelle d'action et de référence commune est encore aussi incertain au niveau politique qu'il ne demeure abstrait pour les travailleurs sociaux. Comment susciter l'investissement des diverses personnes concernées sur un territoire qui manque trop de consistance à ce stade que pour pouvoir unifier les visions et agréger les énergies ?

Réapparaît le problème de taille qu'est le manque de temps des travailleurs sociaux. En surcharge de travail, ils n'arrivent pas à libérer du temps pour le type de réunion proposée dans le cadre des ADC ou des GAB ; le temps alloué aux réunions est du temps pris sur le travail de terrain qui est le cœur de leur mission. De plus, certains participants sont encore dans une demande d'éclaircissement et d'informations quant au PSSI. Ils sont dans le questionnement, parfois le doute ou la peur, vis-à-vis des changements et des possibles complexités administratives ou autres qui en découleraient. L'identification et la production d'actions prioritaires à une échelle encore inexistante dans les faits rend celles-ci secondaires. Enfin, l'identité bassin et les actions prioritaires qu'il va porter sont encore floues car à construire. Si certains professionnels valorisent ce chantier en cours, le percevant comme une possibilité d'action, de modelage selon les besoins et les idées du terrain, d'autres ont du mal à s'investir dans un projet pas encore suffisamment construit et qui, en outre, peine à intégrer dans la réflexion les publics ou leurs représentants.

La construction politique du Plan Social Santé Intégré et la mise en place concrète sur le terrain se font ainsi en parallèle, dans une certaine urgence.

Comment et pourquoi s'organiser avant même que le cadre officiel ne soit avalisé ? La temporalité de l'action publique est telle que les ADC ont été mis en place alors que les textes présentant et validant le PSSI n'étaient pas encore votés et donc publics. La construction politique du Plan Social Santé

Intégré et la mise en place concrète sur le terrain se font ainsi en parallèle, dans une certaine urgence. Ce qui implique, par exemple, que certains financements ne sont pas encore disponibles ou que les nouveaux postes prévus ne soient pas encore créés. Mais cette temporalité est paradoxale : si les textes de la réforme n'étaient pas encore officiels, ils étaient cependant déjà pensés et écrits. Ainsi, de nombreux professionnels regrettent que le processus de consultation du terrain soit entamé si tardivement et non pas en amont, au début de la réflexion sur la réforme. Si ce ressenti négatif a pu impacter les ADC, d'autres acteurs essayent de voir le problème par un autre prisme : en valorisant la capacité d'action dont ils disposent pour pouvoir peser sur les décisions politiques et les financements qui en dépendent. Ce qui permet de contrebalancer le sentiment de verticalité dans la mise en place du PSSI, en étant dès à présent force de proposition sur le terrain.

Cette mise en place concrète d'une réforme visant l'intégration des services social-santé met également en lumière la prédominance de l'approche par la santé. En effet, relevons que la plupart des acteurs constituant le GAB sont des travailleurs du secteur de la santé. Avant même que les bassins soient mis en place, l'approche se fait principalement par l'angle de la santé. Cela s'explique par le fait que ce sont les structures santé auxquelles ils appartiennent qui ont déjà mis en place des processus de coordination. La volonté d'intégrer les

coordinations sociales dans les GAB permet sans doute de limiter ce biais. Mais, comme nous l'analysons dans la deuxième partie de ce texte, ce fait illustre également le problème plus général et systémique de l'approche de l'intégration social-santé par le versant de la santé.

2. SANITARISATION, TERRITORIALISATION ET INTÉGRATION

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) fournit aux acteurs de la santé publique un cadre conceptuel qui, en visant une approche “globale” de la santé, cible les aspects sociaux responsables des mauvais états de santé de la population et consacre l'intervention sur ceux-ci : logement, emploi, revenu, niveau d'étude, qualité de l'environnement, etc. L'état de bien-être, tant physique que psychique, est considéré comme dépendant de ces facteurs à travers une chaîne de risques sur laquelle il convient d'agir pour les minimiser, en cherchant à générer les comportements les plus adéquats de la part des individus concernés.

Ce texte peut être considéré comme l'expression de la vision sur laquelle va s'appuyer le déploiement continu du processus de sanitarisation du social que nous connaissons aujourd'hui. Par sanitarisation, nous entendons le processus - à la fois conceptuel, institutionnel et interactionnel - qui amène à aborder certains problèmes publics en recourant aux formes d'expertise propres au champ de la santé. On peut prendre comme exemple emblématique et relativement récent l'évolution du traitement de “l'exclusion sociale”. Ce terme qui

10/ Y. Pelchat, E. Gagnon et A. Thomassin, 2006, Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale, *Lien social et Politiques*, no. 55, pp. 55-66. <https://doi.org/10.7202/013224ar>

désignait à l'origine "l'exclusion des ressources financières suffisantes et des emplois"¹⁰, soit une situation structurellement produite de pauvreté individuelle principalement due à l'effondrement des moyens de protection sociale comme le salariat et ses à-côtés, a graduellement été utilisé pour décrire des populations spécifiques ou des publics cibles partageant une commune difficulté à accéder aux droits, aux services ou aux commodités de base comme le logement, l'énergie ou les soins de santé. La dimension sociale de la production des difficultés vécues a été amenuisée au profit d'une prise en compte de leurs effets. L'atteinte corporelle psychique ou relationnelle devenant la porte d'entrée pour la prise en compte de maux sociaux ou politiques.

Cette lecture experte des inégalités sociales par le versant des risques sanitaires et de leur évidence statistique irrigue l'action publique conduite ces dernières décennies. Elle se concrétise dans les outils mis en place pour piloter les politiques tant dans la détermination des problématiques prioritaires, dans le choix des publics ou des zones à privilégier, ou dans les budgets à allouer. Elle s'avère particulièrement en phase avec une tendance forte des choix socio-sanitaires actuels : la territorialisation.

QU'EST-CE QUE LA TERRITORIALISATION ?

Le phénomène de territorialisation repose sur l'usage de la notion de territoire comme cadre d'analyse pour appréhender la conception et la mise en œuvre de l'action publique. Cette notion permet de questionner les dynamiques internes à la ville autant que la place et le rôle des instances locales¹¹. Le territoire peut être mobilisé de diverses manières : comme espace d'intégration, comme échelon de

11/ P. Bourdelais, 2001, *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques (XVIIIè-XXè siècles)*, Paris, Belin.

repérage des manques, comme espace d'initiatives, de concertation et de mise en œuvre, ou encore comme lieu concret de conception et de construction de l'action publique¹².

Pensé comme “une clé de lecture des situations multifactorielles et comme pivot des coopérations entre les partenaires organisés en filet de sécurité autour des personnes accompagnées”¹³, le territoire devient en même temps le lieu et l'enjeu de l'intervention. Dans cette conception, la territorialisation doit permettre de corriger très localement les inégalités en déployant des actions ciblées et adaptées aux besoins précisément délimités¹⁴.

Pour articuler des espaces circonscrits - typiquement le quartier - avec la notion de justice sociale et la production de régulations locales, il s'impose de passer par un certain nombre d'étapes : mise en évidence des inégalités socio-spatiales, diagnostics des effets propres à la clôture territoriale, établissement d'un plan d'action pour réduire les écarts entre les différents territoires définis. Ces différentes étapes s'appuient inmanquablement sur des données quantifiables, au moins en partie, et sur leur traitement en tant qu'indicateurs de l'existence de problèmes publics¹⁵. La mise en évidence, principalement par les chiffres, de disparités devenant la justification d'une action adaptée aux particularités de ceux-ci.

12/ -X. Schweyer, N. Vezinat, C. Nous, 2022, Penser la santé autrement : le défi de l'intégration sociale, *Sociologies pratiques*, 2, N°45, pp. 1-7.

13/ Bis, décembre 2022, Territoire, la nouvelle star du social-santé ?, *Bruxelles Informations Sociales*, revue annuelle du Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique, n°180, p. 11.

14/ Z. Vaillant, J. Bardes et S. Rican, 2020, De la discrimination positive à la discrimination territoriale : les quartiers en politique de la ville, inégaux face à la santé, *Les Cahiers de la LCD*, 12, pp. 67-91.

15/ J. Gardin, S. Didier et A. Quentin, 2016, Liberté, Egalité, Computer, *justice spatiale | spatial justice*, n°10. <http://www.jssj.org/>

En ce qui concerne le social-santé, deux principes sont au cœur de cette logique de territorialisation : “adapter l’offre de soins aux besoins plutôt que l’inverse d’une part, et glisser d’un modèle très biomédical de représentation de la santé fondé sur la mesure des maladies et le soin à un modèle global, selon le fait que l’expression d’une maladie ou d’un état de santé est tributaire du domaine tout entier dans lequel ils se manifestent, d’autre part”¹⁶.

Ces deux principes, sous les termes d’“universalisme proportionné” et de “responsabilité populationnelle”, sont clairement identifiables dans la vision et les propositions portées par le PSSI. Il s’y exprime la volonté de différencier l’administration de zones d’action socio-sanitaire à la fois sur base d’échelles territoriales - quartier, commune, bassin, région -, au niveau des moyens et des acteurs impliqués sur chacune de ces zones, mais aussi dans les équilibres divers trouvés entre le “mouvement descendant - des pouvoirs vers les acteurs locaux des territoires - et le mouvement ascendant - des acteurs locaux des territoires vers les pouvoirs”¹⁷.

Un “agir sanitaire”¹⁸ propre à chaque niveau d’intervention doit trouver à se déployer dans une action de proximité pour atteindre une forme d’égalité entre les citoyens, notamment en augmentant l’accessibilité des services publics et assimilés et donc, espère-t-on, leur usage réel.

16/ J.-M. Amat-Roze, 2011, La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat, *Hérodote*, vol. 143, no. 4, pp. 13-32.

17/ A. Moine, 2022, Le territoire pour faire sens commun, bis, *Territoire, la nouvelle star du social-santé?*, Bruxelles Informations Sociales, revue annuelle du Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique, n°180, pp. 12-19..

18/ M. Honta et al. 2018, Les gouvernements du corps. Administration différenciée des conduites corporelles et territorialisation de l’action publique de santé, *Terrains & travaux*, vol. 32, no. 1, pp. 5-29.

QU'EST-CE QUE L'INTÉGRATION DES POLITIQUES SOCIAL-SANTÉ ?

Un objectif central de la territorialisation est de permettre la constitution d'un maillage social-santé intégré à une échelle locale, soutenu par des échelles plus larges¹⁹. Le territoire devient ainsi l'élément pivot de coopération entre les professionnels et la source d'une responsabilité partagée à l'égard de ses habitants. Pour A. Moine, il s'affirme comme support de l'intervention avec la volonté de réunir l'ensemble des acteurs et les inciter à évoluer dans ce qu'on peut appeler une nouvelle géographie, plus proche de l'usager. La mise en place d'un système de coordination entre services et projets est ainsi impérative. Cela nécessite la création de nouvelles fonctions, centrées sur le contact avec les habitants, et la prise en compte du temps de coordination nécessaire à la transformation des manières de faire pour les acteurs de terrain.

En région bruxelloise, les compétences relevant de l'action sociale et de la santé sont réparties selon sept niveaux de pouvoir. Cette situation occasionne des incohérences entre les politiques menées, génère des doublons ou crée des défauts de couverture, complexifie l'offre, sa lisibilité et l'accessibilité aux services. Le morcellement des compétences en matière de politiques sociales et de santé est dommageable pour l'ensemble des parties prenantes. D'où la nécessité d'effectuer un travail d'harmonisation, de simplification et de coordination entre les entités compétentes. Tels sont les défis au centre du concept d'intégration. Au niveau du terrain, il s'agit alors de traduire cette volonté en coordination pratique des intervenants pour améliorer la qualité, la complétude et la continuité des suivis et des prestations à destination des personnes, comme nous avons pu le voir dans la première partie de ce texte.

19/ M. Vignes, 2022, La territorialisation, opportunité pour une organisation sociale-santé inclusive!, bis, *Territoire, la nouvelle star du social-santé ?*, Bruxelles Informations Sociales, revue annuelle du Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique, n°180, pp. 45-49.

Ceux pour qui la question sociale se pose avec le plus d'acuité sont ceux qui ont le plus de chance d'être ignorés par l'offre socio-sanitaire territorialisée.

Cette volonté d'intégration soulève plusieurs interrogations plus précises. Comment intégrer pratiquement le volet social au volet santé ? Là où la plupart des questions liées à la santé trouvent des réponses adéquates à un niveau local, celles relatives à l'aide sociale nécessitent, le plus souvent, d'être traitées à une échelle plus large, notamment pour mobiliser

une assiette de solidarité assez importante et peser sur des décisions qui se prennent à une distance relativement éloignée des problèmes vécus. Ce décalage entre deux logiques spatiales, une centrée sur le soin de proximité, l'autre sur la mobilisation la plus large possible des moyens nécessaires à l'application d'une justice redistributive pose la question, dans un système de gouvernance multi-niveaux, de la définition des conditions et du lieu de rencontre entre des politiques visant des objectifs différents, basés sur des référents et des logiques d'action qui ne se rencontrent que partiellement. L'action sociale locale peut-elle se limiter à dispenser soit une aide d'urgence, soit une reconnexion à des systèmes d'aides régionaux ou fédéraux ?

L'action en faveur des publics les plus défavorisés est en fait l'angle mort de la logique de territorialisation. Les personnes mobiles comme les personnes migrantes, sans "chez-soi" ou sans accroche territoriale forte sont, dans les faits, moins à même d'être repérées et prises en charge par des services auxquels il est demandé d'être attentif au public "local". Ceux pour qui la question sociale se pose avec le plus d'acuité sont ceux qui ont le plus de chance d'être ignorés par l'offre socio-sanitaire territorialisée.

Peut-être à Bruxelles plus qu'ailleurs, la réalité d'un territoire géographique est complexe et multiple, notamment au niveau politique.

Dans les faits, la territorialisation oppose territoire d'application (des décideurs politiques) à territoire d'implication (avec ses usagers), aussi bien que politique localisée (décidée d'en haut) à politique locale (mise en application sur le terrain)²⁰. On peut ainsi observer que les différentes échelles mises en place par les cadres institutionnels ne correspondent pas toujours à la dynamique du terrain. Si les politiques s'avèrent plus localisées que locales et fortement liées aux besoins, apparaît un flou entre ces deux formes de territoire et les signes d'une certaine déconnexion entre politiques et acteurs. Cet ajustement est un enjeu permanent. Face à la maîtrise d'ouvrage (décideurs politiques), la maîtrise d'œuvre (les travailleurs de terrain qui répondent à un besoin local) ne suffit pas ; il faut également inclure une maîtrise d'usage : la nécessaire implication des usagers afin de contrer une politique de la verticalité qui ignore les besoins les plus criants. En veillant à ce que, dans cette volonté de démocratie participative, les usagers ne demeurent pas seulement du côté de la demande mais soient également acteurs des réponses à y apporter pour contrôler leurs conditions de vie²¹.

POUR UNE LOGIQUE SOCIALE MACRO ET STRUCTURELLE

Les politiques de territorialisation de l'offre social-santé visent la réduction des inégalités sociales alors qu'elles se concentrent sur l'état de santé des personnes plus que sur leurs conditions de vie. Peut-être pourrait-on aborder la question par l'autre bout : mettre en place un système de protection sociale qui permette à tout le monde d'être en bonne santé. "Il ne s'agit pas seulement de soigner les individus qui devraient être éduqués et responsabilisés, mais de les intégrer en tant

20/ M. Rouzeau, 2016, La territorialisation des problèmes sociaux, *Vers un Etat social actif à la française ?*, pp. 47-66.

21/ M. Kaiser, 2012, *Vers la territorialisation des politiques sociales*, w, pp. 23-37.

que citoyens à la société qui a la charge de les soigner et de leur donner des conditions d'existence dignes"²².

Il faut insister sur le fait que l'implémentation d'une politique social-santé plus intégrée au niveau des quartiers ne détermine aucune conséquence positive sur les solidarités structurelles. Si l'augmentation de l'interdépendance des politiques sanitaires, comme l'intégration et la coordination des services entre hôpitaux, première ligne et domicile, ne peut qu'améliorer la qualité des soins, il s'impose de renforcer parallèlement leur interdépendance avec les politiques sociales pilotées à d'autres niveaux - logement, enseignement, emploi... -, afin de lutter contre les causes de ségrégation sociale à la racine.

On sait par exemple comment les (non)-politiques de logement affectent la vie d'une majorité de Bruxellois. Les trajectoires des personnes aux parcours résidentiels instables et dépendants de la proximité au quotidien témoignent de l'importance de disposer d'un logement permanent. Trop centrer les politiques sur les réalités locales risque d'empêcher de développer des réponses structurelles à des problèmes globaux et donc, in fine, de lutter efficacement contre les inégalités.

22/ F-X. Schweyer, N. Vezinat, C. Nous, op. cit., p. 6.

CONCLUSION

La santé publique n'est pas le seul acteur qui a, ces dernières années, significativement contribué aux améliorations obtenues en termes de santé et de qualité de vie. La mise en place et la consolidation des systèmes de sécurité sociale²³ a très certainement pesé favorablement et largement sur l'état de santé et le bien-être de populations entières. Dans ces systèmes basés sur le développement d'une protection aussi générale que possible de la population, la santé n'est qu'une dimension parmi d'autres de ce qui fait une vie pleine et sécurée. L'idée d'une sécurité sociale au sens fort renvoie à l'ambition de garantir les éléments fondamentaux de la vie : activité, logement, famille, alimentation, loisirs et santé.

Sur base de ce constat, les logiques de territorialisation et, au premier chef, celle de l'offre de soins et d'aide sociale, sont malheureusement en incapacité d'atteindre ces objectifs du fait même de la restriction de leur pouvoir d'agir à un niveau micro. Les principaux éléments sur lesquels ces politiques entendent agir par des actions locales et éphémères, tout comme l'objectif général de réduction des inégalités ne peuvent être atteints sans le recours à une large politique de captation publique de la valeur et de redistribution en faveur des populations les plus défavorisées.

Se donner les moyens d'augmenter le bien être général de la population bruxelloise impose de réfléchir et d'agir également sur les conditions

23/ C. Bec, 2014, *La Sécurité sociale. Une institution de la démocratie*, Paris, Gallimard.

de gouvernance des politiques sociales dans la Belgique fédérale : articuler les politiques sociales et de santé de façon structurelle, améliorer les conditions de vie de façon volontariste, notamment au travers des politiques de logement ou de l'augmentation du niveau des allocations sociales...

La volonté de la Région de piloter les politiques social-santé et de rechercher les moyens d'atteindre une justice socio-spatiale sur l'ensemble de ses quartiers est louable. Il faut redire ici à quel point nous sommes nous-mêmes convaincu que les politiques de territorialisation et d'intégration des services constituent un levier important pour atteindre ces objectifs. De même sommes-nous persuadés de l'importance qu'il y a à mettre en place des initiatives de co-élaboration de solutions concrètes et de coordination entre acteurs comme les Ateliers du Changement.

Il faut cependant reconnaître que ces ambitions se heurtent, à un niveau local, à l'éclatement des compétences et des modes de gestion des divers acteurs publics - songeons par exemple à l'autonomie dont jouissent les CPAS sur un nombre conséquent de décisions -, et au niveau supérieur aux transformations récentes des régimes de protection sociale propres à l'État social actif²⁴, dont le "tournant punitif"²⁵ mène à l'augmentation des barrières à l'accès et à la restriction des durées de couverture.

Dans ce contexte, la tendance à la sanitarisation du social pourrait, dans le pire des cas, apparaître comme le contrepoids minimal à l'autre

24/ G. Tverdota, 2017, *L'État Social Actif et ses pauvres. Réflexions sur la dimension culturelle des politiques d'activation*, Bruxelles : Action et Recherche Culturelles.

25/ E. Greissler, C. Chesnay & V. Fortin, 2021, *Les transformations de la protection sociale : un regard critique sur les tendances récentes : présentation du dossier*, *Nouvelles pratiques sociales*, 32(1), pp. 15-25. <https://doi.org/10.7202/1080867ar>

tendance liée à l'influence du corpus néolibéral : la criminalisation des marges et des marginaux²⁶. Là où il serait par trop cruel de punir, il conviendrait de soigner, ces deux traitements obérant tout chemin vers plus de solidarité et d'égalité ●

26/ D. Fassin, 2017, Punir. Une passion contemporaine, Paris : Le Seuil.

Ce texte n'engage que ses auteurs et ne reflète pas nécessairement les positions du Forum - Bruxelles contre les inégalités. Les titres, intertitres et la structure du texte relèvent de choix éditoriaux du Forum - Bruxelles contre les inégalités.



Avec le soutien du CPAS de Saint-Gilles
et de la Commission communautaire française.

Editeur responsable: Nicolas De Kuyssche - Rue Fernand Bernier
40, 1060 Saint-Gilles - 02/600.55.66 - Graphisme: Gaëlle Grisard

Numéro 40, Automne 2023.

PRÉSENTATION

Si Bruxelles est une terre de richesses, elle reste néanmoins le terreau de nombreuses inégalités, notamment dans l'accès aux services de soins et santé. Qu'il s'agisse d'une inégale répartition de l'offre entre les territoires ou de dispositifs peu ou pas adaptés aux spécificités de certains publics, de nombreux et nombreuses bruxellois.es peinent à trouver des réponses à leurs besoins. C'est pour tenter de faire face à de tels constats qu'à vu le jour une nouvelle politique publique, le PSSI, Plan social santé intégré, qui vise notamment une réorganisation de l'offre de services (territorialisation) et une meilleure coordination de tous les acteurs concernés autour de l'utilisateur (intégration). Dans ce PAUVÉRITÉ, les auteurs tentent de mettre à jour les enjeux, les opportunités et les risques de cette nouvelle politique publique. En s'appuyant notamment sur les échanges menés avec les professionnels de terrain, dans le cadre des Ateliers du Changement, ils visent à rendre plus lisibles les changements en cours et à (re)donner la parole aux premiers et premières concerné.e.s.

LES AUTEURS

Jacques Moriau est sociologue et coordinateur du Crebis. Il focalise ses travaux sur les politiques publiques, particulièrement dans les domaines de l'action sociale, de l'aide à la jeunesse et de la santé.

Marion Bottero est docteure en anthropologie et chargée de recherche au Crebis. Elle développe des recherches collaboratives en lien avec les inégalités sociales, explorant diverses questions concernant notamment l'accès aux services sociaux-santé et la prise en compte du savoir expérientiel des habitants et usagers.