BXL takes care

Plan social santé intégré 2022

Améliorer le bien-être et la santé des Bruxellois·es.
Assurer à chacun·e les conditions d'une vie digne.
Oui, Bruxelles prend soin de ses habitant·e·s !

En effet, depuis de trop nombreuses années, la situation socio-sanitaire bruxelloise est préoccupante. Celle-ci, encore aggravée par les effets de la crise du Covid-19, est également amplifiée par la hausse des prix et les risques qui découlent des dérèglements climatiques et des pollutions diverses. Cette situation exige de prendre des mesures fortes, ciblées et structurées, pour réduire les déséquilibres les plus importants et construire une offre d'aide et de soins articulée et capable de répondre aux besoins essentiels de toutes les personnes vivant à Bruxelles.

Il s'agit de pouvoir offrir un service de base à l'ensemble de la population bruxelloise tout en atteignant les personnes les plus éloignées de l'aide et du soin. Cela implique d'organiser progressivement l'offre socio-sanitaire sur une base territoriale au plus près des besoins locaux et dans une approche globale des situations.

Pour cela, il est indispensable de décloisonner en amont les politiques de santé, de promotion de la santé et du social et de favoriser un travail de terrain intersectoriel et transversal. Ajoutons encore un aspect essentiel souvent perdu de vue : le bien-être des travailleuses et travailleurs constitue une condition absolument nécessaire de la qualité des services aux personnes.

Le PSSI vise donc un basculement fondamental dans l'articulation des politiques du social et de la santé afin de mieux prendre soins des bruxellois·es.

Trois axes incarnent ce basculement :

Premièrement, on a trop longtemps imaginé les politiques du social et de la santé au départ des secteurs. Or, avant tout, le point de départ du plan, ce sont les citoyen·ne·s. Nous devons progressivement opérer une rupture, et accompagner les secteurs dans leurs évolutions afin de s'adapter au mieux aux besoins de la population.

Deuxièmement, on a trop souvent procédé au départ des silos institutionnels : Fédéral, COCOM, COCOF, CPAS, communautés... Or ce plan pose les bases d'une coordination territoriale des services, quels que soient leur pouvoirs subsidiants, afin de pouvoir proposer aux citoyen·ne·s des trajets cohérents d'accompagnement et de soins. Ce sont donc les institutions qui s'adaptent aux problématiques des citoyen·ne·s, et non l'inverse.

Troisièmement, on a trop régulièrement considéré que l'aboutissement du processus, c'était le plan lui-même. Or, le PSSI est une feuille de route, un référentiel évolutif, et qui évoluera, pas une série d'actions gravées dans le marbre. C'est donc un cadre de base qui est voué à perdurer de manière dynamique, en co-construction constante avec les secteurs.

En cela, le PSSI met en œuvre une vision globale de l'aide et de la santé, au sens où c'est l'ensemble de l'éco-système qui est pris en compte et intégré afin de rendre la vie des bruxellois·es plus facile.

Excellente lecture !

Alain MARON & Elke VAN DEN BRANDT

Table des matières

REMARQUE LIMINAIRE 5

A. INTRODUCTION 8

1. Contexte socio-sanitaire en Région Bruxelles-Capitale 8
   a. Une région jeune et multiculturelle 8
   b. Une région aux inégalités socio-économiques, spatiales et sanitaires marquées 9
   c. Une région peuplée aussi d'habitant•e•s invisibles 11
   d. Une région au fort potentiel d'aides et de soins 12
   e. Une région accueillante 12
2. Des constats partagés 13
   a. Complexification des situations et difficultés d'accès aux services 13
   b. Morcellement de l'offre et des compétences 13
   c. Non recours 14
   d. Inégalités de genre 14
3. La crise COVID, révélatrice de manques et de leviers 15
   a. Manque de ressources et de préparation 15
   b. Adhésion de la population 16
   c. Réactivité, pro-activité et innovation 16
   d. Inégalités sociales et de santé renforcées par la crise 17

B. INTÉGRER LES POLITIQUES SOCIALES ET DE SANTÉ EN FAVEUR DU BIEN-ÊTRE DE TOU·TE·S LES BRUXELLOIS·ES 19

Principes structurants 19
1. Promotion de la santé 19
2. Intégration et décloisonnement 21
3. Approche territorialisée 21
4. Responsabilité populationnelle 22
5. Universalisme proportionné 23
6. Assurer l'accès aux droits, à l'aide et aux soins 23
7. Approche genrée 24
8. Appui et évaluation des politiques par les savoirs académiques, professionnel•le•s et expérientiels 24

AXE 1: AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE ET LA SANTÉ ET RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ 25

1. Agir sur les déterminants de la santé 25
   a. Considérer les enjeux socio-sanitaires dans toutes les politiques - Articuler le PSSI aux politiques régionales 25
   b. Améliorer le bien-être et la santé en améliorant l'environnement 28
   c. Améliorer l'accessibilité à une alimentation saine, de qualité et durable pour tou·te·s 29
2. Mener une politique intégrée de prévention et de médecine préventive en santé 30
3. Promouvoir la santé sexuelle et reproductives des Bruxellois·e·s 33
   a. Développer une stratégie en péri-natalité 33
   b. Contribuer à la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) 34
   c. Favoriser le soutien de l'EVRAS 34
4. Combattre les inégalités liées au genre 35
5. Lutter contre les discriminations 36
   a. Orientation sexuelle et LGBTQIA+ 36
   b. Racisme et discriminations 36

AXE 2: GARANTIR L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SERVICES 38

1. Augmenter l'accessibilité des services 38
   a. Améliorer la qualité de l'information et de la communication 38
   b. Soutenir et développer la fonction d'accueil 39
   c. Lutter contre la fracture numérique et assurer un service e-santé performant 39
   d. Développer une approche territorialisée du développement d'infrastructure 40
   e. Renforcer l'accessibilité des personnes en situation de handicap aux services du social et de la santé 40
2. Augmenter l'accessibilité aux droits et lutter contre le non-recours 41
   a. Simplification administrative 42
   b. Soutenir l'automatisation des droits 42
3. Développer des dispositifs adaptés aux réalités des familles monoparentales 42
4. Lutter contre le surendettement 43
5. Aide et soins aux personnes sans logement ou mal logées et prévention de la perte de logement 44
   a. Accueil et hébergement des publics vulnérables 45
   b. Accueil de jour et travail de rue 45
   c. Améliorer l'accès à un logement stable pour les personnes sans-abri et garantir un accompagnement adéquat 45
6. Atteindre les populations les plus éloignées des droits et des services 45
   a. Développer une fonction 0,5 46
   b. Mesures à destination de publics spécifiques 47
7. Harmoniser les pratiques des CPAS et soutenir l'innovation sociale 49

AXE 3 : AMÉLIORER LA STRUCTURE ET LA COORDINATION DE L'OFFRE DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS 50

1. Organiser l'offre d'aide et de soins sur une base territoriale 51
   a. Répartir les ressources en fonction des besoins locaux..... 52
   b. Développer les coordinations locales et le travail de réseau 53
   c. Définir une offre de base 53
   d. Développer une approche territoriale 54
2. Assurer la continuité des prises en charge 57
   a. Renforcer le travail en réseau 57
   b. Définir et soutenir des trajets d'aide et de soin..... 57
   c. Renforcer l'attractivité des métiers de l'aide et des soins..... 58
3. Améliorer les liens entre la première ligne socio-sanitaire, la médecine générale et l'hôpital 58
   a. Faciliter les passages entre la première ligne et l'hôpital 58
   b. Développer les collaborations dans le cadre des réseaux hospitaliers 59
   c. Plan stratégique régional de l'offre de soins hospitalière..... 60
4. Assurer le continuum de l'aide et du soin pour les personnes âgées 61
   a. Organiser l'aide et le soin de proximité 62
   b. Amener l'aide et le soin au domicile de chaque Bruxellois·e..... 63
   c. Développer des lieux de vie et des lieux de soutien alternatifs 63
   d. Accompagner la fin de vie..... 64
5. Améliorer la santé mentale de la population 65
   a. Renforcer et mieux coordonner l'offre de soins en santé mentale..... 64
   b. Développer les structures de soin et les alternatives résidentielles à l'hospitalisation..... 66
   c. Soutenir le développement des réseaux adultes « Brumenta » et enfants « Bru-stars » 67
   d. Développer la sensibilisation et la déstigmatisation 68

AXE 4 : CO-CONSTRUIRE UNE POLITIQUE SOCIAL-SANTÉ INTÉGRÉE 69

1. Intégrer les politiques sociales et de santé de la Cocom et de la Cocof 69
   a. Un processus continu d'intégration et de coordination..... 69
   b. La participation citoyenne..... 71
   c. Action communautaire et soutien à la qualité des interventions et des pratiques de terrain 72
2. Le Rapport sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales de santé..... 72
3. Supporter la prise de décision et l'intervention socio-sanitaire..... 73
   a. Structurer le recueil de données 73
   b. Favoriser l'approche intersectorielle par le transfert de connaissances et la formation..... 74
   c. Développer des points d'appui pour les services de 1ère ligne..... 75
   d. Développer la recherche participative 76

Remarque liminaire

> *Afin de mieux rencontrer l'ensemble des besoins de la population, il sera nécessaire d'assurer une plus grande cohérence des politiques menées. Au départ des politiques et des plans existants dans les différentes entités compétentes, le Gouvernement initiera des Etats généraux bruxellois de la santé et du social, dans la perspective de la rédaction du Plan social-santé intégré portant notamment sur une première ligne social-santé bruxelloise. Le Gouvernement s'inscrira dans une démarche de co-construction entre les acteurs publics et associatifs, les usagers et les chercheurs, en ce compris sur la méthode.*
>
> *Accord de majorité bruxellois 2019-2024*

Des États généraux du social et de la santé se sont réunis, dans des circonstances particulièrement compliquées compte tenu de la crise socio-sanitaire, et ont pu alimenter la rédaction du Plan social-santé intégré. Celui-ci se divise en deux parties et est accompagné d'un texte méthodologique.

Les deux parties sont, d'une part, **le plan stratégique** constituant un référentiel commun aux acteurs et actrices Bruxellois·es acti·f·ve·s dans le domaine du social et de la santé et, d'autre part, **le plan opérationnel** regroupant les actions visant à mettre en œuvre, de façon pluriannuelle, les principes et les objectifs stratégiques du référentiel.

Le PSSI sera complété durant cette année 2022 par le futur **Rapport sur l'état de la pauvreté *et des inégalités sociales et de santé***.[1] Celui-ci comprendra les contributions complémentaires des gouvernements bruxellois, entre autres celles relatives aux compétences régionales (emploi, logement, environnement).

En ce qui concerne la **Promotion de la santé**, le PSSI en reprend actuellement dans son référentiel les objectifs et stratégies prioritaires fixés dans le décret du 18 février 2016 et dans son plan stratégique 2018-2022. Le nouveau Plan de promotion de la santé 2023-2027, est également intégré au PSSI et vient compléter tout particulièrement son plan opérationnel.

Le **texte méthodologique** explicite la façon dont le PSSI — en suite des états généraux sur lesquels son élaboration s'est appuyée — s'inscrira dans un *processus continu de collaboration entre les pouvoirs publics bruxellois et avec les acteurs du social et de la santé*. Il est en effet essentiel de reconnaître que le présent document est un point de départ et non un point d'arrivée. En intégrant les apports des différents textes[2] programmatiques organisant le secteur socio-sanitaire, il a l'ambition d'en dynamiser et majorer les effets. Il constitue ainsi une synthèse provisoire des principes et objectifs stratégiques destinés à réunir les différents acteurs, ainsi que des actions déjà en cours ou proposées pour la mise en œuvre de ceux-ci.

Sur cette base, de façon transversale aux entités bruxelloises, différents **groupes de travail** (existants ou à créer) ainsi qu'une **instance consultative** seront institués en vue de la mise en œuvre continuée du PSSI, de son évaluation et de sa révision régulières. C'est seulement sur base d'un tel processus « apprenant » et intégré que pourront se déployer progressivement les transformations nécessaires des politiques sociales et de santé bruxelloises, en réponse à l'enchevêtrement des compétences et à leur manque de coordination pour faire face aux inégalités sociales (et) de santé qui marquent le territoire bruxellois.

1 Afin de prendre en compte les nombreuses interactions entre les problématiques de pauvreté et de santé, le Rapport sur l'état de la pauvreté sera complété d'un volet relatif aux inégalités sociales de santé.
2 Le Plan santé bruxellois, le Plan promotion de la santé et le Plan de lutte contre la pauvreté.

Un **décret et ordonnance conjoints** reprenant ces éléments sera proposé aux Assemblées de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française. L'ordonnance prévoit une coordination avec les gouvernements bruxellois (Région bruxelloise, VGC). Cela pourra utilement susciter les coordinations nécessaires sur la problématique du logement ou de l'emploi, dont on sait qu'ils constituent des déterminants de la santé.

Enfin, ce plan constitue la première pierre d'un édifice qui se veut plus vaste. S'il entend, dans un premier temps, mettre en cohérence et coordonner les politiques du social et de la santé exercées par la COCOM et la COCOF, il est évident que l'architecture institutionnelle de la Belgique impose de plus larges coopérations. Que ce soit avec les politiques du social et de la santé exercée par le niveau fédéral (soins de santé, incapacité de travail, invalidité, pensions, etc.) ou encore avec les politiques menées au niveau communautaire par les autres entités fédérées, dont la Communauté française qui exerce notamment des compétences en matière d'enseignement et de prévention en milieu scolaire. Si ce plan ne peut, par essence, engager d'autres niveaux de pouvoir à leur place, il engage néanmoins la Région bruxelloise à défendre les principes qu'il sous-tend et à nous concerter avec les autres entités fédérées pour le mettre en œuvre, si nécessaire ou utile, en nous appuyant sur les politiques menées par d'autres entités.

01

PARTIE 1 : référentiel stratégique

Pour une politique sociale santé intégrée en RBC

A. Introduction

1. Contexte socio-sanitaire en Région Bruxelles-Capitale[3]

Bruxelles s'impose de plus en plus comme une « petite ville mondiale »[4], inscrite durablement dans des dynamiques et des flux internationaux.

Ce développement récent donne à la Région bruxelloise des particularités fortes - une population jeune, en croissance continue et multiculturelle ; un territoire hétérogène ; des écarts de richesse et de bien-être importants ; une pression élevée sur le coût des logements — et esquisse les défis auxquels elle sera confrontée dans les années qui viennent.

a. *Une région jeune et multiculturelle*

La population de la Région bruxelloise est en croissance continue depuis le début des années 2000 et est beaucoup plus jeune que celle des autres régions. Au 1er janvier 2020, l'âge moyen y est de 37,6 ans contre 41,6 ans en Wallonie et 42,9 ans en Flandres.

Ceci s'explique à la fois par une natalité importante et une immigration internationale principalement constituée de jeunes adultes.

La Région bruxelloise accueille environ un tiers des migrant•e•s venant s'installer en Belgique. En conséquence, plus d'un tiers de la population bruxelloise (35%) est actuellement de nationalité étrangère et 58% de l'ensemble de ses habitant•e•s avaient une nationalité étrangère à la naissance. Ces chiffres traduisent la diversité culturelle présente sur le territoire de la Région.

La Région compte néanmoins un nombre important de personnes âgées. Elle devra affronter le fait qu'une proportion croissante d'entre elles seront à l'avenir beaucoup plus vulnérables socio-économiquement que la population âgée actuelle, ce qui nécessitera une adaptation de la prise en charge. A titre indicatif, la part des personnes vivant en Région bruxelloise à l'aide de la GRAPA (Garantie de revenus aux personnes âgées) a augmenté de façon importante ces dernières années, passant de 8% en 2008 à 12% en 2020.

3 Sauf mention supplémentaire, les données reprises dans cette partie sont issues de la publication suivante : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2020). Baromètre social 2020. Bruxelles : Commission communautaire commune. https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/2020-barometre-social.

4 Bruxelles apparaît en 24ème position du classement du Globalization and World Cities Research Network de la Loughborough University.

b. *Une région aux inégalités socio-économiques, spatiales et sanitaires marquées*

Bruxelles est marquée par de fortes différences socio-économiques, démographiques et sanitaires entre ses quartiers.

Les contrastes sont connus, entre d'une part la première couronne plus urbanisée et la deuxième couronne plus résidentielle et, d'autre part, entre l'ouest de la ville, historiquement constituées de quartiers plus populaires et l'est, fait de quartiers plus nantis. Ils dessinent la carte d'une Région bruxelloise hétérogène dans plusieurs dimensions.

Socio-économiquement d'abord. Bruxelles abrite à la fois les quartiers les plus pauvres et les plus riches de Belgique. Indicateur des inégalités de revenu, le coefficient de Gini calculé à partir des revenus nets après impôts sur la Région est le plus élevé du Royaume.

La distribution du revenu médian des déclarations fiscales par secteur statistique montre une tension particulièrement élevée entre le « croissant pauvre » au nord-ouest du Pentagone et les quartiers du sud-est de la Région qui concentrent la richesse.

Une part importante des Bruxellois•es vit dans la pauvreté. Un tiers de la population bruxelloise vit avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté (1.230 EUR par mois pour une personne seule et 2.584 EUR par mois pour un couple avec deux enfants). Chez les enfants et les adolescent•e•s, le chiffre est encore plus élevé : 41% d'entre eux grandissent dans un ménage dont le revenu est inférieur au seuil de risque de pauvreté. Selon un indicateur plus fin, tenant compte d'autres dimensions de la pauvreté que la seule pauvreté monétaire, 38% de la population est en situation de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale.

Cette situation recouvre une multitude d'états de carence et de fragilité :

- un cinquième de la population en âge de travailler (entre 18 et 64 ans) vit de l'aide sociale ou d'un revenu de remplacement (y compris les allocations de chômage),
- 29% des jeunes de 15-24 ans sont au chômage, ce taux est de 13% pour l'ensemble de la population active bruxelloise,
- plus d'un adulte sur cinq et plus d'un enfant sur quatre vivent dans des ménages à très faible intensité de travail. En outre, les familles monoparentales sont particulièrement vulnérables : seul un peu plus d'un tiers d'entre elles disposent d'un emploi,
- plus de 10% des 18-24 ans ont quitté l'enseignement secondaire prématurément,
- 28% des ménages bruxellois connaissent une forme de précarité énergétique et 23% font face à la précarité hydrique. Ces difficultés sont souvent liées à des situations de surendettement qui génèrent des conséquences importantes dans de nombreux domaines de la vie (procédures judiciaires, saisie de salaires, saisie de biens, coupure de services d'utilité publique, expulsion, etc.),

→ 25% des Bruxellois•es vivent dans un logement « inadéquat » (fuites, humidité) et/ou dans un logement surpeuplé. La Région bruxelloise est principalement habitée par des locataires (62% des ménages) : un tiers de ceux-ci consacre plus de 40% de son revenu à son loyer. Cette proportion monte à 70% pour les personnes locataires et bénéficiaires du revenu d'intégration sociale. Au 1er janvier 2020, plus de 48.000 ménages étaient sur la liste d'attente pour l'octroi d'un logement social.

Démographiquement, les disparités territoriales sont aussi très visibles. Que ce soit en termes d'âges, d'origine ou de densité, la population se répartit de façon irrégulière dans les différents quartiers bruxellois.

Ainsi la densité de population, qui s'élève en moyenne à 7.550 hab./km^2 sur la Région, varie entre 23.258 hab./km^2 à Saint-Josse-ten-Noode et 1.952 hab./km^2 à Watermael-Boitsfort.

Les taux de croissance de la population montrent des écarts notables selon les communes ; de 4% à Saint-Josse et Watermael-Boitsfort à plus de 16% à Evere ou Bruxelles-Ville. De façon générale, les communes formant le croissant pauvre renouvellent plus rapidement leur population en raison de leur fonction d'accueil des mouvements successifs d'immigration. Cette caractéristique distingue une ville « mobile », à la fois plus jeune, plus pauvre et plus multiculturelle, dans les quartiers centraux et une ville « stable » dans les communes de la deuxième couronne.

Les personnes isolées sont surreprésentées en Région bruxelloise. Elles constituent 46% de la totalité des ménages bruxellois.

Les familles monoparentales comptent elles pour 12% des ménages. A leur tête, se trouvent pour la toute grande majorité (86% selon une étude de l'IBSA[5]) des femmes. La monoparentalité est bien un phénomène genré. Non seulement la grande majorité des ménages monoparentaux sont constitués d'une femme élevant seule un ou plusieurs enfants, mais les problématiques vécues par ces familles sont imprégnées et renforcées par les inégalités de genre à l'œuvre dans notre société.[6]

En termes d'inégalités de santé, la position socio-économique et la répartition géographique des ménages jouent un rôle important et se manifeste selon un gradient social qui lie niveau socio-économique et état de santé.

Cette influence se fait sentir dès la naissance et tout au long de la vie. Ainsi, le taux de mortalité infantile est deux fois plus élevé (5/1000) dans les ménages sans revenus que dans les ménages disposant de deux revenus, et l'espérance de vie à la naissance diffère significativement selon le niveau socioéconomique de la commune de résidence. Entre les communes les plus pauvres et les communes les plus aisées de la Région, l'écart en termes d'espérance de vie des habitant•e•s est de 3 ans pour les hommes et de 2,5 ans pour les femmes (période 2013-2017).

Ces inégalités s'expliquent, entre autres, par les liens qui unissent santé, qualité du milieu de vie et environnement ; notamment via les différences de qualité de logement, d'exposition aux nuisances environnementales (pollution de l'air, odeur, bruit, vibrations) ou d'accès aux espaces verts et récréatifs.

5 https://ibsa.brussels/themes/population/menages

6 Voir également le Plan bruxellois de soutien aux familles monoparentales — juillet 2021 ; https://parentsolo.brussels/plan/Plan_Monoparentalite_2021.pdf

Par ailleurs, en terme de santé perçue, la proportion de personnes ne s'estimant pas en bonne santé varie significativement selon le statut social (à âge et sexe égal) : parmi les Bruxellois•es de 15 ans et plus n'ayant au maximum qu'un diplôme de l'enseignement primaire, plus de la moitié ne s'estiment pas en bonne santé, contre moins d'un cinquième parmi les diplômé•e•s de l'enseignement supérieur.

Des inégalités prononcées sont également visibles dans la distribution des risques d'affection (maladies chroniques, santé mentale, santé bucco-dentaire, etc.) mais aussi dans l'usage de la prévention (dépistage, vaccination) ou le recours aux soins.

L'accès aux soins reste en effet difficile pour de nombreux ménages bruxellois. D'après l'Enquête de Santé 2018, 16% des ménages bruxellois déclaraient avoir reporté des soins de santé pour raisons financières. Là encore, le gradient social est clair : le report des soins de santé diminue à mesure que les moyens financiers disponibles augmentent. En Région bruxelloise, 38% des ménages, présentant « des difficultés à joindre les deux bouts », déclarent avoir reporté des soins pour raisons financières, contre seulement 4% parmi les ménages ne déclarant aucune difficulté.

c. *Une région peuplée aussi d'habitant•e•s invisibles*

Les statistiques ou les données administratives ne parlent que des personnes dûment répertoriées dans les registres communaux, dans le Registre national ou dans les différentes banques de données de la Sécurité sociale. La Région compte aussi de nombreuses personnes qui y habitent mais qui ne sont pas comptabilisées dans la population officielle : étrangers ne disposant pas de titre de séjour en règle, étudiants non domiciliés, personnes sans résidence légale, diplomates et leurs familles, ...

La quantification de cette population « invisible » est par définition difficile. Quelques sources[7] permettent néanmoins de considérer qu'il s'agit d'un ordre de grandeur de plusieurs dizaines de milliers de personnes.

Ce constat plaide en faveur du développement et de l'amélioration de la production de données statistiques à Bruxelles. Il montre surtout que le poids des situations de grande précarité est très certainement sous-évalué. Cette réalité demande de réfléchir et d'orienter les politiques social-santé en conséquence.

Il ressort en effet du baromètre 2020 de l'Observatoire de la Santé et du social de Bruxelles que le nombre de personnes sans-papier est beaucoup plus élevé en Région bruxelloise que dans les deux autres régions du pays : en effet, la répartition du nombre d'aides médicales urgentes (AMU) par région indique que deux tiers des AMU octroyées en Belgique le sont en Région bruxelloise. Ceci représente 13.584 AMU sur l'ensemble de l'année 2020 en Région bruxelloise. Ceci est un nombre de bénéficiaires minimum (car il se peut qu'un•e seul•e bénéficiaire soit remboursé•e pour plusieur•e•s patient•e•s - par exemple des enfants). Ce chiffre est sans aucun doute bien inférieur au nombre réel de personnes sans droits étant donné qu'une partie d'entre eux ne recourent pas à l'aide médicale urgente.

7 Une recherche en cours (Measuring Invisibility in Brussels) dénombre, à partir des données du Registre national pour l'année 2013, plus de 18.000 personnes ayant perdu leur adresse de résidence légale en Région bruxelloise et non réinscrite. En 2015 le KCE estimait le nombre de personnes sans-papiers entre 85.000 et 160.000 pour l'ensemble du pays (Roberfroid D., Dauvrin M. (2015). Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier?. Bruxelles: Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé). Le dénombrement réalisé par Bruss'help en novembre 2020 recensait 5.313 personnes sans-abri ou en situation de mal-logement sur le territoire bruxellois. Au 1er janvier 2021, le SPF des Affaires Etrangères répertoriait en outre à Bruxelles plus de 11.000 personnes comme membres de familles de diplomates.

d. *Une région au fort potentiel d'aides et de soins*

Malgré un sous-financement structurel et non-proportionnel à l'augmentation de la demande, Bruxelles dispose d'une offre de services socio-sanitaires, tant ambulatoire que résidentielle ou hospitalière importante.

Sa fonction de capitale et son caractère urbain conditionnent l'usage qui en est fait. La présence d'un nombre élevé d'hôpitaux, dont certains très spécialisés, favorise la prise en charge d'une part considérable de patient·e·s non-Bruxellois·es. Le profil particulier de la population bruxelloise, multiculturelle et en situation de précarité, pèse également sur le type de soins consommés et sur la possibilité d'y accéder. En Région bruxelloise, on a moins recours aux soins en médecine générale et aux services à domicile mais plus aux soins spécialisés ou hospitaliers que dans les deux autres régions[8].

e. *Une région accueillante*

La Région bruxelloise accueille de nombreux·es non-bruxellois·es dans ses institutions de soins. Si cela témoigne de la qualité de ceux-ci, cela implique également une charge financière pour les pouvoirs publics qui n'est pourtant pas répercutée dans son financement par le niveau fédéral. Il importe donc de tenir compte de ce constat dans d'éventuelles renégociations de la Loi Spéciale de Financement.

Par ailleurs, cette situation impose d'assurer la portabilité des droits des citoyens. Qu'ils soient bruxellois se faisant soigner ailleurs, ou l'inverse. Les coordinations en la matière, entre les entités fédérées, et avec le niveau fédéral, doivent se poursuivre.

8 INAMI. Géographie de la consommation médicale en Belgique. https://www.riziv.fgov.be/fr/publications/Pages/geographie-consommation-medicale-belgique.aspx

2. Des constats partagés

Les données statistiques ne révèlent qu'une partie de la situation socio-sanitaire bruxelloise ; derrière les chiffres transparaissent les problèmes vécus au jour le jour par les Bruxellois·es et les professionnel·le·s.

Plusieurs diagnostics récents[9], émanant d'acteurs en prise directe avec le terrain, convergent dans l'identification de ces difficultés concrètes et ciblent les priorités d'actions.

a. *Complexification des situations et difficultés d'accès aux services*

Pour les populations précarisées, les problématiques sociales et de santé, physique et mentale, se conjuguent de plus en plus fréquemment et engendrent des situations complexes, nécessitant l'intervention de nombreux·ses professionnel·le·s. Cet enchevêtrement a des conséquences multiples, tant en matière d'adéquation ou d'efficience de l'intervention que de durée de prise en charge. Les personnes dans les situations les plus lourdes sont celles qui sont aussi les plus susceptibles de circuler entre les services.

La complexification des cas entraîne dès lors un recours accru aux réorientations qui elles-mêmes favorisent la saturation des services. Dans un cercle vicieux, la saturation restreint l'accessibilité et augmente la chronicisation.

Les publics les plus fragilisés (femmes victimes de violences, personnes âgées isolées, usagers de drogues, personnes sans titre de séjour en règle, personnes qui se prostituent, NEETs, sans-abris, personnes racisées, LGBTQIA+, roms, personnes handicapées…) sont en fait ceux qui accèdent le moins aux droits et aux services et ceux qui bénéficient avec le plus de difficulté de la continuité de l'aide et des soins. Les conditions d'accès, la complexité des procédures, l'inaccessibilité langagière, la fracture numérique multiplient les obstacles sur le chemin du soutien. Ces publics, du fait de leurs fragilités ou de leur vulnérabilité nécessitent une attention particulière et la construction de dispositifs innovants pour améliorer leurs situations.

b. *Morcellement de l'offre et des compétences*

L'offre de services dans le secteur social et de la santé est considérable mais complexe, mal connue et peu lisible, que ce soit pour les Bruxellois·es ou pour les professionnel·le·s. La segmentation de l'offre en niveaux, silos, disciplines, pathologies, publics-cibles …crée des barrières et rigidifie les parcours d'aide et de soins[10].

Cela renforce les entraves à l'accès, à la bonne orientation ou à la transition adéquate entre les services.

9 Rapport intersectoriel CBCS, Plan stratégique Brusano, Rapport transversal Brussels Takes Care, Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale (2017). Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise. Bruxelles : Commission communautaire commune.

10 Plan Santé Bruxellois, page 11, 12 et 47, et https://midi.brussels/sites/default/files/documents/organisation_de_laide_et_des_soins_de_premiere_ligne_en_region_bruxelloise_-_cbcs_2020.pdf ORGANISATION DE L'AIDE ET DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE EN RÉGION BRUXELLOISE, note de vision, IFA, Wetz et al. 2020

A un niveau supérieur, le morcellement des compétences social-santé entre plusieurs niveaux de pouvoir et la cohabitation de plusieurs Communautés exerçant, peu ou prou, les mêmes compétences, ne favorise pas les liens nécessaires à la construction d'une politique social-santé globale et systémique. Un travail d'harmonisation est également souhaitable en ce qui concerne les politiques sociales menées au niveau des communes et CPAS. Par ailleurs, les autres différentes collectivités et le gouvernement fédéral seront invités à participer à la mise en œuvre opérationnelle, chacun dans les limites de ses compétences.

c. *Non recours*

A l'intersection des deux problématiques précédentes, le non-recours aux droits apparaît comme le résultat de la rencontre entre une capacité individuelle limitée et des impasses structurelles. Une étude récente de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale[11] a montré un non-recours important parmi les personnes en situations de précarités et de pauvreté : malgré qu'ils ou elles y soient éligibles, de nombreux·ses Bruxellois·es ne bénéficient pas de droits sociaux ou n'ont pas accès aux soins de santé auxquels ils auraient pourtant droit. Le phénomène illustre par l'absurde les discordances observées entre l'existence de droits, l'offre de services et la réalité de leurs exercices et de leurs usages.

d. *Inégalités de genre*

La région doit aussi faire face à des défis qui transcendent les publics spécifiques et les territoires.

Les inégalités de genre amplifient les difficultés rencontrées majoritairement par les femmes, que ce soit en matière de revenus, d'emploi, d'accès aux soins de santé et aux services sociaux d'accès au logement ou à l'usage de l'espace public. Les violences psychologiques ou physiques sont également un phénomène qui pèse très lourdement sur les femmes dans tous les domaines de leur vie.

11 Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale (2017). Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise. Bruxelles : Commission communautaire commune.

3. La crise COVID, révélatrice de manques et de leviers

Le coronavirus a agi comme un révélateur des forces et des faiblesses de notre système de soins et d'action sociale et, de façon plus large, de l'importance et de l'étendue des inégalités sociales et de santé. Il a montré aussi l'engagement de tou·te·s les protagonistes, du terrain, des administrations, du gouvernement, pour faire face à l'adversité et apporter les meilleures réponses possibles en fonction du contexte toujours évolutif. Depuis le début de l'épidémie, plus de 232.000 cas confirmés d'infection par le SRAS-CoV-2 ont été déclarés à Bruxelles[12]. Fin décembre 2021, il était répertorié 3.727 décès liés au coronavirus. A la même période, 72% de la population au-dessus de 18 ans (soit 715.000 personnes) était vaccinée complètement (2 doses).

a. *Manque de ressources et de préparation*

Les acteurs de première ligne et les administrations se sont engagés dès les premiers jours pour tenter de limiter l'impact de cette pandémie sur la santé et le bien-être des Bruxellois·es. De nombreux dispositifs ont pu être mis en place au fil des mois pour répondre aux besoins : fabrication de masques et d'équipement de protection individuelle, distribution de repas, numéro d'appel pour la médecine générale, pour les urgences sociales, et bien d'autres initiatives.

La virulence de l'épidémie a mis en évidence les déficiences du système socio-sanitaire bruxellois en cas de crise majeure. Elle a ainsi montré que nous ne disposions pas des ressources suffisantes - notamment au niveau de la première ligne- et suffisamment structurées pour soutenir la politique de gestion des risques sanitaires.

Ce diagnostic avait déjà été fait en 2017[13] lors d'une évaluation réalisée par l'OMS et qui concerne aussi bien le contrôle de l'épidémie de coronavirus que celui des autres épidémies telles que celle de la tuberculose, de la grippe saisonnière, de la méningite, du norovirus ou de la rougeole.

L'absence de préparation logistique et de connaissances mobilisables pour contrer l'épidémie s'est fait ressentir dès son entame, en témoignent douloureusement les situations vécues dans les maisons de repos. La crise du coronavirus démontre la nécessité de doter la Commission communautaire commune, l'entité compétente à Bruxelles, d'une véritable capacité de gestion politique et opérationnelle des risques sanitaires et épidémiques actuels, mais également des risques environnementaux de demain, et de leur impact sur la santé des populations et sur le système de santé.

L'absence de relais activables au niveau de la population a été préjudiciable à une bonne circulation de l'information, des autorités sanitaires vers la population et de la population vers les autorités sanitaires. Ce n'est qu'en cours d'épidémie que des dispositifs tels les Field Agents, les Relais d'Action de Quartier, les Community Health Workers ou les Infirmier·ère·s de Santé Communautaire ont pu être déployés dans certains quartiers.

Un nouveau plan de gestion des risques sanitaires devra être élaboré qui permette de traiter les différents volets d'une crise sanitaire : prévention, préparation, capacité de réaction et rétablissement. Le plan doit pouvoir anticiper les besoins et, en cas de crise, pouvoir rapidement mettre en place les dispositifs liés à la gestion de crise.

12 Les données de ce paragraphe sont tirées de l'outil en ligne accessible sur le site de Sciensano : https://www.sciensano.be/fr

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

b. *Adhésion de la population*

La question de l'adhésion de la population aux mesures nécessaires à enrayer l'épidémie (testing et tracing, quarantaine, isolement, gestes barrières, masques et vaccination), mais aussi sa capacité pratique à les mettre en œuvre sont des éléments centraux dans la gestion d'une telle crise sanitaire[14].

A Bruxelles particulièrement, on sait que les ressorts de l'adhésion et de son intensité sont tributaires de facteurs sociaux, économiques et culturels.

Ainsi, le pourcentage de vaccination dans la population adulte se distribue sur le territoire selon une logique identique aux inégalités socio-économiques qui le structurent ; plus le revenu moyen est élevé, plus le taux de vaccination l'est également.

Cette réalité indique l'attention qu'il faut donner aux conditions qui rendent l'adhésion possible et la nécessité de les appuyer par des pratiques de terrain communautaires éprouvées notamment en promotion de la santé, au plus près des besoins des gens. C'est dans ce sens qu'a été créé par exemple le projet ALCOV[15] et l'équipe mobile des Relais d'Action de Quartier ou les Stratégies Concertées de promotion de la santé en temps de crise[16].

c. *Réactivité, pro-activité et innovation*

Un enseignement positif de la crise est la grande réactivité, créativité et flexibilité dont a fait preuve tout le secteur du soin et de l'action sociale, que ce soient les acteurs institutionnels, de la médecine hospitalière et résidentielle, des secteurs ambulatoires ou de la promotion de la santé. Les exemples sont nombreux de réorganisations internes, de collaborations inédites, de créations de nouveaux dispositifs. A titre d'exemples, on peut citer la création du numéro vert « Urgences sociales », l'ouverture d'hôtels à destination des personnes sans-abri, mal logées, ou de femmes victimes de violences, le bénévolat de professionnel·le·s de santé dans les MRS lors de la première vague, mais aussi les nombreuses expressions d'une solidarité exceptionnelle entre citoyen·ne·s[17].

La crise en cours démontre également l'importance, dans le contexte socio-sanitaire bruxellois, des pratiques communautaires et *bottom-up. La première ligne a joué un rôle particulier et essentiel pendant la crise de la Covid-19 en raison de sa proximité avec les citoyen·ne·s. Grâce à cette proximité, les acteurs de première ligne ont été en mesure d'établir une relation de confiance avec la personne souhaitant une aide, ce qui présente de nombreux avantages : meilleur diagnostic, prévention des reports ou renonciations aux soins, meilleure compréhension du problème de la part de la personne demandeuse, etc.*

14 Voir, par exemple, le baromètre de la motivation : https://motivationbarometer.com/
15 Action Locale pour COntrer le Virus
16 Rousseaux R. et Malengreaux S. (2022). Promouvoir la santé en temps de crise sanitaire— Capitalisation d'expériences bruxelloises. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS/RESO. Disponible à l'adresse : https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/publications-du-reso.html
17 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2021). Solidarité et pauvreté. Contribution au débat et à l'action politiques, Rapport bisannuel 2020-2021.,, Bruxelles : Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale.

Les diagnostics communautaires, l'outreaching, les démarches communautaires en santé, la pair-aidance et les logiques de « personnes-relais » dans les quartiers, les techniques de réduction des risques et les stratégies concertées avec différents secteurs sont autant de méthodes qui ont fait leur preuve durant la crise et particulièrement durant les deux confinements. Elles ont permis d'accompagner plus finement divers publics « sous le radar » ou plus complexes à toucher[18].

Pour être pleinement efficace, ces méthodes nécessitent toutefois des formations, un accompagnement et une évaluation continue. Elles doivent être mises en œuvre plus largement, à des degrés divers, dans les secteurs socio-sanitaires bruxellois.

d. *Inégalités sociales et de santé renforcées par la crise*

L'épidémie de coronavirus a dramatiquement éclairé et renforcé les inégalités sociales et de santé, de deux manières principales.

Premièrement en touchant de façon plus importante les quartiers et les populations les plus défavorisées. Les communes qui font partie du croissant pauvre (Molenbeek, Saint-Josse-Ten-Noode, Anderlecht, certains quartiers de Bruxelles-Ville) ont été relativement plus touchées par les infections. Cela s'explique par le fait que les populations habitant ces quartiers sont des groupes présentant des conditions qui les exposent à un risque plus élevé : densité d'habitant·e·s plus importante par quartier et par logement, plus haute proportion d'emplois de contact, et considérés comme essentiels (caissière, livreurs, chauffeurs, métiers de la construction, ...), usage plus fréquent des transports publics, pollution de l'air. La maladie a frappé de façon non aléatoire les populations les plus précarisées.

Outre les conséquences sanitaires directes de la maladie, la pandémie a également eu un fort impact indirect sur les personnes en difficultés socio-économiques, notamment en rendant l'accès aux soins encore plus difficile, en favorisant d'autant le report de soins mais aussi par les conséquences sur la santé mentale de ces populations et en particulier les plus jeunes.

La surmortalité a aussi été plus élevée dans ces quartiers[19]. Les inégalités de santé comme une plus grande proportion de personnes porteuses de maladies chroniques aggravant le risque de souffrir d'une maladie sévère (diabète, obésité, affections respiratoires) ou un accès plus difficile aux soins ont exposé les habitant·e·s à un plus grand risque de développer une forme grave de la maladie. Une plus grande vulnérabilité face à la maladie des populations précarisées a causé plus de décès.

Deuxièmement, à travers les mesures prises pour contenir l'épidémie, la crise a également eu un impact social important. Les chiffres montrent de manière générale que les inégalités sociales déjà existantes se sont accrues[20].

→ 34% des Bruxellois·es ont signalé une perte de revenus en mai 2020 et 30% en mars 2021. La situation des indépendant·e·s est plus grave encore : 61% indiquent que leur situation financière s'était détériorée en mars 2021 (en mai 2020, ce chiffre était de 68%). Ces pourcentages sont supérieurs à ceux des deux autres régions.

18 Favresse D. et Geurts F. (2022). Impact Covid-19 — Services médico-sociaux de première ligne à Bruxelles : impact de la crise sanitaire et recommandations.

19 Bourguignon M., Damiens J., Doignon, Y., Eggerickx T., Fontaine S., Lusyne P., Plavsic A., Sanderson J.-P (2020). L'épidémie de Covid-19 en Belgique : les inégalités sociodémographiques et spatiales face à la mort. Document de travail 17. Louvain-la-Neuve : Centre de recherche en démographie.

20 Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2020). Baromètre social 2020. Bruxelles : Commission communautaire commune.

- Sur l'ensemble de l'année 2020, 16% des salarié•e•s en moyenne ont été mis en chômage temporaire et 22% des indépendant•e•s ont bénéficié du droit passerelle. Bien que leur niveau de vie ait considérablement baissé, le problème le plus aigu résidait dans le grand nombre de personnes de la région qui passaient entre les mailles du filet de la sécurité sociale. Il s'agit entre autres de certain•e•s indépendant•e•s, d'un grand nombre d'artistes, de travailleur•euse•s occupant un emploi précaire, d'étudiant•e•s, de travailleur•euse•s non déclaré•e•s, de sans-abri et de sans-papiers, qui ne pouvaient pas bénéficier d'un tel droit en raison de leur statut.
- Les femmes ont été particulièrement affectées par les effets de la crise[21] : leur taux d'activité, déjà inférieur à celui des hommes, a diminué en 2020 ; leur santé mentale s'est dégradée plus que celle des hommes ; le signalement de violences intrafamiliales et de harcèlement a augmenté significativement ; les conditions de vie des familles monoparentales se sont encore détériorées.
- En raison de la précarisation et de la perte d'emplois, le nombre de demandes auprès des CPAS a fortement augmenté.
- L'inégalité d'accès à un logement de qualité s'est accentuée pendant la crise, les conditions étant particulièrement défavorables dans les quartiers pauvres et densément peuplés, sans espaces verts à proximité, sans jardins et avec des logements souvent surpeuplés.
- Les inégalités en matière d'enseignement, déjà existantes, ont été exacerbées par la crise en raison de l'interruption des cours et des activités à l'école et de l'enseignement à distance.
- Le processus de dématérialisation des services publics et privés (pour l'éducation, les droits sociaux, la participation sociale, etc.) s'est accéléré pendant la crise, amplifiant la fracture numérique. Par ailleurs, l'isolement social a été un frein de plus à l'accès aux droits et aux services

21 Conseil Bruxellois de l'Egalité entre les Femmes et les Hommes, L'impact du COVID-19 sur les inégalités entre les femmes et les hommes, Bruxelles : Conseil Bruxellois de l'Egalité entre les Femmes et les Hommes.

B. Intégrer les politiques sociales et de santé en faveur du bien-être de tou•te•s les Bruxellois•es

Le diagnostic socio-sanitaire bruxellois, aggravé par les effets de la crise récente du Covid -19, dresse un portrait préoccupant de la situation actuelle. Celle-ci exige de prendre des mesures fortes, ciblées et structurées, pour réduire les déséquilibres les plus importants et construire une offre d'aide et de soins articulée et capable de répondre aux besoins essentiels de toutes les personnes vivant à Bruxelles.

De trop grandes disparités existent en matière de bien-être entre les quartiers, trop de Bruxellois•es ne sont pas en mesure de jouir pleinement de leurs droits ou d'accéder à l'offre d'aide et de soins.

L'objectif général de ce Plan Social Santé intégré est la production d'un modèle renouvelé de l'offre de l'aide et du soin qui repose sur un usage plus intégré de tous les moyens disponibles. Il s'agit de pouvoir offrir un service de base à l'ensemble de la population bruxelloise tout en atteignant les personnes les plus éloignées de l'aide et du soin. Cela impliquera d'organiser l'offre sur une base territoriale au plus près des besoins locaux et dans une approche globale des situations. Pour cela, il est indispensable en amont de décloisonner les politiques de santé, de promotion de la santé et du social et de favoriser un travail de terrain intersectoriel et transversal. Ajoutons encore un aspect essentiel souvent perdu de vue : le bien-être des travailleur•euse•s constitue une condition absolument nécessaire de la qualité des services aux personnes : cette question est traitée dans le cadre de la mise en œuvre de l'accord non marchand conclu en 2021.

Autant d'éléments qui définissent un projet ambitieux et qui rassemblent les volontés afin de garantir l'accessibilité, la qualité et la durabilité de l'offre d'aide et de soins à tou•te•s les Bruxellois•es.

Les quatre axes suivants structureront donc la présentation de ce plan stratégique :

1. **Améliorer la qualité de vie et la santé et réduire les inégalités sociales et de santé,**
2. **Garantir l'accès aux droits et aux services,**
3. **Améliorer la structure et la coordination de l'offre des services d'aide et de soins**
4. **Co-construire une politique social-santé intégrée**

Ils doivent s'inscrire dans un cadre de référence commun reposant sur huit principes qui structurent l'ensemble des politiques menées.

Les huit principes structurants du PSSI

1. Promotion de la santé

Le présent Plan social-santé intégré s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé, au sens large d' « un état complet de bien-être physique, mental et social ». La santé doit être considérée comme une ressource de la vie quotidienne permettant à l'individu (et à la collectivité) de « réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins, d'une part, et de changer son environnement ou de s'adapter à celui-ci, d'autre part ».

Cette vision sous-tend donc, d'une part, une approche de la santé à travers les déterminants sociaux et les déterminants des inégalités sociales de santé. Elle souligne la nécessité d'agir en amont des problèmes socio-sanitaires afin d'en tarir autant que possible les causes hors de portée des individus en tant que tels, c'est-à-dire les déterminants sociaux et environnementaux à l'origine d'importantes pertes de bien-être. « La santé est déterminée par les quartiers et les communautés où les gens vivent, s'aiment, travaillent, font leurs achats et laissent jouer leurs enfants. La santé est l'un des meilleurs indicateurs de l'atteinte des objectifs de développement durable par les villes, et contribue à` rendre les villes inclusives, sûres et résilientes pour l'ensemble de la population[22]. »

D'autre part, ce plan veut donc soutenir une visée émancipatrice permettant à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et les causes de vulnérabilité. Cela passe à la fois par le développement des aptitudes personnelles, notamment grâce à des informations accessibles de qualité, et par le soutien à l'action communautaire via la participation citoyenne aussi bien au diagnostic des problèmes qu'à la définition des projets de solution.

Enfin, en aval de l'apparition des problèmes socio-sanitaires, il est essentiel d'adapter en ce sens l'organisation et les missions des services chargés d'en réduire les impacts individuels et collectifs et autant que possible de les prévenir. Ceux-ci ne peuvent évidemment pas tout, tant, on l'a dit, le poids des déterminants sociaux et environnementaux pèsent sur les problématiques qu'ils rencontrent. Cependant, l'action du système socio-sanitaire, dans la limite des moyens qui lui sont affectés, peut être plus ou moins efficace, plus ou moins adéquate, en particulier en ce qui concerne la répartition des ressources entre les soins de santé et la prévention.

22 Déclaration de Shangaï, cité dans Plan stratégique de promotion de la santé (2018). Bruxelles : Commission communautaire française, p.5.

2. *Intégration et décloisonnement*

Pour répondre à la complexification des situations, à l'intrication toujours plus étroite des problématiques sociales avec les inégalités de santé et à l'accroissement des maladies chroniques, il est nécessaire de penser et de produire des modèles d'accompagnement et de soins plus et mieux intégrés[23], qui brisent les cloisons entre secteurs et niveaux d'intervention.

L'approche intégrée se concrétise dans la volonté de mieux coordonner les professionnel·le·s, de consolider les parcours de soins et d'aide en évitant les ruptures d'accompagnement, de permettre à quiconque qui entre dans le système socio-sanitaire de trouver réponse adaptée à ses besoins dans toutes ses dimensions et tout au long de sa vie. Elle permet, dans une démarche centrée sur la personne, de combiner à bon escient les services présents sur le territoire pour coproduire le plus haut niveau de qualité possible dans l'accompagnement et le soin, dans un continuum qui va de la promotion de la santé aux soins palliatifs.

Elle implique aussi une plus grande cohérence au niveau des outils qui rendent son organisation possible : textes législatifs, encadrement administratif, mise en cohérence des politiques menées par les différents niveaux de pouvoir.

L'intégration de l'aide et des soins poursuit un quadruple objectif : 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, améliorer le bien-être des professionnel·le·s de l'aide et des soins.

3. *Approche territorialisée*

L'organisation territoriale de l'aide et des soins va de pair avec la dynamique d'intégration. Elle rend celle-ci opérationnelle en délimitant le périmètre du cadre commun d'intervention. Elle permet de définir et d'adapter une offre de services cohérente par zone géographique en prenant en compte le type de services à offrir, la taille et les besoins des publics-cibles, l'étendue des ressources disponibles, les divisions administratives[24].

Le niveau du quartier est celui auquel se déploie l'offre socio-sanitaire de base : la première ligne d'aide et de soins sous forme d'un centre d'accompagnement social et de soins primaires polyvalent ou d'un réseau formalisé d'intervenants. Ce niveau permet la prise en compte des personnes dans une relation de grande proximité, immergée dans le milieu de vie et en appui sur une pluralité de ressources dont certaines informelles (proches, voisins, commerçants, ...).

L'organisation d'une offre de base sur l'ensemble des quartiers de la Région répond à l'exigence d'égalité minimale de traitement de tou·te·s les Bruxellois·es. Elle vise, sur le principe de la justice spatiale, à assurer une meilleure accessibilité physique aux services à une échelle locale et à favoriser la continuité de l'accompagnement.

Ce niveau primaire est lui-même inclus dans les niveaux d'intervention supérieurs, que sont les bassins d'aide et de soins et le niveau régional.

Les Communes et CPAS sont des acteurs importants de la vie sociale et pour le bien-être de la population. Ils disposent de moyens et de compétences importantes pour améliorer le bien-être des citoyen·ne·s. Ils sont des partenaires clés de l'action territorialisée, aussi bien au niveau des quartiers que des bassins d'aide et de soins.

23 Schrijvers, G. (2017). Integrated Care: Better and Cheaper : With a Selection of More than 100 Good Practices of Integrated Care. Den Haag: Sdu Uitgevers.

24 Certaines législations (la compétence des CPAS est communale) ou certains règlements (l'INAMI oblige les maisons médicales au forfait à se définir un territoire géographique) se déploient déjà sur une base territoriale.

4. Responsabilité populationnelle

Le quartier, par les possibilités qu'il offre en matière de coordination des ressources, d'aménagement et d'intégration dans une politique de la ville favorable à la santé, est l'échelle de territoire à laquelle il est possible d'agir le plus activement sur le bien-être des habitant•e•s.

Les autorités publiques ont, à ce titre, une responsabilité à l'égard des habitant•es et des services publics sur un territoire donné. L'ensemble des opérateurs socio-sanitaires, au sens large, présents sur le territoire local doivent se sentir concernés par l'objectif d'amélioration de ce bien-être, compte tenu de l'engagement et des moyens mis à leur disposition par les pouvoirs publics. A cet égard, ils partagent une responsabilité collective.

La responsabilité des services envers la population présente sur une zone d'intervention, que ce soit le quartier, le bassin d'aide et de soins ou l'entièreté de la Région, en lien avec le niveau communal existant, articule deux logiques :

- la volonté de penser l'action et d'organiser l'aide et les soins de façon intégrée en fonction des besoins des territoires et de leurs populations plutôt que selon la seule offre existante et la seule demande exprimée. Cela suppose l'usage d'outils de repérage et de diagnostics, le développement de pratiques de promotion de la santé et de prévention (social et santé), le recours à l'action communautaire.
- la capacité, pour tout service, d'accueillir tout•e habitant•e et de l'orienter vers l'offre la plus adéquate à sa demande.

5. *Universalisme proportionné*

Les chiffres le montrent, les Bruxellois·es ne sont pas égaux en termes de bien-être et ne demandent donc pas la même attention pour leur procurer un niveau de bien-être digne. Ainsi les réponses apportées doivent-elles également être proportionnées à l'ampleur des besoins des personnes.

Dans le cadre de moyens limités, les politiques socio-sanitaires doivent à la fois respecter le principe d'universalisme (offrir l'accès aux mêmes services à l'ensemble de la population) mais cibler leurs efforts et moduler leurs effets en prenant en compte les inégalités sociales et de santé. Un programme d'actions socio-sanitaires reposant sur l'idée de l'universalisme proportionné veillera à articuler des prestations universelles et des prestations ciblées à destination des groupes dont l'état de fragilité et le risque associé de non accès aux droits et aux services est plus important.

6. *Assurer l'accès aux droits, à l'aide et aux soins*

La disponibilité de l'offre ne garantit pas son accessibilité. De nombreuses barrières peuvent empêcher les personnes d'atteindre le service recherché.

Assurer un accès maximal pour tous les publics implique d'améliorer à la fois,

- l'accessibilité spatiale par une optimisation de la quantité et de l'emplacement de l'offre ainsi que par l'augmentation des capacités de mobilité des personnes. L'approche territorialisée contribue significativement à cet objectif.
- l'accessibilité non-spatiale par un travail sur un ensemble de facteurs qui facilitent la rencontre entre les personnes et le droit, l'aide ou le soin. Cela passe notamment par une attention et des actions sur la commodité de l'offre (horaire, accueil, usage des langues, démarches administratives), sur son coût ou encore sur sa visibilité et la promotion qui en est faite.

Les publics les plus stigmatisés, les plus éloignés de l'offre, les plus susceptibles de ne pas y avoir recours doivent en outre faire l'objet d'une attention particulière à travers des dispositifs volontaristes d' « aller vers » et d'accueil inconditionnel (bas seuil) quelle que soit la situation du demandeur ou de la demanderesse. Cette approche multidisciplinaire, flexible et proactive, non discriminante et respectueuse de la personne a pour objectif à terme de réintégrer le ou la patient·e dans la première ligne d'aide et de soins.

Dans le cadre de la Charte Handistreaming, une attention particulière devra être apportée aux droits des personnes en situation de handicap, en éliminant autant que possible les barrières à l'accès aux services socio-sanitaires, qui sont autant d'obstacles à surmonter pour ce public.

7. Approche genrée

Le genre est un concept, une grille de lecture et d'analyse qui permet de comprendre la manière dont la société désigne les processus et les rapports sociaux qui organisent et polarisent les êtres humains en différentes catégories de sexe. Le genre est défini par Bereni et Achin comme un rapport de pouvoir relationnel imbriqué dans d'autres rapports sociaux. Il désigne le processus de bi-catégorisation en homme/femme et les valeurs qui lui sont associées (masculin/féminin).[25] Le terme genre renvoie aux rôles, aux comportements, aux expressions et aux identités que la société assigne aux hommes, aux femmes, et aux personnes qui ne correspondent pas à cette binarité de genre (intersexes, trans, queer, non-binaires, etc). Il architecture la perception qu'ont les gens d'eux-mêmes et d'autrui, leur façon d'agir et d'interagir ainsi que la manière dont se répartissent le pouvoir et les ressources dans la société.

Dans les recherches en santé publique, de nombreux travaux montrent d'importantes différences entre hommes et femmes en matière d'espérance de vie, de mortalité, de morbidité mais aussi de représentations par rapport à la santé et aux comportements de santé. L'usage du concept de genre pour évaluer les politiques menées en matière d'accompagnement social et de soins permet de prendre en compte les causes de ces différences et d'agir en conséquence. Dans la mise en œuvre du plan, une attention particulière sera accordée aux inégalités de santé basées sur le genre, à travers un effort de sa prise en compte dans les actions.

8. Appui et évaluation des politiques par les savoirs académiques, professionnels et expérientiels

Les actions menées sur le terrain doivent répondre à des exigences d'effectivité, de redevabilité et d'implication des professionnel·le·s de terrain et des habitant·e·s.

Pour ce faire, elles doivent reposer sur, et produire au fur et à mesure de leur déroulement, des informations pertinentes issues de la recherche scientifiques, de la pratique professionnelle et de l'expérience des usagers. Le recueil, l'analyse et la mise à disposition des données génèrent un environnement propice à la production d'interventions efficaces, à leur évaluation, à l'information et à la participation des publics.

La mise en place de dispositifs de diagnostics, de production de données, d'évaluation (quantitative et qualitative) et de participation des parties prenantes soutient la qualité des politiques socio-sanitaire et participe à l'instauration d'une réelle démocratie sanitaire.

25 Achin C., Bereni L. (dir) Dictionnaire genre et science politique. Concepts, objets, problèmes. Paris, Les presses de Sciences P, coll « Références », 2013

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

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

Deux constats[26] s'imposent :

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

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

1. Agir sur les déterminants de la santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Promouvoir la santé et les stratégies de promotion de la santé dans toutes les politiques[31]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Promouvoir et favoriser des aptitudes favorables à la santé

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

5. Réorienter les services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

34 Centre d'Ecologie Urbaine et ULB (2021), *Les inégalités environnementales bruxelloises : revue critique et leviers politiques.* Bruxelles : Centre d'écologie urbaine.
35 Groupe Intergouvernemental d'Experts sur l'évolution du Climat
36 *Convention on Biological Diversity*
37 Bruxelles Environnement (2015). *Stratégie Good Food. Vers un système alimentaire plus durable en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles : Bruxelles environnement.* https://environnement.brussels/thematiques/alimentation/action-de-la-region/strategie-good-food-vers-un-systeme-alimentaire-plus
38 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2019). *Durabilité et pauvreté.* https://www.luttepauvrete.be/durabilite-et-pauvrete-contribution-au-debat-et-a-laction-politiques/

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a. Développer une stratégie en péri-natalité

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

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

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

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

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

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

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

43 Voir la mesure n° 25 du plan bruxellois de lutte contre les violences faites aux femmes. https://equal.brussels/wp-content/uploads/2020/06/Presentation_Plan_Violences_DEF.pdf

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

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

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

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

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

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

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

c. Favoriser le soutien de l'EVRAS

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

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

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

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

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

47 https://dulbea.ulb.be/wp-content/uploads/2021/07/21.02-EVRAS_Rapport-final.pdf

4. Combattre les inégalités liées au genre

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

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

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

5. Lutter contre les discriminations

a. Orientation sexuelle et LGBTQIA+

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

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

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

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

b. Racisme et discriminations

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

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

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

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

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

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

51 «Discrimination envers les personnes d'origine subsaharienne : un passé colonial qui laisse des traces» UNIA, mai 2017
En Marche - Malades du racisme «recommandation 144/avril 2016 «implémentation des compétences transculturelles dans le nouveau curriculum de la formation en soins infirmiers»

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

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

AXE 2 : Garantir l'accès aux droits et aux services

Un objectif central de la politique social-santé en Région bruxelloise est de permettre à chaque Bruxellois·e d'atteindre le niveau de bien-être physique, mental et social le plus élevé possible en partant de ses attentes et de sa situation.

Actuellement, un trop grand nombre d'entre nous ne jouissent pas pleinement de leurs droits fondamentaux et ne parviennent pas à utiliser avec assez de facilité l'offre d'aide sociale et de soins de santé. Améliorer l'accès de chacun·e aux droits et aux services existants est une condition sine qua non pour aboutir à plus d'équité sanitaire et de justice sociale.

Pour ce faire, il convient :

- de faciliter et simplifier l'accès aux droits en agissant directement sur les obstacles administratifs et organisationnels,
- de rendre l'offre d'aide et de soins plus proactive, plus visible, plus accueillante, plus transparente et plus uniforme afin de fournir un même niveau de service à l'ensemble des Bruxellois·es,
- d'étendre la couverture socio-sanitaire aux publics qui éprouvent le plus de difficulté à y recourir.

1. Augmenter l'accessibilité des services

a. Améliorer la qualité de l'information et de la communication

Une information compréhensible et correcte est une condition nécessaire pour que les personnes qui sont éligibles à un droit puissent effectivement en bénéficier. L'information doit parvenir aux ayants droit et doit être suffisamment claire pour qu'ils comprennent les démarches qu'ils doivent entreprendre pour pouvoir bénéficier de leurs droits.

Dans une ville de plus en plus multiculturelle, la qualité de l'accueil et de l'accompagnement est par ailleurs toujours plus tributaire de la maîtrise de langues étrangères par les différents services.

Il est donc nécessaire de prendre des mesures visant à améliorer la qualité de l'information et de la communication des services sociaux et de santé vers les Bruxellois·es, mais aussi à destination des professionnel·le·s. Un ensemble de moyens peuvent être envisagés comme la production de répertoires et de guides, le recours accru aux experts du vécu et à l'interprétariat, la décentralisation de certains services publics, la mise en place de numéros verts, l'intégration du handistreaming dans les politiques, etc.

Durant la crise, différents service d'accueil et d'orientation téléphonique ont été mis en place : le numéro vert social, le 1710, le call center T&T. D'autres existaient auparavant. La pertinence d'une ligne d'accueil et d'orientation social santé pour les professionnel·le·s et pour le grand public a été largement démontrée. Une évaluation devra déterminer l'organisation la plus agile pour permettre aux acteurs de terrain de prendre le relais de ce service d'accueil social santé généraliste téléphonique selon les besoins de la personne aidée.

b. Soutenir et développer la fonction d'accueil

Le moment de la rencontre entre la personne et le service, qu'il soit public ou privé, est un moment crucial. La qualité de l'accueil, physique ou virtuel, détermine en partie la suite du parcours de celle-ci vers les droits, l'aide et les soins.

Un accueil de qualité par un personnel qualifié doit permettre d'asseoir une relation de confiance, respectueuse des personnes, centrée sur l'expression de la demande et qui puisse déboucher sur l'offre la plus adéquate à la situation. Il repose sur la communication d'informations précises, la facilitation des démarches administratives et, si possible, l'orientation appropriée.

c. Lutter contre la fracture numérique et assurer un service e-santé performant

L'outil informatique devient de plus en plus fréquemment le medium nécessaire pour accomplir des démarches, obtenir des informations, prendre rendez-vous. La crise du coronavirus n'a fait que renforcer cette dynamique. Beaucoup d'institutions ont réduit, voire supprimé, leur capacité d'accueil physique au profit d'un accueil téléphonique ou virtuel. Ce faisant, ils ont en fait amoindri leur accessibilité.

Une proportion importante des publics les plus précaires est pourtant en difficulté face aux outils numériques : pas d'ordinateur, pas de connexion internet, pas de compétences suffisantes. A Bruxelles, 15% des habitant•e•s n'ont jamais utilisé un ordinateur.

Dans un monde qui se numérise à grande vitesse, il est indispensable, dans une optique de justice sociale, de conserver des chemins d'accès physiques aux institutions publiques et parapubliques.

Par ailleurs, il faut considérer aujourd'hui l'usage des outils numériques comme une composante de l'exercice pratique de la citoyenneté. En conséquence, il convient de fournir aux Bruxellois•es les moyens d'utiliser ces outils : formation, multiplication des espaces publics numériques, aide à l'équipement. Cela s'avère d'autant plus important au regard du développement de l'e-santé et des exigences que cela entraîne en termes d'accès à ses propres données de santé dans un environnement numérique accessible, sûr, simple et fiable. L'opérationnalisation de ce volet sera développée dans le cadre du plan d'action numérique 2021.Enfin il faut prendre en compte le fait que la dématérialisation de l'accueil a provoqué un report de charge de travail sur les travailleur•euse•s sociaux•ales de première ligne, amenés de plus en plus fréquemment à servir d'intermédiaire ou d'appui aux personnes pour l'utilisation des outils digitaux. Il faut réfléchir aux façons de simplifier ce rôle, notamment via l'instauration de canaux prioritaires d'accès aux organismes publics pour ces travailleur•euse•s.

d. Développer une approche territorialisée du développement d'infrastructure

Afin d'incarner l'approche territoriale défendue par le plan, et développer les services nécessaires aux bruxellois•es, il est nécessaire de travailler à la programmation des besoins afin de traduire ceux-ci en termes de renforcement d'infrastructures existantes ou création d'infrastructures (construction et rénovation), vu l'offre nouvelle en développement et les besoins grandissant. Cela concerne l'ensemble des infrastructures socio-sanitaires subsidiées par la COCOF et la COCOM. Différents outils de planification pluriannuelle devront être mis à jour dans ce cadre, avec une attention particulière sur la territorialisation de l'offre.

e. Renforcer l'accessibilité des personnes en situation de handicap aux services du social et de la santé

L'accessibilité des services de la santé et du social à tous n'est pas encore garantie. De nombreux bâtiments sont peu accessibles ; les appareils médicaux ne sont pas toujours adaptés ; les affichages ne sont pas suffisamment inclusifs ; les matières, les couleurs, les ambiances ne sont pas assez réfléchies.

Ces constats, et la liste pourrait s'allonger, nous invitent à appuyer plus encore la question de l'accessibilité de tous dans toutes les politiques, en particulier lorsqu'il s'agit d'accès à de l'aide ou des soins. Pour ce faire, un pas important peut être fait en faisant appel à des associations spécialisées dans l'évaluation et le conseil en matière d'accessibilité, notamment au moment de l'élaboration de cahiers des charges visant la construction de nouvelles infrastructures, mais aussi dans le cadre de la mise en œuvre de dispositifs temporaires (centres de vaccination, par exemple). La question de l'accessibilité ne peut s'entendre seulement du point de vue de l'accessibilité physique, mais doit être prise en compte pour tous les types de handicap via des outils de communication (FALC), du personnel formé et des protocoles de prise en charge adaptés.

2. *Augmenter l'accessibilité aux droits et lutter contre le non-recours*

En Région bruxelloise, le non-recours est un phénomène fréquent et lourd de conséquences pour les Bruxellois·es déjà en situation de précarité ou de vulnérabilité puisqu'il peut concerner une série de droits sociaux fondamentaux, tels que l'accès aux allocations et aux revenus de remplacement, l'aide au logement ou aux soins, etc.

Les études[52] menées à ce sujet ont montré que les facteurs administratifs, institutionnels et juridiques expliquent davantage le non-recours que les arguments comportementalistes ou individualisants. Elles indiquent également que les régimes de sanctions et d'exclusions des droits se multiplient dans un contexte qui voit croître l'instabilité des parcours de vie.

Dans le cadre du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté, quatre mécanismes de non-recours aux droits ont été mis à l'épreuve du terrain bruxellois par l'Observatoire de la Santé et du Social. Le rapport « Aperçu du non-recours aux droits et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise » a permis de montrer l'importance et la diversité de ce phénomène :

Non connaissance	Non demande	Non accès	Non proposition
La personne ne connaît pas le droit, ou ignore ou ne comprend pas les informations exactes relatives au droit lui-même, aux conditions d'octroi et aux formalités	La personne connaît ce droit et peut y prétendre, mais n'introduit pas de demande, par exemple en raison d'expériences négatives, d'une stigmatisation ou de complexes	La personne connaît le droit et a introduit une demande, mais ne l'obtient pas, par exemple en raison de critères, de conditions, de formalités ou de processus administratifs complexes	Un intermédiaire ne propose pas le droit à une personne qui y est éligible, par exemple par manque de temps, de connaissances ou de jugement

De fait, malgré qu'ils y soient éligibles, de nombreux·ses Bruxellois·es ne sont pas en mesure de bénéficier des droits sociaux ou des services auxquels ils ou elles auraient droit. Même si le phénomène reste difficilement quantifiable, il est évident que sa réduction pourrait produire des bénéfices immédiats pour la population.

Réduire la discordance observée entre « personnes éligibles » et « bénéficiaires » en facilitant l'accès à la couverture sociale reste une priorité.

52 Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2017) Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise, Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016, Commission communautaire commune : Bruxelles. Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2017) Regards croisés, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016, Commission communautaire commune : Bruxelles. Analyses du non-recours aux droits de 14 acteurs de référence : la Fédération des CPAS bruxellois, la Fédération des Services Sociaux Bicommunautaires, la Société´ du Logement de la Région de Bruxelles-capitale, Infor GazElec, la Centrale générale des syndicats libéraux de Belgique, la Confédération des syndicats chrétiens, la Fédération Générale du Travail de Belgique, l'Observatoire Bruxellois de l'Emploi, Smart ; Solidaris, Medimmigrant, Médecins du monde; la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes, la Fédération bruxelloise des institutions pour détenus et ex-détenus et le Forum Bruxelles contre les inégalités Noël, Laurence (2021) « Non-recours aux droits et précarisations en Région bruxelloise », Brussels Studies [En ligne], Collection générale, n° 157, mis en ligne le 30 mai 2021, consulté le 24 octobre 2021.

a. *Simplification administrative*

L'augmentation constante du nombre, de la fréquence et de la sévérité des formalités administratives rend difficile l'obtention d'une série de droits. Des procédures d'ouverture ou de maintien de droits demandent la répétition inutile de certaines formalités ou exigent des efforts de compréhension démesurés. Les procédures deviennent parfois si longues, complexes et épuisantes que la personne finit par ne plus être en capacité d'introduire sa demande.

Un principe général de simplification administrative doit être appliqué pour diminuer la charge pesant sur les ayants-droits et faciliter la réponse aux demandes administratives, notamment afin que les citoyen·ne·s ne doivent pas fournir les mêmes informations à chaque nouvelle demande d'un droit[53]. L'amélioration de la fonction d'accueil fait également partie intégrante de cet objectif.

b. *Soutenir l'automatisation des droits*

Dans certains cas, le principe de simplification administrative peut aller jusqu'à un octroi automatique des droits ne demandant aucune démarche proactive de la part des personnes concernées. L'autorité compétente examine d'office, sans demande préalable, si un·e citoyen·ne peut ou non bénéficier d'un droit spécifique et accorde ce droit si les conditions sont remplies.

Ce principe d'automaticité peut aussi s'appliquer sous des formes légèrement différentes : l'autorité compétente identifie les citoyen·ne·s en tant qu'ayants-droits et leur demande de fournir les informations requises à l'ouverture de ce droit ; il est procédé à l'examen automatique des changements dans la situation des citoyen·ne·s qui peuvent donner lieu à un droit.

La procédure d'octroi automatique, dans ces différentes formes, permet au citoyen·ne· d'accéder à ses droits même si la personne n'en a pas connaissance ou n'est pas en capacité de les faire valoir. Cela peut s'avérer particulièrement précieux pour les personnes connaissant les situations les plus précaires et faisant face, par exemple, à l'endettement et par conséquence à des procédures de réduction d'accès à l'énergie ou à l'eau. Même si précieuse cette automaticité est très complexe à mettre en place, des efforts à chaque niveau de pouvoir doivent avoir lieu dans ce sens.

L'automatisation des droits, dans le respect de la vie privée et des données personnelles, est un instrument efficace de lutte contre le non-recours et la pauvreté et renforce la justice sociale. Cet instrument arrive en complément à d'autres comme l'accompagnement social, le renforcement des fonctions d'accueil, l'importance des guichets physiques...

53 SPP Intégration sociale. *Automatisation des droits.* https://www.mi-is.be/fr/etudes-publications-statistiques/automatisation-des-droits

3. *Développer des dispositifs adaptés aux réalités des familles monoparentales*

Avec près de 65.000 familles monoparentales, la Région de Bruxelles-Capitale compte un très grand nombre de parents isolés. Ces familles monoparentales, à la tête desquelles se trouve une femme dans 86% des cas, sont souvent confrontées à une accumulation de vulnérabilités (revenus, logement, emploi, santé mentale et physique, isolement social). En outre, le parent, pour qui les besoins de l'enfant passent généralement avant les siens, est souvent surchargé et épuisé.

Un plan bruxellois transversal de soutien aux familles monoparentales a été élaboré pour « apporter une réponse coordonnée et efficace aux besoins des familles monoparentales et particulièrement aux femmes seules avec des enfants. L'ambition est d'actionner un maximum de leviers régionaux afin de développer des actions innovantes pour venir en aide à ces ménages[54] ». Le processus participatif de Brussels Takes Care a également constitué un groupe de travail sur ces questions.

Il en ressort la nécessité d'une part, de sensibiliser les professionnel·le·s de l'aide sociale et de la santé à la monoparentalité, et, d'autre part, d'aménager l'offre de services aux besoins des parents isolés, notamment via le renforcement des réseaux formels et informels autour des parents solos.

4. *Lutter contre le surendettement*

La pauvreté est avant tout un manque de ressources. L'endettement des ménages en Région bruxelloise est, pour partie, liée à la surconsommation et au crédit mais de plus en plus provoqué par les simples charges de la vie courante auxquelles il est devenu impossible de faire face : soins de santé, énergie, loyer, taxes, alimentation…

Souvent conséquence de situation de pauvreté, le surendettement peut aussi devenir « un élément déclencheur de pauvreté ou d'aggravation d'une situation déjà précaire ». Le phénomène, qui touche de nombreux ménages (y compris beaucoup de familles monoparentales), a des conséquences majeures avec des impacts sur tous les domaines de la vie « et peut mener à la perte de libertés et l'ineffectivité de certains droits fondamentaux : saisies sur salaires, saisies immobilières, coupures d'énergie et d'eau, expulsion du logement… »[55].

Les services de médiation de dettes (SMD) des CPAS Bruxellois et du secteur associatif sont confrontés à de nouvelles demandes en continu. Les situations des familles surendettées sont souvent extrêmement complexes lorsque ces ménages viennent frapper à la porte des services (situation d'urgence, multiplicité des dettes, problématiques multidimensionnelles). Le traitement de ces dossiers mobilise une charge de travail importante composée d'une analyse administrative, d'un accompagnement social et d'un suivi à long terme.

Face à l'accroissement des demandes, les SMD sont saturés, ce qui entraîne des listes d'attente et des problèmes potentiellement encore plus pressants.

Une lutte plus efficace contre le surendettement nécessite de développer les outils de prévention, d'attaquer les problèmes le plus rapidement possible et d'accompagner les personnes tout au long du processus.

54 Parentsolo.brussels. (2021). Plan bruxellois de soutien aux familles monoparentales. Bruxelles. https://parentsolo.brussels/wp-content/uploads/2021/07/Plan_Monoparentalite_2021.pdf

55 Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2020). La problématique du surendettement en Région bruxelloise, conséquence et facteur aggravant de situations de pauvreté : présentation et analyse de données issues de quatre services de médiation de dettes et de la Centrale des crédits aux particuliers. Bruxelles : Commission communautaire commune. https://www.ccc-ggc.brussels/fr/news/dossier-20211-la-problematique-du-surendettement-en-region-bruxelloise-consequence-et-facteur

5. *Aide et soins aux personnes sans logement ou mal logées et prévention de la perte de logement*

En Belgique, la domiciliation est une condition indispensable à l'ouverture des droits sociaux. On le sait, trouver un logement décent et abordable en Région de Bruxelles-Capitale est pourtant devenu un problème pour nombre d'habitant•e•s. Plusieurs initiatives politiques s'attaquent frontalement au manque de logements accessibles, notamment le Plan de relance et de redéploiement et le Plan d'urgence logement 2020-2024[56].

Au niveau des politiques social-santé, l'attention se focalise sur la prévention de la perte de logement - telle que mise en œuvre notamment dans le cadre des Contrats Locaux Social-Santé (voir infra) et via le renforcement de la guidance à domicile - et l'aide directe aux personnes sans-abri, en visant à renforcer le lien structurel entre l'urgence et l'insertion.

Selon le dernier dénombrement de Bruss'Help, la Région bruxelloise comptait 5.313 personnes sans-abri ou mal logées dans la nuit du 9 novembre 2020, ce qui représente une augmentation de 27,7% par rapport au précédent dénombrement de 2018.[57]

Pour contenir cet accroissement continu et espérer réduire le phénomène du sans-abrisme, il faut travailler d'une façon équilibrée sur la prévention de la perte de logement, le renforcement et la diversification des dispositifs d'accueil, et sur des solutions structurelles à long terme permettant une réintégration durable en améliorant l'accès au et le maintien en logement.

Par ailleurs, l'offre d'accueil et d'accompagnement doit être monitorée et évaluée au regard des besoins objectivés et, le cas échéant, adaptée.

Le rôle de l'asbl de droit public Brusshelp instaurée par l'ordonnance du 14 juin 2018 relative à l'aide d'urgence et à l'insertion des personnes sans abri en matière d'analyse, de coordination, d'orientation et de production de recommandations est fondamental et les moyens permettant à cet organisme de remplir les missions prévues par l'ordonnance doivent être garantis.

a. *Accueil et hébergement des publics vulnérables*

Il est impératif de garantir un nombre de places d'accueil suffisant. C'est la raison pour laquelle le nombre de places en maison d'accueil a été augmenté et que des dispositifs d'accueil dans des hôtels et initiatives d'occupation temporaire de bâtiments inoccupés permettant l'accueil de publics vulnérables (notamment des personnes sans droit de séjour) ont été expérimentés et soutenus.

La qualité de l'hébergement d'urgence doit également faire l'objet d'attention : la généralisation d'une logique d'accueil 24h/24 (plutôt que 12h/24) et permettant un accompagnement psychosocial des personnes est une finalité à poursuivre. Cet accueil d'urgence, majoritairement mis en œuvre par l'asbl de droit public New Samusocial instaurée par l'ordonnance du 14 juin 2018 relative à l'aide d'urgence et à l'insertion des personnes sans abri doit garantir une logique d'accès "bas seuil". A ce jour les dispositifs d'hébergement d'urgence accueillent une forte proportion de personnes sans titre de séjour.

56 Ben Hamou, N. (2020). Plan d'urgence logement 2020 -2024. Bruxelles : Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale. https://logement.brussels/fr/actualites/le-gouvernement-bruxellois-lance-son-plan-urgence-logement-2020-2024?set_language=fr

57 Bruss'help (2021). *Dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale.* http://www.brusshelp.org/images/Denombrement2020_vdef.pdf

Une attention spécifique doit aussi être accordée aux roms, aux femmes, aux victimes de violences intrafamiliales, aux familles et aux personnes LGBTQIA+. Elles doivent pouvoir disposer de lieux d'accueil différenciés et adaptés à leurs besoins. C'est dans cet esprit qu'une maison d'accueil pour les familles monoparentales sans-abri a été ouverte en 2020 et que deux dispositifs d'accueil à destination de femmes victimes de violence et de jeunes LGBTQIA+ seront ouverts dans le courant de l'année 2022.

b. *Accueil de jour et travail de rue*

Les centres de jour et opérateurs de travail de rue constituent des acteurs indispensables permettant d'atteindre les personnes les plus éloignées des dispositifs d'aide. C'est au départ de ces dispositifs que peut être réalisé un travail de veille sociale, de rencontre des besoins primaires et que peut être entamé un trajet d'inclusion sociale prenant en compte l'offre et les besoins des publics.

C'est dans cet objectif que l'accueil de jour (notamment par le biais de la création d'un lieu d'accueil à destination des jeunes dits « en errance ») a été renforcé depuis le début de la législature. Il y a lieu par ailleurs de mettre en place un dispositif d'accueil de jour à destination de femmes permettant de prendre en compte leurs besoins spécifiques. Il y a lieu par ailleurs de renforcer le travail de rue dans une double logique d'urgence (veille sociale) et d'insertion (trajets d'inclusion), en veillant à une couverture optimale sur l'ensemble du territoire bruxellois.

c. *Améliorer l'accès à un logement stable pour les personnes sans-abri et garantir un accompagnement adéquat*

L'accès au logement est le principal et nécessaire instrument de sortie de la condition de sans-abri. Dans une perspective de réduction du phénomène, le recours aux instruments de « sortie de rue » constitue l'axe central de la politique d'aide aux personnes sans-abri et doit être intensifié.

L'approche Housing First propose avant tout un accès direct et inconditionnel à un logement aux personnes qui vivent une situation de sans-abrisme chronique. La réinsertion par le logement s'accompagne d'un soutien intensif, personnalisé et multidisciplinaire. Ce type de dispositif a largement fait ses preuves.

La capacité des différents services Housing First a donc été revue à la hausse depuis 2019 (104 places). Elle est, en 2022, de 244 places. D'ici 2024, la capacité d'accompagnement Housing First doit augmenter jusqu'à 350.

D'autres outils d'accès au logement doivent également être mobilisés : le renforcement du mécanisme d'accès au logement social à travers la mise en place de conventions entre Sociétés Immobilières de Service Public (SISP) et CPAS pour une attribution préférentielle et prioritaire, la captation de logements publics et privés, l'accroissement de l'accès aux logements AIS (en parallèle du renforcement de la garantie que chaque personne sans-abri intégrant un logement AIS bénéficie d'un accompagnement psychosocial individualisé par les opérateurs du secteur de l'aide aux personnes sans abri) le renforcement du mécanisme du « bail glissant » qui permet aux personnes sans-abri bénéficiant d'un accompagnement psycho-social d'occuper un logement loué par une association à un particulier jusqu'au moment où elles ont récupéré assez d'autonomie pour pouvoir assumer le bail elles-mêmes.

Afin d'accompagner adéquatement toute personne ou famille relogée et favoriser le maintien en logement, outre le renforcement du Housing First, la guidance à domicile doit être renforcée. Enfin, les dimensions logistiques liées à l'entrée en logement doivent être facilitées par le biais de la création et la pérennisation d'une Plateforme logistique centralisée.

6. Atteindre les populations les plus éloignées des droits et des services

Le système de protection sociale et de soins de santé belge est fondé sur une volonté d'universalisme. Dans les faits, malgré le volume et la diversité de l'offre, les personnes qui sont dans des situations de vulnérabilités particulières liées à leurs conditions de vie ou à des pratiques à risques, de grande pauvreté ou socialement discriminées ne profitent que très difficilement de celle-ci.

Dans une approche d'universalisme proportionné, il s'agit de développer des logiques d'action, des dispositifs et des instruments qui permettent de fournir de façon adaptée aux besoins de ces personnes l'aide et les soins appropriés. La finalité est, à terme, la couverture à 100% de la population présente sur le territoire bruxellois.

a. Développer une fonction 0,5

Les publics les plus fragiles (personnes sans-abri, travailleur•euse•s du sexe, usagers de drogues, sortant de prison ou de défense sociale, ...) sont peu, pas ou mal pris en charge par la première ligne d'aide et de soins. Les raisons sont nombreuses : perte de droits, offre insuffisante ou inadaptée, stigmatisation, etc. Pour répondre à ces problèmes, il y a consensus entre de nombreux acteurs de terrain et les acteurs publics pour, d'une part renforcer les capacités d'accueil de ces publics par la première ligne et, d'autre part structurer une offre de services à très bas seuil d'accès qui permettent de proposer accompagnement et soins aux personnes exclues du système « classique ».

La combinaison de ces actions remplit une « fonction 0,5 » en ce sens qu'elle rend possible l'intégration des publics très fragiles dans le système socio-sanitaire. Les acteurs qui exercent cette fonction 0,5 « prennent en charge, y compris en allant à leur rencontre, les personnes qui n'ont pas accès aux soins. Ils prennent en charge leurs besoins, et les aident à accéder au système de soins classique quel que soit la ou les raisons de leur manque d'accès[58] ».

L'offre bas seuil repose sur le développement de dispositifs et d'instruments innovants comme l'outreaching (travail de rue, travail de nuit, équipes mobiles[59]), les « lieux de liens » généralistes et ouverts sur le quartier, ou des centres social-santé multidisciplinaires regroupant une gamme de services étendus non-exclusivement socio-sanitaires. Ces dispositifs ont comme spécificités de particulièrement travailler le lien avec les personnes accompagnées, de veiller, par une approche globale, à la multiplicité des demandes et à la continuité du suivi et d'articuler leur intervention avec tous les autres acteurs présents sur le territoire.

58 Commission communautaire commune (2019). Ordonnance relative à la politique de première ligne de soins.

59 Walker C., Nicaise P., Thunus S. (2019). Parcours.Bruxelles : Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles : Commission communautaire commune. https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/parcoursbruxelles-evaluation-qualitative-du-systeme-de-la-sante-mentale-et

Une concertation 0,5 a été constituée pour assurer la structuration des acteurs et la liaison entre les services remplissant une fonction 0,5 et les services de première et deuxième lignes. A terme, il serait souhaitable de fluidifier la collaboration et le partage d'expertise et d'augmenter la perméabilité entre les lignes de soins pour parvenir à baisser le seuil d'accès de tous les services et leur permettre une prise en charge intégrée, qualitative, adaptée aux besoins et aux priorités des personnes actuellement désinsérées du système de soins classique.[60]

b. Mesures à destination de publics spécifiques

Au-delà du renforcement d'une fonction 0,5, il convient d'adresser des mesures ciblées à destination de publics rencontrant des problèmes particuliers. Nous citerons ici les problèmes d'addiction ou encore les problèmes spécifiques rencontrés par les primo-arrivants ou les personnes migrantes.

Développer des dispositifs particuliers pour les personnes qui ont des problèmes d'addictions

De manière générale, Bruxelles connaît une offre de services d'aide et de soins diverse et engagée au bénéfice des usager·ère·s de drogues. Mais le caractère illégal de la consommation de nombreux stupéfiants rend le recours à l'aide et aux soins plus compliqué pour de nombreux·ses usager·ère·s[61] (immigrés, squatteurs, personnes insérées qui se font discrètes, femmes).

Le renforcement de la fonction 0,5 est particulièrement approprié en ce qui concerne ces publics. Il doit permettre d'atteindre des personnes très éloignées du soin, comme par exemple les personnes sans-papiers, et leur proposer des accompagnements comme des outils de réduction des risques.

Pour les professionnel·le·s de terrain, au-delà de l'articulation avec la promotion de la santé et la nécessaire déstigmatisation des publics, l'amélioration de l'accès aux services passe par l'intensification de l'accompagnement physique dans toutes les étapes du continuum, la mission de liaison, de la prévention à la réduction des risques jusqu'à l'orientation, et par le renforcement des dispositifs d'outreach, faciles d'accès, inconditionnels, sans ouverture de dossier. L'ouverture de salles de consommation à moindre risque et la mise en place de dispositifs de suivi « mixtes » (médecine préventive et assuétudes) sont deux exemples récents qui vont dans ce sens.

Il faudra continuer de veiller à diversifier les approches et de permettre au secteur de s'adapter continuellement face aux problématiques émergentes.

En ce qui concerne les femmes, se pose la question de création de lieux d'accueil spécifiques où elles viendraient avec leur enfant et où la question de la maternité et de la consommation seraient travaillées sans jugement.

Renforcer l'accès aux services socio-sanitaires des primo-arrivants et personnes étrangères qui s'installent durablement à Bruxelles et favoriser leur intégration

Les personnes qui s'installent durablement en Belgique connaissent des besoins et rencontrent des contraintes qui leurs sont spécifiques : obligations administratives particulières, méconnaissance des langues du pays d'accueil, adaptation à une nouvelle culture et à de nouveaux codes sociaux.

60 Brusano. *Innovation. Concertation fonction 0,5.* https://brusano.brussels/innovation/

61 Modus Vivendi (2014). Plan bruxellois de réduction des risques liés à l'usage de drogues. Bruxelles : Modus Vivendi. http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?article162

Pour offrir aux primo-arrivants et à l'ensemble des personnes étrangères qui s'installent durablement à Bruxelles l'opportunité et la perspective de participer activement à notre société, il faut organiser un accueil qui facilite une dynamique d'acceptation mutuelle, basé sur la réciprocité des droits et des devoirs, impliquant tant les personnes migrantes que la société d'accueil. C'est dans ce sens qu'est organisé le parcours d'accueil par la Communauté flamande et la Commission communautaire française.

L'intégration dans la communauté d'accueil est une condition qui influe positivement sur le bien-être des personnes. Les pouvoirs publics ont la responsabilité de créer un environnement qui soit le plus favorable possible. Il est par ailleurs nécessaire d'étendre l'accès au parcours d'accueil (en visant également des personnes présentes sur le territoire depuis plus de trois ans). Corollairement, il est nécessaire d'accroître la capacité d'accueil des Bureaux d'accueil pour primo-arrivants (BAPA) et de garantir l'accès de tout primo-arrivant à des cours de langue (alpha ou Français langue étrangère) correspondant à son niveau et à ses besoins.

Il reste que la situation des primo-arrivants, sans parler des personnes sans papiers, est très souvent précaire, notamment en termes de logement, d'emploi, de santé, … Une grande partie des mesures développées dans ce plan tente d'apporter des solutions concrètes à ces carences. Mais il importe aussi de respecter les droits fondamentaux et la dignité de tou·te·s les migrant·e·s, entre autres en améliorant leur accès aux soins.

La situation ainsi que les mesures à destination des personnes sans droit de séjour relèvent des compétences régionales.

Dans l'attente de mesures structurelles permettant de prendre en compte la situation spécifique de ces personnes sans titre de séjour, le soutien à des initiatives d'occupation temporaire de bâtiments vides permettant l'accueil de publics vulnérables doit être poursuivi.

Porter une attention particulière aux enfants et adolescent·e·s vivant dans une situation de pauvreté

Les actions et mesures à destination des enfants relèvent de différents niveaux de compétence. Toutefois, l'ensemble des mesures présentes dans le présent plan stratégique (en particulier le soutien périnatal et l'accès aux droits, aux services et aux soins pour l'ensemble des familles) poursuivent l'objectif de permettre aux enfants et aux adolescent·e·s Bruxellois·es de vivre dans des conditions dignes. A cela s'ajoutent évidemment les allocations familiales, et ses mécanismes correctifs, gérées par Iriscare (COCOM). Concernant le soutien aux familles en situation de mal logement ou sans abri, une attention particulière doit être portée aux familles avec enfants.

7. Harmoniser les pratiques des CPAS et soutenir l'innovation sociale

Les CPAS constituent le dernier filet de protection publique à destination des citoyen·ne·s. Dans ce cadre, il est nécessaire que les CPAS continuent à élever le niveau d'accès et de qualité de leurs services, par exemple en multipliant les canaux de contact (antennes décentralisées, outreaching, travail de rue, accès virtuel) et en améliorant la fonction d'accueil.

Dans une optique d'universalisme, il faut par ailleurs veiller à offrir une égalité de traitement aux citoyen·ne·s, notamment par l'harmonisation[62] vers le haut de pratiques administratives des CPAS à destination de la population bruxelloise.

Ce travail d'harmonisation devrait a minima porter sur les pratiques autour de la compétence territoriale, l'attribution de l'adresse de référence, de la carte médicale et de l'aide médicale urgente[63] et viser la simplification des procédures administratives. Le travail devrait porter entre autres sur les pratiques d'interprétation des textes fixant les conditions d'attribution, l'uniformisation des documents utilisés, les délais d'accessibilité aux aides effectives, etc.

Comme explicité à l'article 62 de la loi organique de 1976, le CPAS peut proposer aux institutions et services déployant dans le ressort du centre une activité sociale ou des activités spécifiques, de créer avec eux un ou plusieurs comités où le centre et ces institutions et services pourraient coordonner leur action et se concerter sur les besoins individuels ou collectifs et les moyens d'y répondre.

Par ailleurs, la capacité d'innovation sociale au sein des CPAS et des services sociaux agréés devra être soutenue afin, par exemple, de permettre que les coordinations sociales deviennent de réels laboratoires d'innovation impliquant les différents acteurs formels et informels du territoire.

62 Daron, C. (2019) Enquête sur les pratiques et politiques des CPAS bruxellois en matière de soins de santé : vers une harmonisation?. Bruxelles : Fédération des CPAS bruxellois.

63 Médecins du Monde & Projet Lama. (2021). Note de travail. Vers une harmonisation et simplification des pratiques et politiques des CPAS bruxellois dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente. Bruxelles : Médecins du Monde.

AXE 3 : Améliorer la structure et la coordination de l'offre des services d'aide et de soins

Bruxelles bénéficie d'une offre socio-sanitaire très diversifiée, animée par des acteurs engagés et proches de la population. Il existe une grande diversité d'acteurs publics, associatifs et indépendants. Au niveau communal, les Centre Public d'Aide Sociale jouent un rôle central pour apporter l'aide aux personnes vulnérables conformément à leurs missions définies dans l'article 62 de la loi organique. Les différents acteurs partagent les mêmes objectifs mais ne travaillent pas toujours de concert.

Mais les évolutions démographiques (accroissement démographique, précarisations, arrivée de nouvelles populations, vieillissement et augmentation de la dépendance) et épidémiologiques (explosion des maladies chroniques) qui touchent la Région exigent de repenser son organisation, les collaborations et de mieux utiliser encore les ressources disponibles.

Les besoins de la population se transforment[64], ils se complexifient et entremêlent de plus en plus souvent des problématiques sociales et sanitaires. Ils demandent des suivis de long cours, reposant sur une démarche globale, intégrée, faite de travail en réseau et de collaborations intersectorielles plus étroites[65]. Ce faisant ils entraînent plus facilement de la saturation, des difficultés d'orientation, des ruptures dans la continuité de l'aide et des soins.

Les parcours des personnes se tissent dans des allers et retours entre des intervenants du social et de la santé, de la santé somatique et de la santé mentale, des différentes lignes de soins. Accompagner et fluidifier au mieux ces parcours demandent à ces derniers une parfaite connaissance du réseau, plus de temps, de coordination, de partage d'information, de proximité avec les personnes. Il manque à beaucoup de gens, en particulier dans des situations complexes, une prise en charge intégrée et centrée sur leurs besoins.

D'autres problèmes sont plus structurels. À l'échelle de la Région, la répartition des ressources n'est pas toujours optimale. Certains quartiers accueillent les services adéquats en diversité et quantité, d'autres manquent de presque tout ou d'une offre plus spécifique. Il en va de même pour la répartition de la médecine générale[66] et des soins à domicile. Certains bénéficiaires doivent parcourir de longues distances pour accéder à un service faute d'alternative plus proche. L'enjeu de l'ampleur et de la distribution de l'offre au regard des principes de justice sociale et spatiale doit être pris en compte, au même titre que celui des effets que produisent le morcellement des compétences et la diversité des cadres législatifs ou le manque de collaboration entre acteurs habitués à fonctionner en silos.

Enfin, des projets pilotes récents, comme Boost ou Quartier Seniors, ainsi que l'action quotidienne des Centres de Coordination (qui devra cependant mieux s'inscrire dans l'approche territorialisée) ont montré l'importance et l'efficacité d'une action au plus près des personnes, dans leur milieu de vie, et qui rassemble les apports des professionnel·le·s, des pairs-aidant·e·s et ceux du réseau informel des citoyen·ne·s (proches, commerçants, voisins, ...).

64 Willaert A., et Moriau J. (2018). Evolution des problématiques sociales et de santé 2013-2018 : analyse et recommandations. Bruxelles : CBCS. Observatoire de la Santé et du Social (2020). Baromètre social 2020. Bruxelles : Commission communautaire commune.

65 Brusano (2020). Plan Stratégique 2021-2026. Bruxelles : Brusano.

66 Missine S., Luyten S. (2018). Les médecins généralistes en Région bruxelloise : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ?.Bruxelles : Commission communautaire commune.https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/dossier-20182-les-medecins-generalistes-en-region-bruxelloise-qui-sont-ils

Ces constats, largement partagés, indiquent les chemins à prendre pour répondre aux problèmes les plus pressants et pour construire une offre socio-sanitaire plus efficace et de plus haute qualité, veillant autant à la santé mentale qu'à la santé somatique. Ils passent par une meilleure répartition des ressources sur une base territoriale, le renforcement des capacités de coordination et d'intersectorialité des équipes, le développement de l'approche quartier comme méthode de travail, l'attention au et l'appui sur le milieu de vie des personnes. Une attention particulière doit également être apportée aux modes d'action des services dans la perspective de la promotion de la santé.

Les compétences relatives à l'ambulatoire et à la première ligne d'aide et de soins sont largement à cheval entre la COCOM et la COCOF. Les différentes mesures relatives à la politique de première ligne de soins en COCOM et de l'ambulatoire en COCOF seront coordonnées dans un décret ordonnance conjoints (DOC) avant la fin de la législature. Ce DOC permettra de progresser vers des normes similaires et comparables entre les deux Commissions communautaires. L'objectif étant d'améliorer la lisibilité de la politique de première ligne pour chaque - bénéficiaires, prestataires, politique - et de réduire les distorsions entre les politiques des deux Commissions communautaires. En même temps, il y a aussi une coordination avec la Communauté flamande pour une politique plus cohérente et adaptée aux Bruxellois·es.

1. Organiser l'offre d'aide et de soins sur une base territoriale

Une politique socio-sanitaire réellement universaliste qui permette la prise en charge de l'ensemble de la population doit être élaborée en considérant l'ensemble de la région.

Il s'agit à terme de penser et de structurer l'offre d'aide et des soins sur une base territoriale à partir du niveau le plus proche des Bruxellois·es, le quartier, jusqu'à celui de la région toute entière en passant par le niveau intermédiaire qu'est le bassin d'aide et de soins.

Chaque type de service inscrit son action sur un territoire plus ou moins large. La maison médicale est, par exemple, typiquement un service qui priorise son action sur les résident·e·s du quartier où elle est installée, alors qu'un service mobile de santé mentale sera lui organisé au niveau d'un bassin d'aide et de soins, alors que les services d'appui (Bruss'help, Brusano, CBCS, Abrumet, Fédérations, ...) ont vocation à travailler au niveau régional. L'intention n'est pas d'obliger chaque citoyen·ne à utiliser les services présents dans son territoire mais bien de garantir à tou·te·s les citoyen·ne·s Bruxellois·es une offre de services suffisante.

En Région bruxelloise, cinq bassins d'aide et de soins d'environ 200.000 à 300.000 habitant·e·s seront définis, sur base de ce qui existe déjà en santé mentale et compte tenu de la volonté fédérale de financer la prévention et la prise en charge des maladies chroniques à ce niveau. Chaque bassin serait composé de plusieurs communes contiguës. Les bassins sont constitués d'une petite dizaine de groupements de quartiers. Actuellement, 47 groupements de quartiers ont été identifiés. Ceux-ci seront confirmés sur le terrain avant d'être fixés dans une ordonnance.

Chaque bassin, chaque groupement de quartiers dispose de moyens pour remplir les objectifs et missions qui lui sont confiées à travers un contrat afin d'améliorer le bien-être de la population dont ils ont la responsabilité. Ces objectifs et moyens sont définis sur base d'une analyse des besoins et répartis selon les principes de l'universalisme proportionné. Dans chaque groupement de quartiers, chaque bassin, un diagnostic de l'offre et des besoins soutient la programmation.

Les missions du bassin, du groupement de quartiers sont portées par une collaboration entre les autorités publiques et le secteur associatif compétent sur la zone. Cette collaboration est institutionalisée dans un contrat et des instances de gouvernance ad hoc sont créées (voir plus bas « d. Développer une approche territoriale »).

a. Répartir les ressources en fonction des besoins locaux

A l'échelle locale, l'offre d'accompagnement psycho-social et de soins de santé primaires, généraliste et de proximité, est principalement dispensée par les acteurs du secteur ambulatoire (maisons médicales, services de santé mentale, plannings familiaux, services d'action sociale, prestataires indépendants, ...). Ils constituent la première ligne d'aide et de soins et font face à tous les défis importants de la transformation de nos systèmes socio-sanitaires.

Dans le même temps, la région dispose d'une offre spécialisée très riche mais peu coordonnée avec les acteurs ambulatoires de première ligne. De nombreux·ses citoyen·ne·s trouvent ainsi plus facilement le chemin d'un hôpital que d'un prestataire de première ligne.

L'ambition est de répartir les ressources professionnelles de façon suffisante et adéquate partout sur le territoire dans le cadre d'un renforcement de l'existant ou de création de nouveaux services. Il est également nécessaire de donner aux acteurs de terrain, en particulier pour les situations complexes, le temps nécessaire à l'accueil et à l'accompagnement des personnes ainsi qu'au travail de coordination et de réseau utile au suivi.

Une réflexion sur l'adéquation entre l'offre et la demande sera menée, qui prendra en compte les expertises des acteurs de terrain[67], sur les ressources allouées à la première ligne afin de veiller à proposer une offre répondant aux besoins de chaque groupement de quartiers, bassin, que ce soit en termes de fonctions assumées par les services, de renforcement des structures existantes ou de création de nouveaux services dans une perspective d'universalisme proportionné. Le travail de redéfinition du cadre actuel et de développement des services se fera sur base d'évaluations quantitatives et qualitatives et sur un temps long, dans la mesure où les enjeux sont importants à la fois pour les Bruxellois·es, les travailleur·euse·s et les services concernés.

67 Wetz E., Moriau J., Willaert A. (2020). Organisation de l'aide et des soins de première ligne en Région bruxelloise. Note de vision politique de l'inter-fédération ambulatoire Bruxelles : CBCS.

b. Développer les coordinations locales et le travail de réseau

La structuration de l'offre sur une base territoriale donne des opportunités pour décloisonner les secteurs et améliorer la coordination entre les acteurs de terrain. La définition d'une zone d'intervention et d'une responsabilité partagées fait apparaître les questions communes, les besoins de collaboration concrète, favorise l'interconnaissance et la multidisciplinarité et concoure à l'émergence d'une communauté de pratiques par une formalisation des liens de réseau. Les bénéfices à tirer d'une coordination locale du travail socio-sanitaire sont indéniables.

La Déclaration de Politique Générale bruxelloise 2019-2024 souligne la volonté du Gouvernement de réorganiser l'offre actuelle en ce sens. En partant du quartier, le modèle envisagé a la volonté de mobiliser et d'articuler un maximum de ressources formelles et informelles autour de chaque habitant•e afin qu'il ou elle puisse obtenir l'information nécessaire, identifier les endroits où trouver réponse à ses demandes et mobiliser le réseau multidisciplinaire apte à satisfaire ses besoins.

La mise en place d'un tel cadre permettra d'améliorer l'accès des Bruxellois•es aux services, c'est-à-dire de mieux visibiliser l'offre locale, de développer des lieux d'accueil et de rencontres, de créer ou renforcer des fonctions de contact et d'accompagnement comme des référents de quartier, et de renforcer les outils de coordinations des acteurs et de participation habitant•e•s.

Un nouvel instrument, les Contrats Locaux Social Santé (CLSS), en test depuis peu dans 9 quartiers bruxellois, préfigure ce que sera ce développement territorial des politiques sociales et de santé. Armé d'une méthodologie de travail qui cumule réalisation de diagnostics communautaires, établissement de plans d'actions locaux et emploi de référents de quartiers, ce dispositif a actuellement comme objectifs principaux de favoriser l'accès aux services, prévenir la perte de logement, lutter contre l'isolement social et de développer un environnement favorable afin de diminuer les inégalités sociales de santé. Ceux-ci seront amenés à évoluer, quartier par quartier, selon les problématiques locales, au plus près des besoins des habitant•e•s.

La philosophie des CLSS s'inscrit dans l'objectif d'une meilleure articulation entre les services de première ligne, aussi bien sociaux que sanitaires, et un meilleur calibrage de leurs actions en fonction des besoins des résident•e•s du quartier, au niveau social, de la prévention, de la promotion de la santé et au niveau curatif.

Elle vise également à soutenir une dynamique de quartier qui renforce le pouvoir d'agir de ses habitant•e•s, que ce soit dans une perspective personnelle ou collective par la création de réseaux d'échange et d'entraide.

Les territoires d'action des CLSS seront alignés sur les groupements de quartier afin de couvrir tout le territoire sans doublons ni zones oubliées.

c. Définir une offre de base

Afin que l'ensemble des Bruxellois•es se voient proposer un panel de soins et d'aides qui réponde à leurs besoins essentiels, un service minimum sera défini à l'échelle de chaque zone d'intervention, que ce soit le groupement de quartiers, le bassin d'aide et de soins ou la région en partant du diagnostic et des objectifs fixés à chaque zone. Les moyens disponibles seront répartis de manière proportionnée entre les zones d'intervention. Ceci sans présager des choix des habitant•e•s, qui restent libres de faire appel à l'intervenant qu'ils ou elles souhaitent.

Cette offre de base est accessible, tant en termes géographique qu'en termes financiers, de seuil d'accès ou de commodités (horaire, accueil, usage des langues, ...).

d. Développer une approche territoriale

I. le groupement de quartiers

C'est au niveau du quartier que les Bruxellois•es peuvent faire appel à la majorité des services dédiés à l'amélioration de leur bien-être (services ambulatoires, médecine générale, CPAS). Espace de la vie quotidienne, dense en relations, le quartier est aussi le lieu des contacts multiples avec des capacités d'entraide de toutes natures (services publics, pharmacien, commerçants, voisins, ...).

Envisagé comme espace partagé d'intervention, le quartier induit une approche collective des enjeux socio-sanitaires au sens large. C'est dans son périmètre, qui permet un travail basé sur la proximité, que peut se structurer un travail de réseau performant et être endossée une responsabilité populationnelle. C'est également à ce niveau que peut se tisser une attention commune des intervenants présents autour des personnes pour proposer un ensemble de services (aide et soins à domiciles, garde d'enfants, activités périscolaires, actions de promotion de la santé et de prévention, actions communautaires, ...) qui favorisent leur bien-être dans leur milieu de vie.

L'approche quartier se veut être un véritable changement de paradigme qui privilégie une action collective, participative, préventive, coordonnée, multidisciplinaire, basée sur les relations et les capacités formelles et informelles à une vision trop strictement professionnelle, individualisante et curative. Elle s'adapte particulièrement bien aux publics les plus fragiles, requérant une plus grande attention et un soutien continu dans de nombreuses dimensions, non-exclusivement socio-sanitaires, de leur vie. Elle regroupe l'ensemble des acteurs locaux : acteurs associatifs du secteur social, de l'aide et de la santé, communes et CPAS, et citoyen•ne•s. Les contrats locaux préfigurent le modèle d'approche quartier (voir Axe 3, 1, b).

Par ailleurs, différentes expériences ont été développées durant la crise au niveau des quartiers : les relais d'action de quartier, les infirmier•ère•s de santé communautaire, les Bri-Co[68]. Ces différentes expériences seront évaluées et intégrées aux dispositifs des quartiers.

Le décret et ordonnance conjoints va définir des groupements de quartiers regroupant un ou plusieurs quartiers de l'étude réalisée par l'IGEAT afin de couvrir la région d'unité variant de 10 à 30.000 habitant•e•s. Une proposition de groupements de quartiers sera concertée avec le terrain. Dans ces groupements de quartiers, les prestataires généralistes du social, de l'aide, de la santé (et de la commune, l'urbanisme, ...) collaborent

- pour apporter une offre intégrée social-santé adaptée aux besoins de la population du quartier incluant la prévention, l'aide, le soin, l'accompagnement, la santé mentale.
- pour répondre aux besoins des personnes du quartier (agir sur les déterminants de la santé), marche, sport, alimentation saine et abordable, insécurité, emploi, logement, ...

68 Les Bri-Co sont une expérience de démocratie participative visant à mieux faire correspondre la réponse social santé aux besoins des personnes. Ce modèle doit encore être évalué mais à terme, un mécanisme de participation citoyenne fera partie intégrante des CLSS.

Les groupements de quartier seront pilotés à travers le déploiement des contrats locaux social santé. Idéalement, et à long terme, toute la région devrait être quadrillée et chaque groupement de quartiers disposer d'un contrat basé sur un diagnostic et un plan d'actions social-santé. A court terme, les prochains contrats seront développés dans les groupements de quartiers où les besoins sont les plus importants.

II. le niveau communal

A ce niveau, les Centres publics d'action sociale ont pour mission d'assurer l'aide sociale à laquelle à toute personne a droit. Celle-ci a pour but de permettre à chacun·e de mener une vie conforme à la dignité humaine[69]. Ils agissent sur le territoire d'une commune et peuvent pour remplir leurs missions faire appel à d'autres acteurs. Ils peuvent s'associer entre eux et coordonner les acteurs à même de remplir l'objectif qui leur est assigné.

Ils ont notamment, sans préjudice des compétences de l'autorité fédérale et des entités fédérées, la faculté, pour participer à la lutte contre la pauvreté, et en coordination avec les services et institutions précités :

- de veiller à lutter contre la sous protection sociale et le non-recours aux droits;
- de développer des approches par les pairs, des processus de travail collectifs et communautaires en vue de renforcer la participation des usager·ère·s du CPAS;
- d'établir, en collaboration avec la structure d'appui à la première ligne de soins, un plan social-santé à l'échelle de son ressort territorial sur la base d'un diagnostic partagé des ressources et des besoins de son territoire.
- de mettre en place un service d'accompagnement à la recherche d'un logement et un service d'habitat accompagné et de prévention des expulsions;
- de mettre en œuvre des actions spécifiques dans le cadre de la lutte contre le sans-abrisme;
- de développer un service médiation de dettes avec un volet spécifique d'accompagnement à la consommation d'énergie.

Le rôle des CPAS est donc fondamental en matière d'aide sociale et d'accès aux soins de santé (carte médicale, pharmaceutique, accès AMU et soins hospitaliers). Les CPAS devront à ce titre être partie prenante, avec les communes dont ils relèvent, de la gouvernance des bassins d'aide et soins.

69 Article 1er de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale

III. le bassin d'aide et de soins

Le bassin d'aide et de soins (BAS) est une unité opérationnelle intermédiaire entre les quartiers et les communes et la région. Elle regroupe entre 200 et 300.000 habitant•e•s.

Il représente un niveau d'intervention qui permet de :

- Développer une connaissance des besoins de la population et de l'offre existante dans la zone et progressivement aligner cette dernière sur les premiers.
- Soutenir la collaboration intra et interprofessionnelle dans la zone. Créer du lien entre acteurs, développer la confiance et la collaboration pour permettre le développement de l'approche multidisciplinaire.
- Coordonner les réponses aux besoins des personnes confrontées à des situations complexes ou moins fréquentes.
- Soutenir les dynamiques de promotion et de prévention définies comme prioritaires au niveau du bassin.

La mission des bassins est d'accompagner les acteurs de l'aide et des soins vers une approche centrée sur les besoins des citoyen•ne•s et l'organisation d'une offre d'aide et de soins intégrée pour les personnes avec un besoin d'aide ou de soins.

La région regroupera cinq bassins recouvrant tout le territoire en respectant les limites des communes. Chaque bassin sera doté d'un statut propre lui permettant de gérer les missions et les moyens qui lui seront progressivement confiées.

La gouvernance du bassin impliquera à la fois les Commissions communautaires, les autorités publiques locales (CPAS et Communes), le secteur associatif, public et privé bicommunautaire et monocommunautaire et les prestataires indépendants actifs sur la zone.

IV. la coordination régionale

Une série de missions d'appui à l'ambulatoire/première ligne existent mais gagneraient à être mieux coordonnées : la promotion de la santé, les différents observatoires et services d'étude, les services de formation continue et de soutien (ABRUMET, Brusano, PFCSM, Brustars, Crebis, CBCS, KCWWZ, Bruzel, Observatoire Sida et Sexualité, FEDITO, Eurotox, Culture et santé, question santé, bruprev, FARES, etc pour citer quelques exemples de structures régionales). L'Observatoire de la santé et du social et le CDCS-CMDC ont une place particulière et remplissent une mission de service public dans le cadre des SCR. Ils doivent cependant être intégrés dans le paysage des structures d'appui.

L'objectif à court terme est de favoriser/rendre structurelles des collaborations, définir des objectifs pour la région. A long terme, il s'agirait, en concertation avec les services concernés, de tendre vers un rassemblement d'opérateurs mieux coordonnés.

2. Assurer la continuité des prises en charge

Par-delà la complexité institutionnelle inhérente à la région, il est souhaitable que les différents acteurs institutionnels collaborent pour offrir de la continuité dans les parcours d'aide et de soins aux citoyen·ne·s, en particulier pour les personnes confrontées à des situations complexes. Il s'agit d'éviter que les moments de transitions, que ce soit dans la vie privée des citoyen·ne·s ou dans leur utilisation des services entraînent une perte de droits ou l'arrêt de soins.

a. Renforcer le travail en réseau

Beaucoup d'expériences de travail en réseau le montrent : lorsque des problématiques complexes se posent avec une personne ou une famille, l'intervention conjointe des acteurs de terrain dans une logique multidisciplinaire permet d'amener des solutions adéquates ; comme elle permet aussi, plus simplement, de fournir un accompagnement au long cours et centré sur les besoins.

De nombreux·ses professionnel·le·s et services sont déjà impliqué·e·s dans des pratiques de réseau. Pour autant, certains d'entre eux ne sont pas encore assez développés, ni structurés.

Il importe d'installer à tous les niveaux, aussi bien individuel que populationnel, des formes de coordination et de collaborations durables qui visent à dépasser les cloisonnements entre secteurs et entre les lignes d'aide et de soins, à encourager le travail en commun, à développer des référentiels d'action convergents, et à accompagner les personnes dans les différentes structures au long de leurs parcours.

Il importe également de revoir la règlementation, les modalités de financement et l'organisation des acteurs de l'ambulatoire afin de leur permettre de remplir les missions qui sont les leurs, dans la droite ligne des principes développés dans le PSSI.

Tout cela suppose des moyens humains, mais aussi, par la formation et l'installation de dispositifs innovants, une montée en efficacité au niveau organisationnel, en termes de connaissance de l'offre existante, de partage d'informations et de bonnes pratiques.

b. Définir et soutenir des trajets d'aide et de soin

Formaliser des liens entre les acteurs de terrain et entre ceux-ci et les citoyen·ne·s est un gage de continuité de l'aide et des soins non seulement dans sa dimension temporelle (accompagnement tout au long de la vie) mais aussi dans sa dimension relationnelle (identification de personnes de référence, connaissance partagée des situations, etc).

La responsabilité partagée à l'égard d'un public par un réseau d'intervenants et la définition de liens privilégiés entre services, de protocoles de relais et de coordination peuvent aider significativement à assurer les passages entre les différentes spécialités, institutions ou lignes d'intervention.

Pour ce faire, il s'agit de mieux articuler les prises en charge par les différents services. La diversité de l'offre, des cultures et des lieux d'intervention est un atout qu'il est nécessaire de préserver. Il ne s'agit pas d'inventer de nouveaux services mais de mieux connecter et rapprocher les acteurs existants en harmonisant davantage les approches généralistes et spécialisées, le social et la santé, les ressources formelles et informelles aux différents niveaux : quartier, bassin d'aide et de soins ou région. Cela passe notamment par un rapprochement et une mise en cohérence des diverses réglementations impliquées dans l'organisation de l'offre d'aide et de soins.

c. *Renforcer l'attractivité des métiers de l'aide et des soins*

La continuité de l'aide et des soins dépend également de la présence de travailleurs dans les secteurs en général. Or, on sait que plusieurs de ces métiers sont en pénurie, et que l'attractivité des emplois dans une ville-région comme Bruxelles pose des questions particulières. Que ce soit en termes de logement, mobilité, coût de la vie, ou éventuelles différences barémiques entre régions. Il faut donc jouer sur tous les leviers possibles pour faire de l'attractivité des emplois du social et des soins une des questions importantes au moment de mettre en œuvre le PSSI, et ce, dans le cadre d'une concertation avec les partenaires sociaux. L'accord du non-marchand 2021-2024 constitue un bel exemple de cette dynamique.

3. *Améliorer les liens entre la première ligne socio-sanitaire, la médecine générale et l'hôpital*

La médecine générale, la première ligne socio-sanitaire et l'hôpital sont intrinsèquement complémentaires. Les bonnes pratiques qui visent à améliorer la coordination entre ces différents types d'acteurs, telles que les projets SYLOS[70], doivent être soutenues et développées.

Des liens moins évidents, comme la mobilité indispensable des patient·e·s depuis et vers les professionnel·le·s de santé ou les institutions offrant des services de santé, doivent aussi être affermis : la politique de transport de patient·e·s y sera attentive.

Des liens opérationnels entre la première ligne et l'hôpital seront développés dans le cadre des missions des bassins d'aide et de soins.

a. *Faciliter les passages entre la première ligne et l'hôpital*

Un chantier important est celui de l'amélioration de la gestion du flux d'informations et du suivi entre l'hôpital et la première ligne au moment de l'entrée en hospitalisation et lors de la sortie de la personne hospitalisée. L'outil d'échange électronique des données des patient·e·s, le Réseau Santé Bruxellois, qui permet un échange de données aisé, sécurisé et fiable est un instrument important pour y parvenir ; une coordination plus étroite et formalisée entre les acteurs de la première et de la deuxième ligne d'aide et de soins également. Ces deux éléments pourraient être intégrés dans les normes d'agrément des hôpitaux et dans le cadre des missions des bassins d'aide et de soins. L'échange de données médicales se fera dans le cadre strict des lois relatives au droit du patient et aux données de santé.

Ce renforcement de la collaboration doit aussi concerner les liens entre la première ligne socio-sanitaire, et en particulier la garde médicale, et les services d'urgences. Le recours aux urgences hospitalières augmente régulièrement, en particulier dans la population pédiatrique de moins de 15 ans et dans la population âgée de 65 ans et plus. Afin de contrer les utilisations injustifiées de ces urgences, il faut davantage visibiliser les alternatives et renforcer la coordination et la collaboration entre la première et la deuxième ligne de soins. Les incitants financiers régionaux à l'installation et au fonctionnement de la première ligne, et le financement fédéral de la prise en charge médicale des urgences, devront être alignés pour permettre une capacité suffisante pour ces transferts de prise en charge.

70 J.-P.Unger, B.Criel, J. Van der Vennet, S.Dugas, P.Ghilbert, P. De Paepe, M.Roland, « Health districts in Western Europe. The Belgian local health systems project e-Letter. » BMJ, http :// bmj.com/cgi/ eletters/328/ 7443/ DC1#59220, 13 May 2004. Belche, Jean Luc ; Duchesnes, Christiane ; van der Vennet, Jean et al. *«Le Système Local de Santé (SYLOS) en 2014 : une approche de la concertation entre lignes de soins à l'échelon local par la recherche-action», 2014, 1er symposium de recherche en médecine générale*

Les alternatives à l'hospitalisation assurées par des services extra-hospitaliers, tels que, par exemple, des soins palliatifs résidentiels, des services de santé mentale, des maisons de naissances... seront progressivement développées et leur efficience évaluée.

De même, pour garantir qu'ils assurent un service de qualité, les services de transport seront agréés sur base de critères stricts. Parmi ces critères, figurera l'obligation de fournir des tarifs accessibles et transparents.

b. Développer les collaborations dans le cadre des réseaux hospitaliers

Le rôle du secteur hospitalier reste fondamental pour garantir le droit de chaque citoyen·ne à des prestations de soins spécialisées accessibles et de qualité qu'elles soient préventives ou curatives. Le secteur a pourtant connu lors des dernières décennies plusieurs vagues de rationalisation qui ont vu la fermeture de lits, d'unités, voire de sites hospitaliers et de reconversion d'activités.

En parallèle, l'augmentation du vieillissement et de la dépendance, l'explosion des maladies chroniques, l'évolution médicale et technologique qui permet des hospitalisations de plus en plus courtes, voire un évitement des hospitalisations, modifient profondément la fonction de l'hôpital : il s'oriente vers l'offre de soins à caractère aigu, une spécialisation accrue, une plus grande collaboration avec la première ligne de soins pour le suivi des patient·e·s en ambulatoire ou à domicile.

Les hôpitaux bruxellois n'ont pas terminé leur redéploiement pour affronter ces importants changements démographiques, épidémiologiques, technologiques et organisationnels. Certains regroupements d'institutions ont eu lieu, certains sont encore en cours.

En matière de politique hospitalière, le Collège réuni s'est engagé à travailler sur un cadre législatif plus adéquat à cette évolution. Trois axes de transformation sont privilégiés : l'approfondissement de la logique des réseaux pour mieux calibrer l'offre au regard des besoins de la population, l'amélioration des collaborations entre l'hôpital et la première ligne pour la prise en charge des patient·e·s (voir supra), le renouvellement des politiques d'agrément.

La loi du 28 février 2019 prévoit l'obligation pour tous les hôpitaux de faire partie d'un réseau hospitalier agréé. Pour la Région de Bruxelles-Capitale, la loi précise que la Commission communautaire commune a pour mission d'agréer maximum trois réseaux sur le territoire bruxellois. En 2020 le Collège Réuni a pris des ordonnances afin de faciliter les regroupements et les synergies dans les activités directement liées aux patient·e·s, mais aussi dans le domaine des supports logistiques et administratifs. Finalement deux réseaux se sont constitués et ont demandé à être agréés en 2021, ceux-ci couvrent des territoires plus grands qu'un bassin d'aide et de soins, il faudra en tenir compte dans l'orientation future de la politique hospitalière.

Les réseaux participeront ainsi aux obligations de chaque hôpital d'assurer que le service de base soit accessible à la population dans chaque bassin, sans créer ou laisser de doublons, causes de perte d'efficience. Cette réorganisation des activités doit rencontrer un triple objectif : la proximité, la qualité et l'efficience. Elle tient compte des hôpitaux bruxellois qui n'appartiennent pas à ces deux réseaux.

Pour les soins plus spécialisés, la loi du 28 février 2019 prévoit qu'ils sont pris en charge à un niveau suprarégional sur un nombre de sites de référence limités. Les réseaux hospitaliers sont donc amenés à conclure des conventions avec ces sites de référence.

Dans la perspective d'une rationalisation de certains services très spécialisés sur certains sites géographiques éloignés les uns des autres, le transport des patient•e•s vers ces sites devrait ne pas représenter un obstacle à l'accès à ces services.

c. Plan stratégique régional de l'offre de soins hospitalière

Dans la perspective de la constitution d'une offre de qualité, complète, accessible et identique pour tou•te•s les Bruxellois•es dans chaque bassin d'aide et de soins, il faut oser redéfinir le rôle de l'hôpital dans le paysage des soins. Cette redéfinition ainsi que la stratégie développée ci-dessous, tout comme ses arrêtés d'exécution, seront pris en sollicitant des avis réguliers des coupoles hospitalières notamment au sein du Conseil Consultatif de la COCOM.

Dans une organisation générale des soins qui veille à l'articulation constante et efficace entre la première et la deuxième ligne de soins, il s'agit de développer un concept d'agrément qui veille à l'accessibilité des services hospitaliers, à la qualité des soins, à la bonne gouvernance, à l'implication des patient•e•s, à la participation du personnel pour l'organisation des soins, à la durabilité et résilience de ceux-ci.

En termes d'offre de soins, la COCOM adopte des normes d'agrément indiquant quels services minimums doivent être offerts par les hôpitaux généraux, soit sur chaque site, soit sur au moins un de leurs sites, ou dans le bassin d'aide et de soins où ils se trouvent, ou en collaboration avec d'autres hôpitaux notamment au sein du réseau auquel ils appartiennent. Ces services minimaux sont les suivants :

- Le premier accueil aux urgences
- Le service de maternité
- Le service de médecine interne et celui de chirurgie générale
- L'hospitalisation médicale de jour
- Le service de gériatrie
- La revalidation gériatrique (sp6) et cardiopulmonaire (sp1)
- Les soins psychiatriques aigus, y compris pour les enfants- adolescent•e•s
- La réponse aux demandes d'interruption de grossesse
- La réponse aux besoins de soins palliatifs
- La réponse aux demandes d'euthanasie

Les besoins hospitaliers identifiés par la COCOM comme devant faire l'objet d'investissements prioritaires dans les dix années à venir sont les suivants :

- L'offre de services de revalidation gériatrique (sp6) et cardiopulmonaire (sp1)
- L'offre de service de psychiatrie
- La communication vers et depuis les autres prestataires de soins extrahospitaliers, si possible via un dossier patient partagé
- Le développement de gîtes de naissance
- La formation permanente du personnel, y compris l'apprentissage des langues
- Le bien-être et l'épanouissement au travail du personnel, avec une attention particulière aux professions en pénurie

- Une utilisation plus rationnelle des ressources, notamment à travers le recyclage, la pratique de l'économie circulaire ou l'amélioration de la performance énergétique, en ce compris la neutralité carbone
- L'amélioration de l'incidence environnementale, notamment en ce qui concerne les émissions polluantes, la mobilité, la biodiversité et les écosystèmes
- L'adaptation aux changements climatiques
- L'innovation médicale
- La cybersécurité

Pour terminer, la COCOM s'engage à réaliser tous les 5 ans une évaluation régulière et transparente de l'accessibilité et de la qualité des services hospitaliers, et de l'offre de soins qu'ils proposent, afin de vérifier avec les acteurs hospitaliers, les professionnel·le·s de santé et les habitant·e·s de chaque bassin d'aide et de soins si leurs besoins sont rencontrés et lesquels sont encore à améliorer ou développer dans une perspective de 10 ans.

4. Assurer le continuum de l'aide et du soin pour les personnes âgées

Les personnes en perte ou en manque d'autonomie sont les premières bénéficiaires d'une offre d'aide et de soins organisée selon une « approche quartier ».

Au premier rang de celle-ci figurent les personnes âgées. 28,1% de la population bruxelloise de plus de 65 ans présente un risque de fragilité[71]; près d'un·e Bruxellois·e sur trois âgé·e de 65 à 79 ans et la moitié des plus de 80 ans vivent seul·e·s, la majorité sont des femmes.

L'ambition première est d'offrir aux Bruxellois·es une garantie d'autonomie, c'est-à-dire de garantir à chacun·e qu'il ou elle pourra bénéficier d'un large éventail de services disponibles et accessibles financièrement et géographiquement, tels que l'aide et les soins à domicile, l'accueil de jour, le court séjour, etc. qui devraient leur donner la possibilité de vivre plus longtemps dans un environnement familier. Pour réaliser cette ambition, il est important de bâtir un trajet de soins intégré pour les personnes âgées, offrant une continuité des liens, de l'aide, et des soins.

Deux principes transversaux prévalent : l'anticipation et l'autonomie de la personne.

Beaucoup de situations personnelles montrent qu'il est nécessaire de travailler de manière anticipée. Les décisions sont trop souvent prises trop tard, qu'il s'agisse d'adapter le logement, de faire appel à une aide à domicile ou d'emménager dans une résidence. Cela limite le nombre de solutions et peut déboucher sur une logique du fait accompli, qu'il s'agit d'éviter le plus possible.

71 La fragilité est définie comme « un manque de réserve physiologique qui empêche les personnes âgées de faire face aux problèmes auxquels elles sont confrontées. »

Le respect de l'autonomie et de la participation de la personne âgée exige que la concertation et les décisions en matière d'aide partent toujours du point de vue de la personne âgée et de son environnement. Par conséquent, il faut que la personne concernée soit toujours impliquée en tant que partenaire à part entière dans les décisions relatives à son trajet de soins. Compte tenu de l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées qui ne sont pas nées en Belgique, il est également important d'accorder une attention constante aux dimensions multiculturelles. Il doit y avoir de la place pour différentes convictions, tant dans la réflexion sur l'aide et les soins offerts que dans les questions délicates posées par la fin de vie.

a. Organiser l'aide et le soin de proximité

Permettre aux Bruxellois•es d'accéder à un maximum d'aide et de soins dans leur milieu de vie et de conserver les bénéfices de cet ancrage aussi longtemps que possible est la philosophie qui guide le redéploiement de l'offre au niveau des quartiers.

L'objectif d'un tel modèle est de pouvoir renforcer le réseau social de proximité, d'impliquer les habitant•e•s dans les activités sociales et culturelles au sein du quartier et d'organiser de manière coordonnée la prise en charge de leurs besoins quotidiens en termes de soins et d'aide.

Travailler la cohésion sociale, permettre à chacun•e de se sentir chez soi dans son quartier et d'avoir des contacts avec les voisin.es sont des éléments essentiels de la lutte contre l'isolement social. Ce travail de prévention de l'isolement, et donc parfois, pour les personnes âgées, de l'entrée prématurée en maison de repos[72], repose sur des dispositifs multiples. Cela peut prendre la forme de réseaux de quartier structurés, comme ceux mis en œuvre par différentes associations, qui permettent de mettre en contact et d'instaurer des relations d'entraide entre des volontaires et des personnes âgées ou en perte d'autonomie. Ce sont aussi les centres de jour qui, localement, offrent aux personnes âgées vivant à domicile un appui, des soins et des animations correspondant à leurs capacités.

En 2018, ce sont trois projets pilotes innovants qui ont été lancés afin de tester un modèle d'organisation intégrée de l'aide et des soins par quartier devant favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. L'évaluation de ces projets a permis d'identifier les bonnes pratiques et les écueils à éviter pour le développement d'une approche quartier. Amplifier leur champ d'action doit maintenant être la prochaine étape, notamment via les nouveaux contrats locaux social-santé (voir supra) qui s'appuient sur cette expérience et en étendent les moyens pour toucher un public plus large.

72 Carbonnelle, S. (2017). Les profils des résidents O et A en maison de repos pour personnes âgées (MR) en Région de Bruxelles-Capitale. Parcours, logiques d'orientation, d'accueil et alternatives. Bruxelles : Commission communautaire commune. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/rapport_oa_en_mrpa_2017.pdf

b. *Amener l'aide et le soin au domicile de chaque Bruxellois·e*

L'aide et les soins à domicile doivent permettre à toute personne en perte d'autonomie et aux personnes âgées tout particulièrement de vivre plus longtemps dans leur propre environnement et d'éviter une admission précoce dans une maison de repos (MR) ou dans une maison de repos et de soins (MRS).

Les prestataires d'aide et de soins peuvent en outre jouer un rôle important dans la détection précoce d'éventuels problèmes et être le premier jalon dans la lutte contre l'isolement social. En instaurant dans le temps une relation de confiance, ils peuvent également servir de relais à la personne vers le réseau étendu des autres ressources, professionnelles ou non.

Cependant, deux obstacles majeurs empêchent aujourd'hui d'utiliser tout le potentiel de cette offre d'aide et de soins : d'une part, à l'échelle de la Région, l'offre globale d'aide et de soins à domicile est insuffisante pour répondre à la demande actuelle ; d'autre part, le recours à cette offre n'est aujourd'hui pas suffisamment facilité et valorisé. La communication à propos des différentes possibilités existantes doit être améliorée.

A côté des services d'aide et de soins à domicile, les aidant·e·s proches représentent également une formidable capacité d'assistance aux personnes dépendantes. Il est important de réfléchir au rôle qu'ils ou elles peuvent jouer, à leur statut, et à la manière de coordonner au mieux leurs apports avec l'offre professionnelle.

c. *Développer des lieux de vie et des lieux de soutien alternatifs*

L'étude de programmation lancée en 2020 devra fournir une vision détaillée du nombre de lits disponibles en MR et en MRS en fonction du vieillissement de la population et de leur répartition sur le territoire bruxellois. On peut cependant déjà constater que les personnes âgées institutionnalisées à Bruxelles présentent proportionnellement un profil de dépendance plus léger comparé aux autres régions. On peut donc se demander s'il est opportun que celles-ci séjournent en maisons de repos. Une meilleure adéquation et répartition de l'offre de services permettrait éventuellement à ces profils de rester plus longtemps à domicile s'ils le désirent, ou de s'orienter vers des habitats communautaires moins médicalisés que des maisons de repos.

L'étude de programmation doit permettre à la politique des prochaines années d'agir sur deux fronts : d'une part, faciliter le maintien à domicile des personnes peu dépendantes et, d'autre part, prévoir une offre de lits suffisante pour les personnes plus dépendantes (y compris celles souffrant de démence).

Pour faire face à la diversité des situations rencontrées par les Bruxellois·es tout au long de leur vie, il faut donc faire exister des solutions de vie alternatives à la totale autonomie d'un côté et à la prise en charge des personnes en institutions de l'autre. Ici aussi, il faudrait idéalement être en capacité de proposer une continuité de réponses en fonction des besoins : aide à la vie à domicile (aide à domicile, téléassistance, centre de (soins) jour), adaptation et confortabilisation des logements, logements kangourous, résidences-services, habitats accompagnés, maisons communautaires. Cela vaut tout autant pour les personnes âgées que pour d'autres publics qui rencontrent des problèmes d'autonomie passagers ou non : personnes porteuses de handicap, connaissant des troubles psychiatriques, etc.

Plusieurs alternatives existent déjà en Région bruxelloise, mais elles sont plutôt rares et souvent coûteuses. L'augmentation de l'offre de logements financièrement accessibles et adaptés est évidemment un préalable, mais il faut d'ores et déjà réfléchir à d'autres solutions comme la reconversion de lits MR/MRS en résidences services sociales ou la création de logements alternatifs.

On veillera également à améliorer la qualité de vie et des soins au sein des MR/MRS, notamment via une augmentation de la participation des résident•e•s et du personnel à leur organisation, la révision des normes d'encadrement MR/MRS afin d'assurer un meilleur équilibre entre profils soignants et non-soignants au sein des institutions ou encore une plus grande ouverture des MR/MRS sur leur environnement proche.

d. Accompagner la fin de vie

L'accompagnement de fin de vie, tout comme la possibilité de demander une euthanasie, est parfois négligé ou insuffisamment connu non seulement des prestataires de soins, mais aussi et surtout de la population en général. Pourtant, compte tenu des évolutions de la médecine et de la croissance démographique, de plus en plus de patient•e•s bénéficieront à l'avenir d'une approche en soins palliatifs ou continus, voire pourraient solliciter une fin de vie assistée médicalement.

Les services ambulatoires bruxellois disponibles ne permettent pas aujourd'hui de rencontrer la demande de soins palliatifs et continués. Il est donc nécessaire de développer l'offre. Par ailleurs, l'importance en Région bruxelloise des populations en situation précaire, de même que la multiculturalité présente sur le territoire de la région génèrent des besoins et nécessitent une approche particulièrement ajustée aux singularités.

Il s'agit de développer l'offre et la qualité des soins palliatifs et continués à domicile qui permettra ainsi d'éviter un recours trop systématique à l'hôpital ou aux institutions et répondra au souhait des Bruxellois•es de rester à domicile dans de bonnes conditions malgré la maladie. Un tel développement nécessite de renforcer les compétences des acteurs de première ligne d'offrir des soins palliatifs et continués à domicile, et d'augmenter l'ampleur des équipes palliatives de deuxième ligne qui agissent en soutien des médecins généralistes et des infirmier•ère•s à domicile. Dans le cadre de leurs missions de soins continus et palliatifs, tant les professionnel•le•s que les institutions de soins seront rappelé•e•s à leurs obligations de répondre aux demandes d'information ou de réalisation d'une euthanasie.

Dans notre Région, l'accompagnement continu et de fin de vie, comme beaucoup d'autres matières, relève de différents niveaux de pouvoir. La concertation et la coordination des différents acteurs présents sur le terrain sont indispensables pour assurer aux patient•e•s une prise en charge continue et cohérente. Cela est d'autant plus vrai que la mobilité des patient•e•s entre les différents lieux de prise en charge (hôpital, maison de repos, domicile) exige fréquemment de s'accorder entre professionnel•le•s pour éviter les ruptures d'accompagnement. La mission d'organisation des acteurs de terrain a été confiée à la structure régionale d'appui à la première ligne (BRUSANO).

5. *Améliorer la santé mentale de la population*

Plus que d'autres affections, les problèmes de santé mentale sont au confluent de questions de santé et de problématiques sociales. L'équilibre psychique est déjà fragilisé par l'expérience de conditions de vie difficiles : précarité, violences intra-familiales, logement inadéquat ou inexistant, perte d'emploi, isolement, éducation, exil, etc. L'action des déterminants sociaux de la santé joue de façon encore plus appuyée lorsqu'il s'agit de santé mentale.

Rien d'étonnant dès lors si l'enquête santé 2018 (Sciensano) révèle que les problèmes psychiques sont en augmentation en Belgique et que la situation bruxelloise est plus mauvaise que celle des deux autres régions. 39% de la population de la Région présente des difficultés psychologiques. L'étude fait apparaître que les personnes avec un faible niveau de scolarité ont une fragilité plus importante en matière de santé mentale. A Bruxelles, 50% des personnes diplômées du primaire ou sans diplôme déclarent souffrir de difficultés psychologiques.

Cet état de fait a des répercussions importantes sur les capacités d'accompagnement de l'ensemble du secteur socio-sanitaire. Nombreux·ses sont les professionnel·le·s qui, à un moment ou à un autre, sont confronté·e·s à un·e Bruxellois·e qui présente, en plus des raisons pour lesquelles il ou elle demande un suivi, des problèmes de santé mentale.

Il importe, de façon rapide, de pouvoir répondre au mieux à l'accroissement des difficultés psychiques de la population et, de manière plus structurelle, d'agir aussi sur les causes de celles-ci en améliorant de façon significative les conditions de vie des Bruxellois·es au travers des politiques d'enseignement, d'emploi et de logement.

a. *Renforcer et mieux coordonner l'offre de soins en santé mentale*

La forte prévalence des problématiques de santé mentale et son caractère profondément social nous invitent à développer des politiques qui permettent d'étendre l'accompagnement aux publics les plus en difficulté. Par l'installation de lieux qui peuvent accueillir des actions en santé mentale communautaire ou des prises en charge thérapeutiques, nous avons à dispenser une offre de soins en santé mentale à destination de publics qui ne sont habituellement pas touchés par celle-ci. Une offre mobile de soins doit aussi être développée à destination de certains publics plus spécifiques, comme les adolescent·e·s, les jeunes adultes, les patient·e·s double diagnostic (santé mentale et handicap) et faciliter certaines transitions particulièrement délicates dans les parcours de soins, tant intrasectorielles (entre l'hôpital, le secteur ambulatoire et le logement autonome) qu'intersectorielles (entre la première ligne, les secteurs du handicap, de l'aide à la jeunesse et de la petite enfance) des usager·ère·s.

Les articulations entre soins somatiques, soins psychiques et aide sociale doivent être renforcées tout en respectant la volonté du patient d'intégrer ces différents volets dans sa prise en charge. Des pratiques de suivis conjoints existent déjà ; elles devront être évaluées et prises en compte notamment dans l'implémentation de la réforme de la nouvelle convention des psychologues de première ligne.

De façon plus large, les secteurs du social-santé doivent pouvoir mobiliser les compétences des professionnel·le·s de la santé mentale pour les mettre à disposition, in situ, d'autres professionnel·le·s ou services confronté·e·s à des problèmes relevant de la santé mentale.

Le renforcement de ce genre de dynamiques demande d'améliorer la coordination entre les acteurs du social-santé dans les interventions quotidiennes, mais aussi de mettre les différentes instances et les différents niveaux de pouvoir concernés par les problématiques de santé mentale autour de la table pour améliorer l'organisation de l'offre en cette matière.

b. *Développer les structures de soin et les alternatives résidentielles à l'hospitalisation*

L'ensemble des acteurs de soins reconnaît un manque de places pour la prise en charge des troubles de santé mentale. Avec un total de 1.608 lits psychiatriques, Bruxelles est largement en dessous de l'offre résidentielle nécessaire pour répondre aux besoins des patient·e·s bruxellois·es et des patient·e·s non-bruxellois·es traités dans les institutions de la Région.

Il faut renforcer et diversifier les places d'accueil en dehors de l'hôpital afin de disposer du panel de solutions le plus large possible. Cela concerne l'augmentation du nombre de lits en maison de soins psychiatriques (MSP) et en initiatives d'habitations protégées (IHP) mais aussi l'éventuelle création de logements de crise préventif et alternatif aux urgences psychiatriques. À défaut de places disponibles de ce type, les patient·e·s restent parfois hospitalisé·e·s dans les services psychiatriques ou se retrouvent dans des structures non adaptées : des maisons de repos pour personnes âgées, des structures d'hébergement non-agréées, voire dans la rue.

Les normes d'encadrement des différentes structures résidentielles, et notamment des hôpitaux, doivent également être revues afin d'assurer une meilleure qualité de prise en charge, le respect de pratiques visant au rétablissement et à la désinstitutionalisation des soins dans la communauté et la viabilité des institutions. La révision de l'encadrement des lits hospitaliers, notamment pour la question des mises en observation, nécessitera une volonté commune de Bruxelles et de l'État fédéral. Par ailleurs, le caractère qualitatif des inspections dans les institutions d'hébergement, dont les maisons de repos, doit être amélioré. Et ce en s'appuyant sur les témoignages des résident·e·s, des familles et des représentants syndicaux.

Le secteur de la revalidation sera aussi concerté afin d'évaluer avec la COCOM dans quelle mesure les conventions peuvent évoluer, au regard des objectifs précités, tout en préservant leur champs d'action respectif.

Enfin, il faut soutenir la création de formes d'accueil bas seuil qui permettent, sans être spécifiquement identifiés comme appartenant au secteur de la santé mentale, de dispenser du soin au travers d'actions collectives et communautaires. Ces « lieux de liens », qui permettent le rétablissement par la valorisation et la participation à des activités sociales et culturelles, ont vocation à s'inscrire dans les réseaux locaux et dans un travail de quartier intersectoriel. Le soutien au développement de la fonction de pair-aidance sera aussi un des axes à privilégier au sein des actions en santé mentale communautaire.

c. *Soutenir le développement des réseaux adultes « Brumenta » et enfants « Bru-stars »*

Depuis 2002 et tout particulièrement depuis le dernier Protocole d'accord signé en CIM[73] santé en décembre 2021, l'État fédéral et les Communautés et Régions mettent en place un modèle pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale sur un territoire donné, conformément à ce qui est écrit dans le guide « Vers de meilleurs soins en santé mentale »[74]. L'objectif est de proposer au patient une approche globale et intégrée quel que soit son point d'entrée dans le réseau.

Brumenta, opérateur fédéral et garant de la mise en place de cette réforme à Bruxelles, continuera à s'appuyer dans ses missions sur la Plateforme de Concertation pour la Santé Mentale et l'Inter Fédération de l'Ambulatoire ainsi que sur l'organisation des zones de soins régionales, actuellement assurées par les quatre antennes 107 : Rézone, Hermes plus, Norwest et Bruxelles Est.

Concernant plus spécifiquement les enfants et les adolescent·e·s, le guide « Vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents » [75] a été approuvé en 2015 en Conférence interministérielle en Santé Publique. Ce dernier s'est concrétisé par la création du réseau « Bru-Stars ».». Ce réseau, opérateur fédéral et garant de l'implémentation de la réforme des soins de santé mentale pour enfants et adolescent·e·s, continuera à être soutenu par la région et s'alignera sur l'organisation et la territorialisation des soins en Région bruxelloise.

73 Conférence Inter Ministérielle
74 Bruxelles.pdf (psy107.be)
75 Guide de la réforme des soins en santé mentale pour les enfants et les adolescents.pdf (wallonie.be)

Bru-Stars est composé de partenaires issus, notamment, du secteur de la santé mentale ambulatoire et résidentiel, du handicap, de l'aide à la jeunesse, de l'enseignement, de la petite enfance, de la justice et est soutenu par l'autorité fédérale et l'ensemble des entités fédérées compétentes sur le territoire bruxellois. Les programmes de crise et de détection précoce, la mise en place d'équipes mobiles et la création d'un point de contact unique pour Bruxelles seront soutenus afin de continuer à apporter des soins de qualité et intégrés auprès de ce public cible.

Dans le même ordre d'idées et selon les prérequis théoriques précités, le public cible des personnes âgées fera aussi l'objet d'une attention particulière. Le vieillissement de la population engendre de nouveaux besoins, tant au niveau ambulatoire que résidentiel, et il y aura lieu d'adapter le développement de l'offre à l'émergence de ces besoins spécifiques.

d. *Développer la sensibilisation et la déstigmatisation*

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont fréquemment stigmatisés et victimes de stéréotypes. Leur situation génère craintes et rejet. En 2001, l'OMS disait déjà que, dans un processus de soin en santé mentale, « la stigmatisation était l'obstacle le plus important à surmonter ». Pour beaucoup, la stigmatisation cause plus de souffrance que la maladie elle-même. Elle est par ailleurs un frein au recours aux soins en matière de santé mentale.

Dans le cadre d'une politique d'aide et de soins intégrée, il importe donc de lutter contre ces dynamiques, de favoriser l'acceptation du trouble psychique et des personnes qui l'affrontent et de faciliter l'accès aux services de santé mentale.

Les perspectives d'action sont multiples depuis la mise en place de politiques de prévention à la multiplication de « lieux de liens » en passant par l'appui à des projets d'aide et de soins œuvrant à la déstigmatisation par le mélange des publics.

L'accueil en santé mentale, non dirigiste et non prescriptif, sera renforcé et privilégié dans les initiatives qui seront développées afin de répondre à cet objectif de déstigmatisation.

AXE 4 : Co-construire une politique social-santé intégrée

Le morcellement des compétences en matière de politiques sociales et de santé est dommageable pour l'ensemble des parties prenantes. En Région bruxelloise, les compétences relevant de l'action sociale et de la santé sont réparties selon sept niveaux de pouvoir : le Fédéral, la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Commission communautaire française (COCOF), la Commission communautaire commune (COCOM), la Communauté flamande (VG) avec la Commission communautaire flamande (VGC) et les autorités locales.

Cette situation occasionne des incohérences entre les politiques menées, génère des doublons ou crée des défauts de couverture, complexifie exagérément l'offre et l'accessibilité des services. L'éclatement des politiques, des responsabilités et des secteurs, rend difficile une gestion cohérente des politiques sociales et de santé que ce soit dans ses dimensions légales, administratives ou opérationnelles.

Il est nécessaire d'accentuer le travail d'harmonisation, de simplification et de coordination entre les entités compétentes pour le social santé dans la région. Compte tenu des facteurs de complexité rappelés ci-dessus, ce travail d'intégration ne peut être que progressif. Il concerne en premier lieu les politiques sociales et de santé de la Cocof et la Cocom (via le présent PSSI). Afin de prendre en compte le rôle déterminant des politiques régionales en matière socio-sanitaire, le PSSI sera complété durant cette année 2022 par le futur Rapport sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales de santé.[76] Celui-ci reprendra à la fois les mesures concernées du PSSI et les contributions complémentaires du gouvernement régional, ainsi que de la VGC. On n'abordera pas ici les nombreuses concertations avec le niveau fédéral particulièrement mises en évidence dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire.

1. Intégrer les politiques sociales et de santé de la Cocom et de la Cocof

a. Un processus continu d'intégration et de coordination

Le PSSI donne, pour la première fois en Région Bruxelles-Capitale, l'opportunité de développer une vision plus intégrée des politiques socio-sanitaires à mener sur notre territoire.

Pour relever les enjeux que cela soulève, il importe de mettre en place un cadre de gouvernance qui permette d'actionner, aux différents niveaux concernés, tous les leviers requis : impliquer et coordonner l'ensemble des acteurs, améliorer la qualité et la sécurité dans les institutions, étayer les prises de décisions et les interventions par le recours aux données probantes, augmenter les capacités des équipes grâce au transfert de connaissances et à la formation, établir des modalités d'évaluation et de suivi partagées et transparentes.

76 Afin de prendre en compte les nombreuses interactions entre les problématiques de pauvreté et de santé, le Rapport sur l'état de la pauvreté sera complété d'un volet relatif aux inégalités sociales de santé.

Le PSSI - en suite des états généraux sur lesquels son élaboration s'est appuyée - s'inscrira dans un *processus continu de collaboration avec les acteurs du social et de la santé*. Il est en effet essentiel de reconnaître que le présent document est un point de départ et non un point d'arrivée. Il constitue une synthèse provisoire des principes et objectifs stratégiques destinés à réunir les différents acteurs, ainsi que des actions déjà en cours ou proposées pour la mise en œuvre de ceux-ci. Le PSSI est un processus évolutif. Il a vocation à être régulièrement évalué, révisé et amélioré pour proposer les actions qui répondent le mieux aux problèmes et aux besoins de tou·te·s les Bruxellois·es.

Dans ce sens, le PSSI est accompagné par une instance de pilotage qui encadre aussi bien sa mise en œuvre que son évaluation continue et sa révision périodique. Une telle instance devra au minimum réunir des représentants du/des cabinet(s) compétent(s) pour les politiques sociales et de santé (en ce compris la promotion de la santé) en COCOM et COCOF et des organes administratifs compétents pour lesdites matières (SCR de la COCOM, Iriscare et SC de la COCOF), le membre du Collège VGC en charge de l'Action sociale et de la Santé (en tant que membre invité), ainsi que différents experts invités en fonction des thématiques abordées (par exemple Bruss'Help et New Samu Social en matière de sans-abrisme). Il sera veillé au pluralisme de l'expertise.

Dans ce cadre, de façon transversale aux entités bruxelloises, différents groupes de travail (existants ou à créer) ainsi qu'une instance consultative seront institués en vue de la mise en œuvre continuée du PSSI, de son évaluation et de sa révision régulières. L'instance consultative sera notamment composée de représentants des Conseils consultatifs de la Cocom, de la Cocof et de la VGC, ainsi que des Commissions techniques d'Iriscare.

Le PSSI est aussi un instrument de travail qui doit se traduire sur le terrain par des changements organisationnels, la naissance de collaborations et de rapprochements, la création ou le renouvellement de pratiques. Pour réussir, cette volonté d'amélioration nécessite l'adhésion du plus grand nombre des travailleur·euse·s qui ont la charge, au jour le jour, de l'offre de services. On veillera, dans la dynamique d'opérationnalisation du plan, à prendre en compte et laisser place à l'expertise des professionnel·le·s afin d'ajuster au mieux les visions aux contraintes du terrain. Des moments de communication, de concertation et de réflexion collective avec les opérateurs sont les meilleures garanties pour transformer de bonnes idées en bonnes pratiques.

C'est seulement sur base d'un tel processus « apprenant » et intégré que pourront se déployer progressivement les transformations nécessaires des politiques sociales et de santé bruxelloises, en réponse à l'enchevêtrement des compétences et à leur manque de coordination pour faire face aux inégalités sociales (et)de santé qui marquent le territoire bruxellois.

Un décret et ordonnance conjoints reprenant ces éléments sera proposé aux Assemblées de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française.

A un niveau plus administratif, le travail d'intégration passera également par une mise en cohérence des textes réglementaires produits. Des réglementations « en miroir » seront développées autant que possible par la COCOF et la COCOM. Une coordination est prévue avec les Gouvernements bruxellois et la Communauté flamande et la Communauté française concernant leurs compétences dans le domaine du social et de la santé dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Il faut enfin, partout où c'est possible, simplifier les démarches administratives. Pour les Bruxellois·es, cela devrait porter en priorité sur les procédures d'ouverture et de maintien des droits (Voir axe 2.2.). Pour les professionnel·le·s du social et de la santé, cette simplification devrait permettre de réduire la charge administrative qui pèse tant sur les travailleur·euse·s que sur les employeurs, en facilitant par exemple le regroupement d'employeurs et la mutualisation des ressources comme des charges administratives et de gestion.

b. La participation citoyenne

La conduite de la politique socio-sanitaire maintient encore trop souvent les publics bénéficiaires en dehors de la chaîne de construction, de suivi de la mise en œuvre et d'évaluation de la politique publique. Les citoyen·ne·s bruxellois·es, notamment au travers des associations de patient·e·s, doivent avoir davantage leur mot à dire, qu'il s'agisse de l'institutionnalisation de la politique socio-sanitaire, de leur implication dans le choix d'un traitement, de leur pouvoir de choisir d'accéder à tel ou tel service, etc. Si ces phénomènes doivent pour partie leur existence à un manque d'offre adaptée voire du manque d'informations à disposition des publics, ils sont aussi le résultat du manque d'implication des publics dans les méthodologies de travail des structures socio-sanitaires et dans les choix qui y sont opérés.

L'implémentation structurelle de la participation citoyenne dans le suivi du Plan Social Santé Intégré permettra un contrôle plus récurrent de l'action publique socio-sanitaire par les citoyen·ne·s et donc sa bonification continue.

La participation accrue des citoyen·ne·s au système socio-sanitaire bruxellois vise à rencontrer deux objectifs principaux.

Un objectif démocratique : les usager·ère·s ou les patient·e·s ne sont pas seulement des bénéficiaires passi.f.ve·s d'un service, ils sont surtout des citoyen·ne·s acti·f·ve·s qui peuvent donner leur avis sur l'organisation des politiques sociales et de santé.

Un objectif d'efficacité de la mise en œuvre des politiques et d'amélioration de la qualité de la prise en charge : l'expérience du vécu des citoyen·ne·s doit pouvoir être valorisée et servir l'amélioration des parcours socio-sanitaires. En effet, la participation des personnes permet d'adapter l'aide et les soins qui sont offerts, tant sur le plan individuel que collectif en prenant davantage en compte les réalités du terrain.

Pour être effectives, les mesures de participation des patient·e·s et des usager·ère·s doivent s'inscrire dans un climat de confiance et d'acceptation mutuelle. Il s'agit donc, avant tout, de développer une véritable culture de la participation.

Cette participation s'articulera autour de l'intégration des citoyen·ne·s dans l'élaboration et le suivi de l'outil stratégique que constitue le PSSI ainsi qu'autour de l'intégration, dans la mesure du possible, des citoyen·ne·s dans la mise en œuvre de projets précis visant l'atteinte des objectifs fixés dans le PSSI.

Concrètement, dans le cadre de l'évaluation régulière du PSSI (trisannuelle), un panel citoyen sera constitué afin de remettre un avis et des recommandations sur tout ou partie de PSSI. Afin d'assurer un retour à ce panel, celui-ci sera réuni au moins deux fois les deux années suivantes. Par ailleurs, des évaluations spécifiques plus ciblées pourront être organisées de façon plus fréquente et pourront inclure une participation citoyenne ad hoc.

c. *Action communautaire et soutien à la qualité des interventions et des pratiques de terrain*

La participation citoyenne est également au centre des stratégies d'action communautaire. Les démarches communautaires désignent ici des initiatives de personnes, d'organismes, de communautés (qu'elles soient territoriales, ou d'identité partagées) qui visent à apporter une ou des solutions collectives et solidaire à un problème ou à un besoin commun, qui contribuent à agir sur les déterminants de la santé, à améliorer la santé et à réduire les inégalités sociales de santé. Il est en effet essentiel de développer les projets sur la base d'analyses de la demande et de diagnostics communautaire impliquant les premier.e.s concerné.e.s (comme c'est le cas par exemple avec les contrats locaux social-santé).

C'est pourquoi le plan contribue, notamment grâce au secteur de la Promotion de la santé, au développement de démarches communautaires en santé, en particulier dans des quartiers abritant des publics vulnérables et soutient la formation et l'accompagnement d'acteurs souhaitant mettre en œuvre des démarches communautaires en santé. Au-delà, l'action des services d'accompagnement ou de support de deuxième ligne devra également viser à l'amélioration des pratiques et de la qualité des interventions des acteurs de terrain. Celle-ci se fera par l'implémentation et le suivi d'autres stratégies et méthodes d'intervention, comme l'évaluation d'impact en santé, la littératie en santé, les démarches de stratégies concertées, l'intersectorialité.

2. *Le Rapport sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales de santé*

Conformément à l'actuelle Ordonnance du 20 juillet 2006 relative à l'élaboration du rapport sur l'état de la pauvreté dans la région de Bruxelles-Capitale, ce rapport est composite et comprend le baromètre social annuel, le rapport thématique, ainsi que la synthèse de la table ronde et le Plan d'Action bruxellois de Lutte contre la Pauvreté (et les inégalités sociales et de santé). Afin de prendre en compte les nombreuses interactions entre les problématiques de pauvreté et de santé, le Rapport sur l'état de la pauvreté sera complété d'un volet relatif aux inégalités sociales et de santé.

Celui-ci reprendra les contributions complémentaires liées à la pauvreté et aux inégalités sociales et de santé des quatre gouvernements bruxellois : région, VGC, COCOM et COCOF (pour les matières en dehors du scope du présent référentiel).

A cet effet, un groupe de travail interministériel est chargé de rassembler les contributions complémentaires des gouvernements bruxellois au Plan d'action bruxellois et d'en assurer le suivi. Celles-ci comporteront une synthèse des mesures prises pour lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé.

Le Plan d'action a pour objectif d'intégrer les enjeux liés à la pauvreté et aux inégalités sociales et de santé, dont les causes sont de nature multidimensionnelle, dans différents domaines de compétences qui vont au-delà de la politique en matière d'action sociale et de santé : l'environnement, le logement, l'emploi, la formation, l'enseignement, etc.

Dans ce cadre, une attention sera portée aux compétences dépendant des autres niveaux de pouvoir afin, d'une part, de pouvoir discuter les éléments pertinents dans le cadre de la CIM social-santé bruxelloise, et d'autre part, permettre de relayer des problématiques identifiées à Bruxelles sur lesquelles le gouvernement bruxellois n'a pas d'emprise aux ministres et gouvernements compétents.

Comme c'était déjà le cas antérieurement, il sera veillé à optimaliser la participation au processus d'élaboration de ce Rapport. Cette participation inclut, sur base volontaire, les organismes, associations et personnes concernées, notamment les CPAS, les organismes et associations publics ou privés qui œuvrent activement contre la précarité, la pauvreté, les inégalités d'accès aux droits et les inégalités sociales de santé ainsi que les personnes vivant dans la pauvreté.

3. *Supporter la prise de décision et l'intervention socio-sanitaire*

a. *Structurer le recueil de données*

La définition des politiques à mener sur le terrain et l'appréciation de leurs effets requièrent d'avoir à disposition un ensemble de données de qualité qui rendent compte aussi complètement que possible de la situation sur laquelle on entend peser et de ses transformations successives.

Les données à disposition sont de plus en plus diverses et la puissance du numérique permet des analyses de plus en plus poussées. Pour réaliser ces analyses, des couplages et connections entre les sources de données sont nécessaires. Ces analyses doivent se faire dans le respect des règles sur la vie privée et notamment le RGPD.

Les données nécessaires portent à la fois sur les besoins, l'offre et la consommation de services et devront intégrer la dimension du genre. Le recueil des données pertinentes pour la décision et l'orientation de l'action (étendue et profondeur des problématiques, caractéristiques des publics, nature et fréquence du recours aux services, ...) permet de guider l'intervention, d'en mesurer les résultats et de réviser ses orientations si nécessaire. Il est aussi utile aux acteurs de terrain pour calibrer au mieux leurs efforts qu'aux acteurs publics pour définir les politiques les plus efficaces.

Concernant les données sur la consommation de services, un recueil de données quantitatives standardisées doit être mis en place pour disposer des informations pertinentes pour la conduite des politiques socio-sanitaires. En pratique, celui-ci doit pouvoir s'effectuer sans nuire à la relation avec les usager·ère·s. Il peut prendre des formes diverses selon les besoins, du recueil classique d'informations lors de l'accueil ou de l'accompagnement de l'usager·ère à la réalisation de diagnostics communautaires ou de forums citoyens.

Afin de prendre en compte toute la complexité qui caractérise souvent les questions socio-sanitaires, il doit s'accompagner de données qualitatives qui permettent le cadrage des données chiffrées et expriment la diversité des réalités.

Les échanges et couplages de données permettant une analyse de l'offre et de la demande seront soutenus. Le respect du RGPD est une préoccupation constante.

L'Observatoire de la Santé et du Social est l'institution de référence pour les données sociales et de santé en Région bruxelloise. L'intégration du CDCS-CMDC au sein de l'OSS et le développement du recueil de données de la consommation de soins contribueront à fournir à la région les outils nécessaires au traitement et à l'utilisation des données pour informer l'action.

b. Favoriser l'approche intersectorielle par le transfert de connaissances et la formation

La coordination des acteurs de terrain ne recouvre pas que des aspects organisationnels. Il s'agit aussi, sur base de référentiels et d'histoires sectorielles divers, de conforter des cultures de travail partagées et de construire des communautés de pratiques.

Pour transcender les contextes sociopolitiques et les environnements organisationnels spécifiques, il importe de favoriser les transferts de connaissances entre acteurs, que ce soit par la mise en place de lieux de dialogue et de concertation, de formation continue ou par l'échange de travailleur·euse·s entre services.

Au sein des institutions hospitalières et des réseaux hospitaliers ce principe consistera, sans préjudice du statut syndical, par exemple à augmenter les obligations de concertation du personnel, notamment les infirmier·ère·s qui composent plus de 50% de celui-ci, dans le domaine de l'amélioration et de la qualité des services qui y sont fournis.

L'objectif est de favoriser une plus grande utilisation des connaissances disponibles afin d'apporter des changements dans les pratiques et la prise de décision. On entend par connaissances : les connaissances issues de la recherche, celles issues des savoirs théoriques et pratiques des acteurs et les connaissances issues de l'analyse des données.

c. Développer des points d'appui pour les services de 1ère ligne

Les travailleur•euse•s de terrain ont comme priorité d'action de prodiguer l'aide et les soins nécessaires aux Bruxellois•es. Pour y parvenir pleinement, il est inévitable de s'attaquer aux problèmes de manière collective et de mobiliser un ensemble de compétences et d'habilités. Seul, l'intervenant du secteur social-santé est fréquemment démuni.

Les structures d'appui et d'accompagnement de seconde ligne rassemblent des professionnel•le•s qui sont en mesure, sur base de compétences que les travailleur•euse•s de terrain n'ont pas le temps d'exercer, de leur apporter un soutien méthodologique, stratégique et réflexif. C'est à ce niveau que peuvent se réaliser le recueil et l'analyse des données, la réflexion socio-politique, la production de formations adaptées, l'élaboration d'une vision plus large et à plus long-terme des priorités.

De telles structures, comme Bruss'help pour le secteur d'aide aux sans-abri, Brusano, le CBCS ou des services piliers de promotion de la santé sont indispensables pour prendre en charge certaines missions de coordination, tirer les enseignements du travail réalisé, porter une lecture critique sur les actions menées et permettre de prendre le recul nécessaire à l'accomplissement de missions ardues dans des environnements de plus en plus complexes. Le redéploiement de l'offre de services dans une logique d'approche centrée sur les besoins, de territorialisation et d'intersectorialité doit être l'occasion de réfléchir à la réorganisation des points d'appui nécessaires.

d. Développer la recherche participative

De plus en plus, les professionnel·le·s sont amené·e·s à faire preuve d'innovation dans leur façon d'appréhender les problématiques socio-sanitaires et d'y répondre. Avec les citoyen·ne·s, ce sont eux qui possèdent la connaissance la plus fine à propos de ces situations, mais ils manquent de temps et de ressources, notamment méthodologiques, pour les formaliser, les transformer en pistes d'action et en faire bénéficier d'autres intervenants ou d'autres secteurs.

Une source essentielle de connaissances utiles et de capacités d'action est ainsi pour l'instant totalement négligée. Les savoirs professionnels, comme les savoirs issus de l'expérience des citoyen·ne·s constituent pourtant des ressources de première qualité pour améliorer les pratiques, produire des solutions innovantes, ouvrir des pistes de réflexion.

Dans le cadre de l'appui aux travailleur·euse·s de première ligne, il serait pertinent de développer la possibilité de mener des recherches participatives impliquant à tous les stades de leur réalisation (problématisation, production de données, évaluation, diffusion des résultats) les professionnel·le·s concerné·e·s. De telles expériences, menées par exemple au CREMIS de Montréal, ont montré leur efficacité et la véritable plus-value qu'elles constituent dans la production et la dissémination de réponses innovantes.

COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

Francophones Bruxelles

Editeurs responsables : Bernadette Lambrechts (Administratrice générale du Service Public Francophone Bruxellois) | Rue des Palais 42, 1030 Bruxelles
Nathalie Noël (Fonctionnaire dirigeante des Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune) | 1040 Bruxelles