

VERANDER



ATELIER


DU CHANGEMENT

RAPPORT

sur le travail mené
d'octobre 2022 à janvier 2023

Les Ateliers Du Changement





Nous avons fait le choix de rédiger ce rapport au masculin, bien que la majorité des travailleurs du secteur social-santé soient des femmes et que les participants aux Ateliers Du Changement reflètent également cette tendance. Étant sensibles aux rapports de genre, ce choix ne reflète en rien un parti pris idéologique. Nous avons dû faire un choix pratique : l'utilisation de l'écriture inclusive nous paraissait compliquer et alourdir la lecture, voire rendre le texte illisible.

Contexte et modalités

Les Ateliers Du Changement (ADC) consistent en un large processus d'information, de consultation et de co-construction à destination de tous les acteurs, professionnels ou non, concernés par le mouvement de réorganisation territoriale de l'offre de l'aide et des soins de première ligne en Région Bruxelles-Capitale.

Les rencontres, organisées conjointement par Brusano et le CBCS/Crebis avec le soutien de la Cocom, visent à mieux faire connaître les enjeux d'une territorialisation de l'offre social-santé ainsi que les réformes en cours dans ce cadre, en particulier le Plan Interfédéral pour des Soins Intégrés (PIF) et le Plan Social Santé Intégré (PSSI), à les analyser et à formuler des actions concrètes mobilisables par les travailleurs de terrain.

Cette organisation territoriale est basée sur plusieurs zones géographiques: les groupements de quartiers, les communes, les bassins et la région. Les ADC ont focalisé leur attention sur la plus-value du niveau intermédiaire: les bassins d'aide et de soins. Trois thématiques centrales ont été explorées: l'accès à l'aide et aux soins, la continuité de la prise en charge et la construction d'une offre social-santé intégrée.

Les ADC ont proposé, de août 2022 à janvier 2023, trois modalités de consultation sur chacun des cinq bassins : portes ouvertes, focus groups et enquête digitale. Elles ont accueilli quelques centaines de personnes, professionnels de terrain, bénéficiaires et citoyens.

Principaux résultats

Le travail mené à cette occasion a permis d'identifier quatre fonctions centrales pour les bassins :

- Récolter, centraliser et diffuser les savoirs à destination des acteurs social-santé
- Répertorier les ressources existantes et organiser des lieux de concertation pour les professionnels
- Soutenir les services en mutualisant des tâches administratives, logistiques, organisationnelles ou en matière de communication
- Proposer et organiser des formations

Ces quatre fonctions sont alignées avec les missions dévolues au bassin par les pouvoirs publics régionaux : fonctions de connaissance, de mise en réseau, de coordination et de promotion et prévention social-santé.

Pour chacune de ces fonctions, ce processus a également dégagé des propositions d'action à mener de façon prioritaire pour améliorer l'organisation du travail social-santé à Bruxelles, au bénéfice du bien-être de ses citoyens. Chaque action s'accompagne de conditions de réussite permettant de faciliter la mise en œuvre.

CONNAISSANCE

PROPOSITION 1

Partager les diagnostics locaux afin de les consolider

PROPOSITION 2

Soutenir le développement d'un répertoire des acteurs bruxellois social-santé

RÉSEAU

PROPOSITION 3

Développer l'interconnaissance des acteurs de terrain

PROPOSITION 4

Créer des lieux d'information et de communication centralisés à destination des professionnels et des bénéficiaires

COORDINATION

PROPOSITION 5

Mettre en place un guichet unique

PROPOSITION 6

Développer et articuler les fonctions de liaison

PROPOSITION 7

Établir des permanences d'accueil

PRÉVENTION ET PROMOTION

PROPOSITION 8

Sensibiliser les citoyens aux questions social-santé à travers des campagnes de communication adaptées au niveau du bassin

PROPOSITION 9

Soutenir les acteurs de terrain en prévention et promotion de la santé

Conditions de succès transversales

Les participants ont relevé des points d'attention transversaux à prendre en compte pour assurer la réussite du passage d'une organisation sectorielle à une organisation territoriale :

- S'appuyer sur l'existant
- Améliorer les conditions de travail et lutter contre la saturation des services
- Pérenniser les financements
- Respecter les libertés d'association et de choix des bénéficiaires comme des professionnels
- Faciliter l'accès aux droits
- Valoriser la parole du bénéficiaire
- Articuler politiques territoriales et extraterritoriales
- Accompagner le processus de territorialisation

La suite

Les résultats issus du processus mené au cours de ces 6 mois seront présentés au sein de chaque bassin. Ils nourriront la mise en œuvre concrète des bassins et la poursuite du travail avec l'ensemble des acteurs.

1. CONTEXTE	3
1.1. Demande	6
1.2. Réorganisation territoriale	7
1.2.1. Les enjeux	7
1.2.2. Les échelles de la réorganisation	7
1.2.3. Les problématiques structurantes	7
2. MÉTHODOLOGIE	8
2.1. Le dispositif des Ateliers Du Changement (ADC)	8
2.2. Cinq modalités de consultation	9
2.2.1. Les rencontres exploratoires	10
2.2.2. Les présentations	10
2.2.3. Les portes ouvertes (PO)	10
2.2.4. Les focus groups (FG)	10
2.2.5. La consultation digitale (CD)	11
2.3. Les limites de l'exercice	12
2.3.1. Une contrainte de temporalité	12
2.3.2. Une représentativité limitée	12
2.4. Processus d'analyse du contenu	13
2.4.1. Première phase d'analyse	13
2.4.2. Deuxième phase d'analyse	13
3. POTENTIALITÉS ET RISQUES DES BASSINS	14
3.1. Potentialités des bassins	14
3.1.1. Diffuser/récolter/centraliser les savoirs	14
3.1.2. Répertoire l'existant et organiser des lieux de concertation	15
3.1.3. Soutenir les services en mutualisant certaines tâches	15
3.1.4. Organiser et proposer des formations	15
3.2. Craines et risques liés à la territorialisation	15
3.2.1. Complexité du processus de territorialisation	15
3.2.2. Articulation et définition des rôles	15
3.2.3. Les frontières entre bassins et les disparités internes	16
4. PISTES D'ACTION	17
4.1. Connaissance	17
4.2. Réseau	20
4.3. Coordination	23
4.4. Prévention et promotion de la santé	26
5. POINTS D'ATTENTION ET CONDITIONS DE SUCCÈS TRANSVERSAUX	27
5.1. S'appuyer sur l'existant	27
5.2. Améliorer les conditions de travail et lutter contre la saturation	27
5.3. Pérenniser les financements	29
5.4. Respecter les libertés	29
5.5. Faciliter l'accès aux droits	29
5.6. Valoriser la parole du bénéficiaire	30
5.7. Articuler les compétences et le territoire	30
5.8. Accompagner la transition	31

1. CONTEXTE

Les Ateliers Du Changement (ADC) ont été pensés pour accompagner le secteur social-santé dans la transition vers une organisation territoriale qui s'envisage en quatre niveaux (groupements de quartiers, communes, bassins d'aide et de soins, région). Cette territorialisation vise notamment à améliorer l'accès aux services, la continuité de la prise en charge et l'intégration de l'offre social-santé intégrée.

1.1 Demande

L'organisation des Ateliers Du Changement s'inscrit dans le mouvement de réorganisation territoriale de l'offre de l'aide et des soins de première ligne, et plus largement du secteur social-santé en Région de Bruxelles-Capitale.

Le Plan Social Santé Intégré (PSSI) rendu public par le Ministre bruxellois de la santé et du social, A. Maron, durant le mois d'octobre 2022 fournit le cadre programmatique de cette transformation sur le territoire bruxellois.

Par ailleurs, le Plan Interfédéral pour des Soins Intégrés (PIF) prévu dès 2025 par le Ministre fédéral F. Vandenbroucke, s'accompagne de deux années de transition (2023 et 2024) durant lesquelles un niveau loco-régional devra penser la mise en place d'un plan d'action et d'un soutien aux prestataires social-santé pour les aider à mieux s'intégrer.

Face à cette volonté ambitieuse de changement, il a paru essentiel au CBCS/Crebis et à Brusano de mettre en place un large processus d'information, de consultation et de co-construction à destination de tous les acteurs, professionnels ou non, intéressés par la démarche de territorialisation de l'offre. Le but de cette dynamique est d'aider à la production d'analyses et de propositions opérationnelles pour alimenter le travail des coordinations prévues par le PSSI et le PIF, notamment à l'échelle des bassins.

La demande a été entendue par les pouvoirs publics et a donné lieu au financement des activités dont les résultats sont présentés dans ce rapport.

➤ 1.2 Réorganisation territoriale

1.2.1 Les enjeux

L'organisation d'une offre social-santé de première ligne plus intégrée et structurée sur une base territoriale veut répondre à deux enjeux majeurs: d'une part, l'accroissement des inégalités sociales et de santé entre les quartiers et entre les habitants de la Région et, d'autre part, les difficultés importantes rencontrées par ceux-ci en matière d'accessibilité et de continuité de l'aide et des soins, notamment du fait d'une intrication de plus en plus étroite entre problématiques sociale, culturelle, de santé physique et de santé mentale.

L'ambition générale de mieux intégrer les politiques, les ressources et les pratiques de terrain passe par la production d'une vision partagée et d'actions de terrain mieux coordonnées sur une base territoriale.

1.2.2 Les échelles de la réorganisation

Pour atteindre cet objectif, le PSSI dessine quatre niveaux différents d'action et d'organisation de l'offre : le groupement de quartiers, la commune, le bassin d'aide et de soins et la Région.

Par ailleurs, le PIF entend mettre en place un management d'intégration au niveau loco-régional, ce qui correspondrait au bassin.

Le bassin couvre l'ensemble des acteurs d'une zone géographique donnée, regroupant entre 250.000 et 300.000 habitants. Il s'agit d'une zone périmétrée permettant la mise en œuvre d'action publique et la création d'un maillage social-santé intégré aux autres échelles. L'intégration est développée et renforcée au sein d'une même zone, ainsi qu'entre les zones.

Ces niveaux s'articulent les uns aux autres selon le degré de proximité et de spécialité des services offerts. L'objectif étant de permettre une offre articulée et appropriée d'aide et de soins à différentes échelles selon les spécificités et les besoins des populations qui y vivent.

1.2.3 Les problématiques structurantes

Brusano et le CBCS/Crebis ont identifié trois grandes thématiques sur lesquelles la réorganisation de l'offre social-santé doit amener des effets positifs. Ces thématiques

identifient les besoins les plus criants auxquels sont confrontés les Bruxellois et ont servi de repères pour l'organisation des travaux des ADC.

a/ L'accès à l'aide et aux soins

Face aux disparités importantes entre les citoyens, entre les différents types de publics et entre les quartiers de la Région en matière de facilité d'accès aux droits, à l'aide et aux soins, il importe de renouveler l'offre social-santé de telle façon que toute personne sur le territoire bruxellois puisse exprimer sa demande et recevoir une réponse adéquate à ses besoins de la part des services concernés. Cela pourrait impliquer de mieux analyser les besoins sur le territoire pour y faire mieux correspondre l'offre de services, d'améliorer l'information sur l'offre disponible et l'accueil dans les services, de multiplier les services fonctionnant sur une logique d'aller-vers et, de façon générale, de diminuer les conditions d'accès, d'augmenter les moyens pour la coordination, l'orientation et l'accompagnement vers le service adéquat.

b/ La continuité de la prise en charge

Pour être pleinement efficace, l'organisation de l'offre d'aide et de soins doit assurer au mieux la continuité de prise en charge des bénéficiaires quelles que soient les transitions vécues par ces derniers. Il s'agit d'éviter les ruptures d'accompagnement, les pertes de droits ou l'arrêt de soins et de garantir une fluidité lors du passage d'un statut, d'un état ou d'un service à l'autre. Cela repose sur la reconnaissance collective d'une responsabilité commune face aux besoins de la personne tout au long de sa vie. Pour atteindre cet objectif, il pourrait être nécessaire de développer des lieux de concertation permanent, de s'accorder sur les zones de compétences et les responsabilités de chaque intervenant et de limiter les barrières et les conditions entre les acteurs impliqués sur le même territoire.

c/ Construire une offre social-santé intégrée

Une meilleure coordination de l'offre et une amélioration de la collaboration entre professionnels peuvent faciliter la prise en charge des situations social-santé complexes au niveau d'un territoire. Le développement d'une telle approche transversale, centrée sur la personne, en lien direct avec la promotion de la santé et l'action sur les déterminants de la santé passe par le déploiement d'outils et de dispositifs de coordination et de concertation.

2. MÉTHODOLOGIE

Un dispositif ambitieux et multiple a été mis en place pour les ADC : cinq modalités de consultation permettent de récolter avis et expérience d'un public diversifié.

➤ 2.1 Le dispositif des Ateliers Du Changement (ADC)

Les ADC ont été mis en place par le CBCS/Crebis et Brusano avec le soutien de la Cocom. Ils ont été conçus comme un espace pour les professionnels, aidants, bénéficiaires, tant francophones que néerlandophones, tant social que santé, pour :

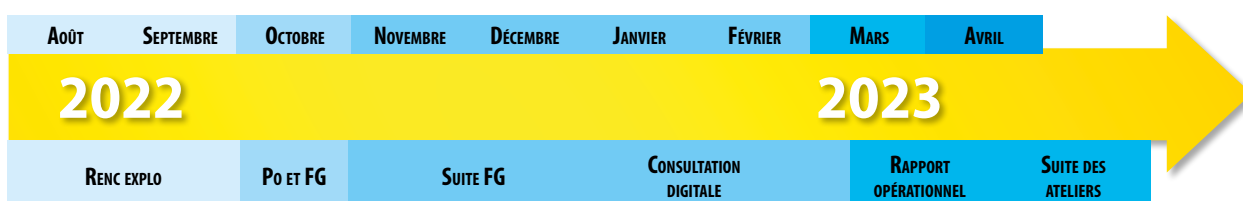
- prendre connaissance des enjeux des réformes du secteur social-santé principalement autour de la réorganisation sur une base territoriale (ex. : PSSI, plan interfédéral des soins intégrés) (volet information)
- questionner ce qui se met en place dans le cadre de ce processus (volet consultation)
- définir ensemble comment réaliser les missions du bassin (volet co-construction)

Les ADC sont composés de cinq dispositifs :

- des rencontres exploratoires
- des présentations
- des portes ouvertes (PO)
- des focus groups (FG)
- une consultation digitale (CD)

Ces différents outils ont permis de toucher un public diversifié, de récolter des avis et des propositions de la part de multiples acteurs et de mener des réflexions transversales, multisectorielles, à des niveaux allant du quartier à la région et réunissant des structures dépendantes de différents pouvoirs subsidiaires. Une attention particulière a été portée aux langues, afin que ce dispositif soit accessible aux francophones et néerlandophones : panneaux et brochures dans les deux langues, résumé ou reformulation dans l'autre langue, etc.

Les étapes se sont succédées de façon telle que chacune d'elle nourrisse la suivante, selon le timing indiqué ci-dessous.



L'ensemble des données récoltées au fil de ce processus a constitué le matériel d'analyse qui a conduit au présent rapport.

En complément à ces étapes clés, un site internet spécifique a été mis en place pour soutenir le dispositif des ADC. (<https://verander-atelier-changement.brussels>)

Le dispositif des Ateliers Du Changement entend se démarquer d'une démarche top-down de mise en œuvre du PSSI et déployer une méthodologie bottom-up : c'est aux professionnels ensemble de définir comment opérer le changement. Les ADC ont ainsi déjà mis en évidence la pertinence de rencontres entre eux-ci pour travailler ensemble les notions liées à la territorialité.

Il faut par ailleurs noter que cette première collaboration d'ampleur entre Brusano et le CBCS/Crebis a pu être menée à terme dans un timing particulièrement serré.

Les détails des chiffres de participation aux différentes étapes du processus sont fournis en annexe (cf. annexe, participation Portes Ouvertes et Focus Groups), de même que les appréciations globalement positives des portes ouvertes dans lesquelles plusieurs participants expriment leurs attentes pour l'implémentation concrète de mesures facilitant l'articulation territoriale (cf. annexe, formulaire d'appréciation).

2.2 Cinq modalités de consultation

2.2.1 Les rencontres exploratoires

En amont des Ateliers Du Changement, trois types d'exploration ont été menés : des rencontres exploratoires concernant le contenu du PSSI, des entretiens individuels, des rencontres préparatoires concernant le dispositif des ADC.

a/ Les rencontres exploratoires

Les trois premières rencontres exploratoires se sont déroulées en août et en septembre 2022. Elles ont consisté en **des focus groups de trois heures regroupant une dizaine de personnes différentes à chaque séance**. Les participants du secteur social-santé appartenaient à différentes ASBL, plateformes, mutualités, maisons médicales et CPAS.

Contrairement au recrutement qui a été fait pour les dispositifs suivants (appel large sur base d'un appel à candidature, critères

de sélection), le recrutement pour ces rencontres exploratoires s'est fait sur base du réseau de proximité du CBCS/Crebis. Nous avons sélectionné des services et des acteurs qui nous semblaient pouvoir porter des regards complémentaires sur le secteur social-santé bruxellois.

Un premier temps était destiné à une présentation succincte du PSSI, suivi de questions d'éclaircissement et de réactions des participants. Dans un second temps, nous avons organisé deux tours de table afin de recueillir tout d'abord des exemples de problèmes rencontrés, puis cibler ce qui ne fonctionnait pas et les choses à améliorer. En fonction des séances, nous avons abordé soit la thématique de l'accès, soit celle de la continuité. Notons que de nombreuses premières réactions concernaient le PSSI en lui-même. Ces réactions/critiques avaient principalement trait au manque de transparence du processus et, plus particulièrement, au fait qu'il ait été « fait à l'envers », c'est-à-dire que les travailleurs ne soient consultés qu'une fois le PSSI écrit et non pas avant. Les participants souhaitaient ainsi savoir de quelle latitude ils disposaient pour faire bouger ce qui avait déjà été fait (cf. annexe, compte-rendu rencontres exploratoires).

b/ Les entretiens individuels

Des entretiens individuels ont en outre été menés, de mai à juillet, avec quelques acteurs bien informés des enjeux auxquels est confronté le secteur social-santé bruxellois. Ces rencontres ont permis à la fois de parfaire notre connaissance des dispositifs d'intégration déjà existants mais également d'identifier les questions centrales à aborder durant le processus des ADC.

c/ Les rencontres préparatoires

Le troisième type de rencontre nous a permis de présenter le dispositif envisagé pour les ADC à une dizaine d'acteurs social-santé, dont des services néerlandophones : des fédérations, des coordinateurs de réseaux, des services d'appui et d'analyse, des acteurs en promotion de la santé et une organisation de patients. Ces rencontres visaient avant tout à informer les acteurs sur les ADC et à les inciter à participer et à diffuser l'invitation à participer aux ateliers. Leur collaboration était primordiale pour toucher un public diversifié. Nous avons aussi récolté leurs avis et suggestions sur le dispositif présenté. Ces rencontres ont mis en exergue **le besoin d'informer sur les enjeux du PSSI, d'établir un climat de confiance et de garantir un suivi**. Elles nous ont permis i) d'améliorer la cohérence dans la communication des ADC pour que les différentes étapes soient bien comprises et que

l'information récoltée à chaque étape nourrit la suivante, ii) d'être vigilants dans notre communication sur les marges de manœuvre possibles et d'insister sur ce qui ne relevait pas de notre contrôle ou pouvoir de décision, et enfin iii) de percevoir l'importance de reconnaître l'existant. Elles nous ont aussi mis en garde sur la faible disponibilité des acteurs de terrain pour de telles rencontres, raison pour laquelle nous avons organisé les portes ouvertes sur un mode flexible et les focus groups sur le temps de midi.

2.2.2 Les présentations

Nous avons réalisé **une série de présentations des ADC à destination de divers publics**. Elles ont eu lieu tout au long du processus, avec deux buts principaux : premièrement, élargir le public sensibilisé par la démarche des ADC sur les enjeux d'une organisation territoriale, en particulier les personnes n'ayant pu se libérer pour les FG ou PO ; deuxièmement, informer sur les avancées du processus et ses différentes étapes. Puisque nous avons dû travailler avec un timing serré, nous avons décidé de ne répondre qu'aux demandes extérieures nous étant directement adressées. Il n'y a donc eu aucune sélection préalable des organismes au sein desquels nous avons réalisé nos présentations. Nous avons aussi participé au colloque organisé par la plateforme santé-mentale et au conseil consultatif hébergement de novembre (cf. annexe, tableau récapitulatif des rencontres extérieures).

2.2.3 Les portes ouvertes

Nous avons organisé **cinq portes ouvertes, réparties sur le mois d'octobre 2022, afin d'assurer une présence sur chacun des cinq bassins**. Chaque porte ouverte se déroulait sur trois heures et se répétait deux fois dans la journée (matin et après-midi) afin de proposer divers horaires et toucher un maximum de personnes.

Il s'agissait de rencontrer les acteurs du bassin autour de préoccupations communes, comprendre les enjeux des concepts-clé, prioriser des actions, suggérer des pistes concrètes de mise en œuvre, soumettre des idées inspirantes et faire connaître l'existant.

Participants :

Les invitations à ces portes ouvertes ont été envoyées au réseau des deux associations organisatrices (le CBCS et Brusano) mais également au réseau du Forum Bruxelles contre les inégalités. La communication sur ces portes ouvertes s'est faite via les bases de données, les newsletters, les sites

Internet et les réseaux sociaux (Facebook et LinkedIn) de ces organisations. Ces dernières ont également pu s'appuyer, pour relayer l'information, sur l'Inter fédération ambulatoire (IFA) et d'autres organisations rencontrées en amont de la mise en place du dispositif.

Les portes ouvertes ont rassemblé au total **209 participants, sur les cinq journées confondues**.

Au programme :

- Matin (9h-12h) ou après-midi (14h-17h) au choix : visite accompagnée avec présentation de panneaux et cocréation de propositions, informations et recueil de propositions
- 12h-14h : lunch réseau

Neuf panneaux explicatifs et participatifs ont été utilisés comme support afin d'aborder **diverses thématiques : constats et enjeux, approche territoriale, accès/ accessibilité, continuité et organisation social-santé intégrée** (cf. annexe, panneaux PO).

Au moment de leur arrivée, une brochure de présentation était distribuée aux participants (cf. annexe, brochure). Cette brochure contenait : une présentation de l'organisation des portes ouvertes, un rapide explicatif de la logique des bassins d'aide et de soins, une miniature des neuf panneaux explicatifs et participatifs (avec la possibilité d'un accès au grand format via QR code) ainsi que les trois vignettes utilisées pour introduire les problématiques de l'accès, de la continuité et de l'organisation social-santé intégrée (cf. annexe, vignettes).

2.2.4 Les focus groups

Les focus groups (FG) ont démarré au même moment que les portes ouvertes et se sont déroulés sur chacun des cinq bassins, d'octobre 2022 à janvier 2023, à raison d'une séance par mois, soit, au total, quatre séances par bassin (et 20 séances pour l'ensemble de la Région).

Les modalités de diffusion de l'appel à candidature aux FG ont été les mêmes que pour les portes ouvertes (cf. 2.2.3). Dans l'éventualité où le nombre de candidatures aurait été trop nombreux, nous avons ajouté un processus de sélection des candidats (sur base de critères annoncés et transparents (territoire, secteur, postes, genre ...) afin de respecter un équilibre dans la représentation des participants). Pour quatre des cinq bassins, nous n'avons pas eu besoin de le mettre en place étant donné que le nombre de candidatures n'avait pas dépassé la limite de places fixée (20 participants

par focus group). Seul le bassin Ouest présentait un nombre de candidatures supérieur à la limite fixée (cinquantaine de candidatures) ; nous avons néanmoins fait le choix de toutes les garder en dédoublant ce focus group en deux sous-groupes.

Participants :

Au total, 109 personnes ont participé à au moins une séance d'un focus group. Chaque FG rassemblait en moyenne une vingtaine de participants. Les bassins Sud-Est et Nord ont cependant réuni un nombre inférieur de participants.

En ce qui concerne les profils des participants, il est important de noter que les **fonctions de coordinateur, directeur, responsable, chargé de projet ou de mission représentaient plus de la moitié des participants**. Arrivent ensuite les travailleurs indépendants et les travailleurs de terrain actifs dans un service.

On observe une certaine diversité des services représentés : hôpitaux, CPAS, CLSS, Maisons Médicales, Mutuelles, RAQ, Planning familial, pharmacies, coordinations d'aides et de soins à domicile, haute école, CAP, CASG, réseaux d'entraide de voisins..., avec tout de même une prédominance d'associations travaillant avec des publics spécifiques (personnes âgées, addiction, santé mentale). Les travailleurs et associations néerlandophones étaient également représentés. Il faut cependant noter que la représentativité a rencontré certaines limites (cf. 2.3.2).

Au programme :

Chaque focus group durait deux heures et avait pour objectif de créer un cadre propice, en petits groupes avec toujours les mêmes personnes, afin **d'approfondir la réflexion concernant les propositions de pistes d'actions concrètes et opérationnelles**. Chaque séance a traité respectivement une des trois thématiques présente dans le PSSI : l'accès, la continuité et l'organisation intégrée social-santé. La dernière séance était dédiée à la discussion et validation des résultats récoltés (focus group de restitution).

Comme pour tout processus qui s'appuie sur l'intelligence collective, nous avons pris le temps de nous mettre d'accord sur les règles à respecter afin de pouvoir travailler dans une ambiance constructive et respectueuse (cf. annexe, panneau règles FG).

Chaque séance thématique démarrait avec la lecture critique d'une situation fictive reprenant des éléments de situations réelles (nommée vignette), afin de faciliter et recentrer la

discussion (cf. annexe, vignettes). Il était demandé, dans la mesure du possible, de focaliser la réflexion au niveau du bassin. Un premier tour de table donnait la possibilité aux participants de s'exprimer à propos de la vignette : les problèmes qu'elle mettait en évidence, mais aussi les décalages par rapport à leur pratique de terrain. Durant le deuxième tour de table, il était demandé de se détacher de la vignette et d'axer les interventions sur les pistes de solutions par rapport aux problèmes rencontrés dans leur pratique.

Entre chaque séance les participants recevaient par e-mail un compte-rendu de la séance précédente (cf. annexe, comptes-rendus) auquel ils pouvaient réagir lors de la séance suivante ou par e-mail.

2.2.5 La consultation digitale (CD)

Suite à l'analyse des propositions récoltées lors des portes ouvertes et des focus groups, nous avons proposé **une enquête en ligne destinée à approfondir les propositions récoltées, à poursuivre la définition des priorités et à préciser leurs conditions de mise en œuvre**. Elle visait aussi à atteindre les personnes qui n'auraient pas pu assister aux autres dispositifs. L'enquête a été construite par le CBCS et Brusano. Le volet spécifiquement destiné aux citoyens a ensuite été revu et amélioré par un usager.

La consultation digitale (CD) était disponible à la fois en français et en néerlandais. Elle était composée de 2 volets : un à destination des professionnels et un à destination des usagers. En fonction du profil des répondants, certains avaient l'opportunité de répondre aux deux volets s'ils le souhaitaient. Le temps de réponse nécessaire a été évalué à moins de 10 minutes. Le questionnaire comprenait à la fois des questions fermées et des questions ouvertes. Les réponses obtenues sont anonymes.

La consultation digitale (CD) était disponible en ligne sur le site des Ateliers Du Changement, du 10 janvier au 3 février 2023. Elle a été diffusée de la même manière et à travers les mêmes réseaux que l'ont été les journées portes ouvertes et les focus groups.

La structure du questionnaire comprenait sept groupes de questions (cf. annexe, grille questions consultation digitale) :

- identification des profils des répondants
- choix des domaines prioritaires parmi les quatre missions identifiées pour le bassin (cf. 2.4.1), pour soutenir les professionnels et améliorer l'accompagnement

- précision des actions concrètes par groupe de questions par domaine/mission, la possibilité d'apporter des précisions ou commentaires sur chaque action, et enfin une question ouvrant la possibilité de proposer d'autres actions pour le domaine concerné
- question ouverte générale laissant la place à des commentaires libres

La CD a recueilli un total de **266 réponses**, dont environ 240 exploitables. Environ 20 % des réponses étaient en néerlandais. 25 % des répondants avaient également participé aux PO, et 15 % à un FG. 60 % des répondants n'avaient participé à aucun autre dispositif de l'ADC. **La CD a donc atteint son objectif de toucher un public plus large que celui des autres dispositifs de l'ADC.**

Les répondants sont majoritairement des **professionnels (212 réponses)**, mais l'enquête a toutefois permis de recueillir les réponses d'**une trentaine de citoyens**.

La grande majorité des **professionnels** est employée dans une structure mais l'on dénombre une trentaine d'indépendants et 6 volontaires. Une moitié de ces professionnels endosse des responsabilités de gestion et de coordination, tandis qu'une autre moitié est impliquée dans l'accompagnement, l'aide et les soins en contact direct avec les usagers. Certains exercent dans ces deux catégories. Parmi celles qui accompagnent/soignent des personnes, on dénombre une **grande variété de professions**, soit plus d'une vingtaine. Cependant, quatre professions sont davantage représentées : les médecins généralistes et les assistants/travailleurs sociaux (environ 20 % chacune), ainsi que les infirmiers et psychologues (environ 10 % chacune). Une dizaine de réponses émanent de personnels des services d'appui, de conseils/étude, ou des services politiques.

Parmi les **citoyens** ayant répondu, **80 % sont en âge de travailler** (25-69 ans), les autres sont plus âgés. Les 2/3 ne se trouvent pas dans une situation sociale ou de santé compliquées, qu'ils ont le sentiment de ne pas maîtriser. Les lieux de résidence sont assez distribués dans la Région de Bruxelles-Capitale : **13 communes sur 19 sont représentées**.

➤ 2.3 Les limites de l'exercice

Les ADC ont été confrontés à diverses contraintes temporelles et de représentativité qui posent quelques limites à l'exercice.

2.3.1 Une contrainte de temporalité

Nous avons disposé de très **peu de temps pour la mise en place, l'organisation et l'analyse des données récoltées**. Les décisions et calendriers politiques se sont ainsi chevauchés avec le calendrier des ADC. Par exemple, la définition des bassins n'était pas encore confirmée lorsque nous avons débuté les portes ouvertes et les focus groups, suscitant chez les participants de nombreuses questions et frustrations. Nous avons ainsi effectué des choix méthodologiques et thématiques, afin de pouvoir respecter les délais accordés (cf. 2.1).

2.3.2 Une représentativité limitée

Il semble pertinent de relever que, malgré un intérêt pour la démarche exprimé par de nombreux professionnels, **la participation effective aux portes ouvertes a été limitée bien qu'honorable**, au regard du nombre de professionnels social-santé sur le territoire.

En ce qui concerne les profils des participants, les professionnels du secteur social-santé qui ont pris part aux focus groups occupaient **plutôt des fonctions de coordination ou de représentation** même si des travailleurs de terrain ont également été impliqués dans les réunions. Certains secteurs ou certaines fonctions importantes dans le cadre d'une réorganisation (ex. : CLSS, RAQ, CPAS, hôpitaux, situations familiales, jeunesse) étaient peu présents. La consultation digitale a toutefois permis la participation d'une centaine de professionnels exerçant directement au contact des usagers pour l'accompagnement, l'aide ou les soins, dans une vingtaine de professions différentes (cf. 2.2.5). La consultation digitale exigeant moins de temps s'est révélée utile pour toucher ces acteurs de terrain.

Ces données sont importantes à relever car elles **posent en elles-mêmes un constat**, interrogent ce processus précis et, au-delà, les conditions de participation des parties prenantes dans les futures démarches de consultation et de co-construction.

Plusieurs hypothèses peuvent être proposées pour donner sens à cette relativement faible participation :

- beaucoup de travailleurs de terrain nous ont expliqué **ne pas avoir le temps de participer** à ces réunions car ils sont déjà en surcharge de travail. La proposition des ADC fait ainsi naître un conflit entre la participation à des réunions pour améliorer la situation dans le futur et la réponse aux urgences du terrain.
- les enjeux abordés dans les ADC sont **perçus comme relevant des responsabilités des fonctions de direction**. Il nous revient de mieux communiquer à ce propos pour intéresser et impliquer tous les niveaux et pouvoir profiter de l'expérience indispensable des travailleurs de terrain.
- ne souhaitant pas afficher de lien direct avec le PSSI (cf. 2.1), **notre communication n'a peut-être pas été assez claire et motivante** pour une part des personnes potentiellement impliquées.

Cette implication réduite des travailleurs du secteur social-santé et des secteurs connexes nous amène à formuler les **avertissements suivants** :

- quand nous parlons dans ce rapport, du secteur social-santé, il faut comprendre qu'il s'agit des participants au processus des ADC
- les propositions présentées ne peuvent prétendre être représentatives du secteur social-santé mais uniquement refléter ce que les participants au processus ont évoqué.

2.4 Processus d'analyse du contenu

2.4.1 Première phase d'analyse

La première phase a consisté en une analyse thématique des données récoltées lors des portes ouvertes et des focus groups pour en extraire les missions principales que pourraient remplir les bassins et les priorités indiquées par les participants. Ceci a notamment permis d'articuler les données récoltées par rapport aux travaux du GT Territoire¹ d'une part et de restituer cette analyse aux participants des focus groups à la session de janvier d'autre part.

Pour cela nous avons procédé selon les étapes suivantes :

- a) Analyse des données pour effectuer des regroupements :
 - reprise de l'intégralité des problèmes et pistes de solution mentionnés lors des portes ouvertes et lors des focus groups dans un tableau Excel
 - attribution de chaque problème à une problématique plus générale (ex. : problème = heures d'ouverture -> problématique = accueil)
 - mise en évidence de huit problématiques : l'interconnaissance professionnelle, la connaissance de l'offre par l'usager, l'offre de base, l'accueil, la coordination, le partage de données, la territorialité, la mobilité
 - analyse des actions proposées pour ces huit problématiques afin de discerner quelles actions concernaient les bassins et quelles fonctions cela conférerait aux bassins
 - identification de quatre fonctions principales : améliorer et partager la connaissance social-santé, aider à enrichir l'offre par une plus grande complémentarité, procurer des formations, procurer un soutien administratif
 - comparaison des missions identifiées aux fonctions reprises dans la note du GT Territoire (connaissance, réseau, coordination, prévention)
 - alignement des fonctions du GT sur les missions identifiées suite à l'analyse
- b) Utilisation des résultats de l'analyse thématique pour concevoir la consultation digitale
- c) Préparation des focus groups de restitution en janvier
 - deux ateliers d'1/2 journée
 - décision sur le contenu de la restitution de janvier
 - affinage du tri et des regroupements des actions bassin par fonction bassin
 - préparation d'une présentation à destination des focus groups

2.4.2 Deuxième phase d'analyse

La deuxième phase a consisté à compléter ou modifier les premiers résultats sur base :

- des retours récoltés suite aux restitutions aux différents focus groups
- des résultats de la consultation digitale menée durant le mois de janvier 2023

Ces étapes d'analyse ont permis de tenir compte des inputs produits tout au long du processus (des portes ouvertes à la consultation digitale).

L'ensemble de ces apports a été utilisé pour la rédaction du présent rapport.

¹ Le GT Territoire est un groupe de travail créé à l'initiative du Cabinet Maron pour conceptualiser les contours, les missions et la gouvernance du niveau bassin. Il regroupe des membres du Cabinet, des administrations communautaires, des experts scientifiques et des représentants des points d'appui et des acteurs du secteur social-santé.

3. POTENTIALITÉS ET RISQUES DES BASSINS

Si les participants aux ADC reconnaissent certaines potentialités des bassins, ils pointent aussi des risques et craintes par rapport à la territorialisation.

➤ 3.1 Potentialités des bassins

Dans le cadre de la mise en place des bassins, les participants identifient une valeur ajoutée dans une série de domaines.

3.1.1 Diffuser/récolter/centraliser les savoirs

De nombreux **diagnostics** existent mais ils ne sont pas connus de tous, et encore moins partagés et discutés pour arriver à une connaissance uniforme de la situation social-santé du bassin.

Les bassins pourraient récolter les diagnostics existants, les centraliser et organiser des discussions autour de la situation social-santé du bassin. Cette connaissance récoltée et partagée permettrait de fixer des **objectifs propres aux bassins** et de progressivement **construire une culture et une identité de bassin** dans lesquels les acteurs de terrain œuvrent à la poursuite d'objectifs communs.

Il s'agit aussi de profiter des évaluations d'autres projets (107, CLSS, projets seniors, ...) afin d'en tirer des leçons pour le bon fonctionnement du bassin.

Cela permettrait de relayer, vers le politique et d'une voix "bassin", les manquements, dysfonctionnements et écarts entre demande et offre.

3.1.2 Répertoire l'existant et organiser des lieux de concertation

Au-delà du diagnostic de la situation social-santé, le bassin pourrait **répertorier l'ensemble des acteurs social-santé ainsi que les réseaux et les initiatives existantes dans le bassin**. Si un répertoire complet de l'offre social-santé doit se faire à la taille de la Région, le niveau du bassin pourrait permettre un zoom sur l'offre et les initiatives en cours. Ce serait une information utile pour le Conseil consultatif dans l'octroi d'agrément. Un cadastre à jour des lits disponibles sur la zone est aussi vu comme particulièrement utile.

Pour appuyer cette **connaissance entre acteurs de terrain**, le bassin pourrait mettre différents outils en place comme un site Internet qui regroupe toutes les infos, toutes les activités à la

taille du bassin (calendrier partagé) ou encore des plateformes de "chat" entre acteurs.

Une fois les services répertoriés, le bassin devrait **promouvoir les rencontres entre professionnels** pour mieux se connaître, pour agir ensemble - plutôt qu'en concurrents - et trouver des solutions aux problèmes social-santé présents sur le bassin, afin de mettre en place des protocoles. Ces rencontres permettraient aussi de diffuser des bonnes pratiques (ex. : boîtes jaunes) et de répertorier les manques. Le bassin jouerait un rôle tant pour mettre à disposition un lieu pour ces échanges que pour prendre en charge l'organisation de ces rencontres.

3.1.3 Soutenir les services en mutualisant certaines tâches

Le bassin pourrait apporter un soutien pour des tâches administratives, logistiques, organisationnelles, ou en matière de communication par exemple (cf. 4.3 et 4.4).

3.1.4 Organiser et proposer des formations

Enfin, le bassin aurait un rôle en matière de formation. Il s'agit de soutenir des cursus existants, des formations entre pairs ou mettre en place des formations spécifiques aux besoins du bassin.

➤ 3.2 Craintes et risques liés à la territorialisation

3.2.1 Complexité du processus de territorialisation

Pour l'utilisateur et les professionnels, s'y retrouver dans le paysage social-santé bruxellois est extrêmement complexe. Il faut veiller à ce **que le bassin ne soit pas une couche supplémentaire à la "lasagne"** actuelle et ne vienne pas compliquer un système déjà illisible.

Les rôles et fonctions du bassin doivent donc apporter une valeur ajoutée réelle au terrain et aux citoyens-usagers et à terme **simplifier le paysage pour faciliter l'accès aux services** et réduire le non-recours.

Il faut assurer le lien entre ce qui est séparé (en bassins) et ce qui est rassemblé (au niveau régional) et privilégier le partage d'informations à un niveau régional pour ne pas morceler davantage les connaissances et informations.

3.2.2 Articulation et définition des rôles

La coordination social-santé au niveau territorial existe déjà, principalement au niveau du quartier ou de la commune. Il s'agit tout d'abord de reconnaître et de faire un relevé de tous les services qui travaillent en coordination pour s'appuyer sur eux et les renforcer.

Ensuite, **une articulation claire entre niveaux est nécessaire** pour que les opérateurs de terrain comprennent le paysage et s'y retrouvent.

La place de chaque service doit être réfléchie, qu'est-ce qui fait le plus sens : région, bassin, commune, groupement de quartiers ? Une fois la réponse donnée à cette question, revoir le rôle des uns et des autres pour que l'ensemble fasse sens : le rôle des coordinateurs aux différents niveaux et l'articulation entre eux et avec les opérateurs de terrain doivent être clarifiés (ex. : CLSS, RAQ, CHW, CPPS). Les CAP (Centres d'Aide aux Personnes), les CASG (Centre d'Action Sociale Globale), les maisons de quartier, les lokale dienstencentra jouent également un rôle primordial en tant que services de première ligne bas seuil et généralistes. De nombreuses idées ont été émises sur d'autres niveaux que le bassin qui ne sont pas reprises dans le document mais figurent en annexe (cf. annexe, propositions à d'autres niveaux que le bassin).

La mise en place de ces articulations doit tenir compte du temps que les travailleurs social-santé doivent investir lorsque des projets pilotes sont développés. Par exemple, pour les RAQ, les travailleurs ont mis une énergie folle dans la formation des nouveaux engagés, mais personne n'a reconnu ce travail.

Le travail de coordination en tant que tel doit être reconnu et financé pour ne pas mettre à mal le service aux citoyens-usagers. Il faut cependant veiller à ce que ce travail ne se substitue pas aux accompagnements et suivis des usagers, afin de ne pas miner l'accessibilité des services en allongeant les délais d'attente.

3.2.3 Les frontières entre bassins et les disparités internes

La mise en place de bassins permet de fournir une offre adaptée à la population qui s'y trouve. L'ensemble des acteurs qui sont actifs sur un bassin a une responsabilité vis-à-vis de la population y résidant ou y naviguant. Ils doivent donc collectivement s'assurer du bien-être de leur population en fournissant l'aide et les soins nécessaires. Cela implique d'assurer une veille pour identifier un manque de ressources et répondre adéquatement aux besoins ou à l'émergence de nouveaux besoins nécessitant d'adapter l'offre. Grâce à cette veille, le bassin peut interpeller les autorités ; une articulation entre les bassins et la région est donc indispensable.

Les frontières entre bassins restent fictives dans le sens où la population est mobile et conserve sa liberté de choix pour se faire accompagner ou soigner. Par ailleurs, il faut une solidarité entre bassins au bénéfice de la population, par exemple lorsque certains services sont saturés. Il est donc nécessaire d'articuler les bassins les uns aux autres, de veiller à leur porosité et de les penser non comme des frontières, mais plutôt à l'image de courroies de transmission.

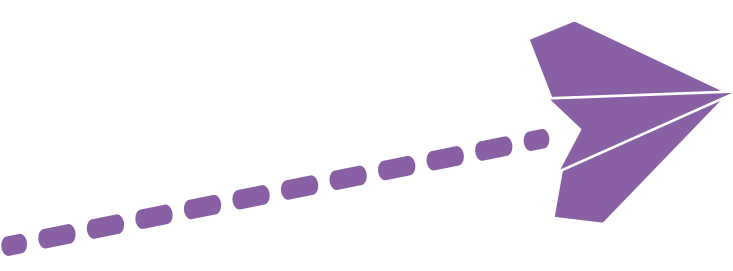
La question des services **qui se trouvent aux frontières** des bassins ou qui opèrent sur le territoire entier de la région doit être abordée pour éviter que les services ne se scindent obligatoirement en cinq entités et que cela occasionne des ruptures dans le parcours des bénéficiaires.

Il faut reconnaître que **les bassins ne sont pas des territoires homogènes**. On ne peut pas fonctionner sur base de moyennes au niveau des bassins. D'où l'absolue nécessité de **prendre en compte les spécificités locales** (quartier, groupement de quartiers) au sein des bassins pour adapter l'offre en conséquence. Notons notamment que des poches de pauvreté existent dans des bassins couvrant des communes plus aisées.

Par ailleurs, certaines problématiques, telles que les **maladies rares**, sont difficilement territorialisables vu leur spécificité.

Des participants s'inquiètent de la trop grande **taille** des bassins pour un travail social-santé qui demande une connaissance fine des usagers et des structures et ne peut se faire qu'à l'échelle du quartier.

4. PISTES D'ACTION



Sur base des portes ouvertes, focus groups, consultation digitale et présentations, nous formulons ci-dessous des pistes d'action regroupées sous quatre fonctions que pourraient jouer les bassins et qui sont congruentes avec les missions évoquées par le GT Territoire : connaissance, réseau, coordination et prévention. Pour chacun de ces thèmes, nous avons distingué deux types d'action : prioritaire et additionnelle. Les actions qui figurent comme prioritaires n'ont pas été identifiées directement comme telles par les participants, mais elles sont fidèles à ce qui a été exprimé et elles ont été déterminées en tenant compte également du paysage actuel des réformes, des possibles rôles que l'on souhaiterait attribuer aux bassins et d'une estimation de faisabilité (moyens, existant, délai de mise en œuvre, etc.).

➤ 4.1 Connaissance

Le bassin aurait un rôle à jouer pour centraliser, organiser et mettre à disposition la connaissance sur les besoins et les demandes de la population ainsi que sur l'offre présente dans le bassin. Pour ce faire, il s'agit principalement de partager des diagnostics et de répertorier l'existant mais aussi de fixer des objectifs spécifiques au bassin et d'améliorer la visibilité des services sur le territoire.

4.1.1 Actions prioritaires



PROPOSITION 1

Partager les diagnostics afin de les consolider

De nombreux diagnostics existent à différentes échelles : quartier (RAQ, CHW, BRICO, CASG), groupement de quartiers (CLSS), région (OSS), secteur. Ces diagnostics ne sont généralement pas connus de tous les acteurs du bassin. Or, **une connaissance fine de la situation social-santé à l'échelle du bassin permettrait d'agir en commun** sur des paramètres social-santé pour améliorer la situation socio-sanitaire de sa population.

Plusieurs degrés d'approfondissement ont été proposés pour cette action, qui pourrait être mise en œuvre en plusieurs temps selon le degré visé :

1^{er} degré :

- **répertorier les diagnostics** existants dans le bassin
- **diffuser les diagnostics** et notamment les mettre à disposition dans un lieu ouvert aux professionnels social-santé, y compris éventuellement via une plateforme numérique
- **débattre des diagnostics** à une fréquence à convenir, entre professionnels social-santé du bassin pour faire le point sur l'évolution du bassin. Des actions spécifiques pourraient y être envisagées et discutées en lien avec des objectifs « bassin » définis par ailleurs (cf. 4.1.2)

2^{ème} degré :

- **décider ensemble des données pertinentes à l'échelle du bassin** et de la façon de les partager (données quantitatives et qualitatives, données manquantes, bases de données existantes et mode de partage)
- veiller à actualiser les diagnostics et les données

3^{ème} degré :

- **analyser les diagnostics** rassemblés pour obtenir une compréhension globale de la dynamique de l'offre et des besoins sur le bassin
- **rassembler** également les documents de littérature grise existants qui renseignent sur les besoins et l'offre dans le bassin.



Conditions de mise en place

- veiller à la cohérence régionale entre les bassins, certainement quant au mode de partage, aux formats des données et aux actions pertinentes pour les diagnostics à l'échelle des bassins
- porter une attention au qualitatif, tout n'est pas quantifiable. Le travail social-santé ne peut pas uniquement être apprécié à l'aune de diagnostics chiffrés, certaines actions ne peuvent répondre à des objectifs chiffrés de production
- mettre en lumière les différences internes au bassin dans les diagnostics-bassin. En effet, chaque bassin contient des spécificités de quartier qui ne se reflètent pas dans des statistiques ou moyennes calculées à l'échelle du bassin
- mettre à disposition les moyens adéquats (outils, temps et financement), en fonction du degré visé pour cette action
- reconnaître et valoriser le temps consacré aux rencontres et débats. Des incitants doivent être trouvés pour encourager la participation aux rencontres et un financement doit intervenir pour que la participation ne grève pas le service aux bénéficiaires.



Exemples de pratiques inspirantes

- un levier en la matière peut être le mécanisme d'accréditation, et les coordinations existantes telles que le GLEM (Groupe Local d'Évaluation Médicale) ou des pratiques similaires où le temps dédié à ces rencontres est pris en compte et valorisé.

PROPOSITION 2

Soutenir le développement d'un répertoire des acteurs bruxellois social-santé

Il existe sur la Région de Bruxelles-Capitale plusieurs répertoires des acteurs social-santé. On peut citer Bruxelles-social, Zipster, Zorgzoeker, des répertoires sectoriels et d'autres encore. Les répertoires manquent d'exhaustivité, d'actualisation des données ou de convivialité dans leur utilisation tant pour les bénéficiaires que pour les professionnels. La proposition consiste à contribuer à et **mettre à disposition un répertoire unique, structuré et mis à jour** reprenant les acteurs social-santé actifs sur le territoire bruxellois.

Le rôle du bassin dans l'élaboration de ce répertoire serait de :

- **répertorier l'existant**
- **soutenir son alimentation et sa mise à jour**
- **zoomer sur les acteurs du bassin** pour fournir un niveau de détail plus important

Conditions de mise en place

- s'attaquer à la saturation des services : l'utilité du répertoire dépend directement de l'accessibilité aux services. Si les services sont saturés, le répertoire n'a que peu d'utilité puisque rien ne sert de rediriger les citoyens vers des services saturés
- travailler à l'accès aux droits : il ne sert à rien d'orienter vers des services auxquels les personnes ne pourraient recourir faute de droits (travailler à la simplification des procédures administratives et à une meilleure connaissance de ces procédures par les professionnels)
- assurer une cohérence régionale du répertoire dans sa structuration et son mode d'alimentation. L'idée n'est pas d'aboutir à cinq répertoires mais d'avoir un répertoire régional avec des informations globales et ensuite des couches plus détaillées par bassin
- permettre d'alimenter le répertoire en temps réel et facilement, notamment prévoir et allouer des moyens et du temps pour l'alimentation et la mise à jour du répertoire
- mettre à disposition des usagers une version conviviale du répertoire en sus du répertoire plus fourni pour les professionnels. L'utilisation de pictogrammes compréhensibles sur les services offerts a déjà montré son efficacité. Il faut harmoniser les pictogrammes au niveau régional et mettre en place des plug-ins (logiciels qui permettent d'extraire des données de manière automatique) pour les professionnels et les services
- prévoir une version bilingue du répertoire

- reprendre dans le répertoire tous les professionnels actifs en social-santé à Bruxelles quels que soient l'appartenance linguistique et le pouvoir subsidiant
- accompagner le répertoire de solutions permettant les contacts interprofessionnels (cf. 4.2), le répertoire n'étant qu'un outil
- ne pas freiner les libertés d'association, ni empêcher des professionnels et des bénéficiaires de traverser les frontières des bassins. Le répertoire doit permettre d'identifier les ressources externes au bassin afin de combler les manques et de renforcer le bassin en s'appuyant sur elles

Exemples de pratiques inspirantes

- les répertoires existants
- les app existantes. Citons par exemple le Bon Plan de Dune : une app à destination des usagers qui extrait automatiquement certaines données de Bruxelles-Social et les présente sous forme de pictogrammes. L'utilisation en est conviviale.

A préciser

- les informations à faire figurer dans le répertoire (niveau de détail mais aussi par exemple degré de saturation, un cadastre des lits ou places disponibles)
- l'articulation des niveaux et articulation entre nouveau et existant
- la forme du répertoire : outil commun qui laisse la possibilité à chaque association/ prestataire de le personnaliser via ses propres canaux, outil qui permet de créer, extraire et imprimer sa propre carte locale ;
- le périmètre du répertoire, notamment :
 - participation des acteurs à des réseaux ?
 - réseaux informels (bénévoles, aidants-proches) ?
 - initiatives et projets ?
 - services d'appui ?
 - services des mutuelles ?
 - réseaux de patients ?
 - communautés d'entraide ?
- la manière d'intégrer connaissance fine des acteurs et réseau vivant
- la possibilité de prévoir des séances de formation à l'utilisation du répertoire et à sa personnalisation possible.

4.1.2 Actions additionnelles

D'autres idées d'action en matière de connaissance ont été émises par les participants, notamment :

➔ **Fixer des objectifs bassin** : sur base d'une connaissance fine de la situation social-santé de son bassin grâce au partage de diagnostics, chaque bassin se fixerait des objectifs (propres et en lien avec des objectifs régionaux) et élaborerait un plan d'action pour améliorer la situation et lui permettre de demander les budgets nécessaires.

➔ **Rendre l'offre visible en rue** : harmoniser la présentation de l'offre et la rendre visible par l'apposition de pictogrammes facilement reconnaissables en façade des bâtiments. Les structures garderaient leur nom propre, mais ajouteraient un symbole d'identification commun général afin d'être facilement identifiées partout. L'homogénéisation des symboles devrait être pensée au niveau de la Région mais l'application se ferait au niveau bassin.

4.2 Réseau

Si la fonction de connaissance permet déjà le repérage des différents services actifs dans le bassin, le type d'informations récoltées et diffusées, que ce soit sous forme papier ou digitale, demeure purement abstrait et ne suffit pas toujours pour assurer les collaborations. Dans la fonction de réseau, il s'agit de dépasser ce niveau pour **atteindre une interconnaissance** qui permette de soutenir une dynamique productrice de confiance, d'identité collective par rapport au territoire de référence et à sa population et ainsi de développer un sentiment de responsabilité partagée. Pour ce faire, il s'agit avant tout de développer l'interconnaissance entre professionnels et d'avoir des lieux centralisés d'information pour trouver des solutions ensemble.

4.2.1 Actions prioritaires

PROPOSITION 3

Développer l'interconnaissance des acteurs de terrain

Lors des ADC, il a été relaté un manque de connaissance entre services d'un même bassin. Cette proposition souhaite combler ce manque en développant l'interconnaissance. Cette dernière se construit grâce à des rencontres et des échanges réguliers

entre services ou professionnels d'un même bassin afin de savoir non seulement qui travaille dans les autres services, mais aussi comment et avec qui. À cet effet, le bassin peut appuyer deux actions en particulier. Premièrement, investir des lieux tiers ensemble et régulièrement. Des rencontres comme celles organisées dans le cadre des ADC pourraient être un bon point de départ pour pouvoir établir un réseau au niveau du bassin. Deuxièmement, pour consolider ce réseau, il est nécessaire de **déployer des immersions transversales intersectorielles**. Il s'agit alors de quitter les lieux tiers pour se rendre chacune et chacun dans les autres services. Les professionnels pourraient, ainsi, mieux connaître les autres services et leur culture, mais aussi créer des liens structurels et avoir la capacité de mobiliser le bon service au bon moment.



Conditions de mise en place

- financer un métier de lien ou, au moins, reconnaître le temps dédié aux immersions et aux rencontres dans les fonctions des professionnels social-santé
- avoir un support logistique pour mettre en place les différentes rencontres (y incluses les immersions)
- recenser l'existant afin de s'inspirer des bonnes pratiques, repérer les services/groupes qui peuvent mettre en place des rencontres et pérenniser ce qui existe déjà de façon formelle ou informelle
- adresser la demande de participation à une multiplicité d'acteurs social-santé
- identifier les liens qui sont pour l'instant insuffisants entre certains prestataires ou certaines structures pour veiller à permettre de l'interconnaissance entre eux
- veiller à proposer des lieux et des horaires facilement accessibles pour les rencontres, ainsi que des modalités variées (sur place, en ligne)
- légitimer la participation des professionnels aux rencontres et immersions en intégrant cela dans leurs descriptifs de poste ou missions, en prévoyant le temps nécessaire et en assurant le financement, y compris pour les indépendantes
- développer une vraie culture de collaboration par la mise en place d'activités d'interconnaissance dès les études



Exemples de pratiques inspirantes

Des exemples d'immersions intersectorielles existent déjà. Nous pensons notamment à "La semaine de Rézone", pratique d'immersions mise en place par l'antenne 107 de Bruxelles Sud, au projet Papillon de Maya et aux "kijkstages" de BruZel. Cela permettrait, entre autres, de créer des ponts entre services francophones et néerlandophones.



A préciser

- lieux existants les plus adaptés pour un premier contact entre professionnels social-santé au niveau du bassin
- nombre de rencontres sur l'année
- possibilité d'étendre les immersions transsectorielles aux hôpitaux. Cela permettrait entre autres de créer des ponts avec un acteur de terrain, ce qui, comme nous le verrons par la suite (cf. 4.3.2), est important pour agir sur la continuité des aides et des soins



PROPOSITION 4

Créer des lieux d'information et de communication centralisés à destination des professionnels et des bénéficiaires

Les professionnels social-santé sont submergés d'informations et sont souvent en manque de temps. Ils doivent participer à des formations, répondre à des urgences en mobilisant leur réseau personnel et trouver des solutions à des situations de plus en plus complexes, parfois sans l'aide d'autres travailleurs. **Pouvoir repérer les informations nécessaires au bon moment de manière efficace et structurée** et partager des avis sans devoir se déplacer pourrait améliorer les conditions de leur travail. Pour ce faire, cette proposition prévoit de développer deux actions spécifiques au niveau du bassin. Premièrement, pour favoriser le repérage d'informations et la communication entre professionnels il s'agirait de **concevoir une plateforme digitale**. Cette dernière pourrait abriter à la fois un agenda partagé et un chat. L'agenda permettrait de centraliser les informations sur tous les événements (formations, rencontres, salon, etc.) au niveau du bassin. Tandis que, le chat aiderait au partage d'avis et de bonnes pratiques lorsqu'il faut trouver rapidement des solutions pour le bénéficiaire. Deuxièmement, pour dépasser l'usage des réseaux personnels et rendre les informations sur les réseaux accessibles aux différents services d'un bassin, il s'agit de **réfléchir à une fonction de référent unique** en articulation avec les dispositifs existants. Cette fonction vise à réorienter les professionnels vers les bons services et les aider dans des situations de blocage des dossiers.



Conditions de mise en place

- répertorier et s'appuyer sur l'existant
- réfléchir à une plateforme digitale facile d'usage
- former à l'usage et la mise à jour de la plateforme
- réserver le chat de la plateforme à l'échange d'informations générales et garantir la confidentialité des données des usagers
- prévoir une modération et un cadre clair ("des garde-fous"), pour préserver un contenu cohérent et respectueux sur la plateforme
- prévoir une sélection des activités relayées sur la plateforme
- veiller à ce que la fonction de référent unique garantisse une certaine neutralité vis-à-vis des services qui travaillent dans le bassin. Lors des propositions et réorientations elle devrait signaler tous les services pertinents pour l'utilisateur, y compris ceux qui sont d'habitude saturés, c'est au travailleur ensuite de faire un choix
- relier la fonction de référent unique aux fonctions similaires des autres bassins, pour pouvoir orienter vers les services situés dans les autres bassins quand c'est nécessaire
- s'appuyer et soigner les liens avec ce qui est fait au niveau du quartier (ex. : référent quartier, RAQ), mais aussi avec les autres dispositifs des autres bassins



Exemples de pratiques inspirantes

- numéro vert de la Fédération des Services Sociaux créé pendant le Covid, helpdesk Brusano
- le "Hub-chat" des CPAS : il s'agit d'une plateforme de communication avec un lien direct vers différents services des CPAS (pas encore assez utilisée)



A préciser

- modalités de mise en place de la fonction de référent unique : ligne téléphonique, présence physique dans un point de rencontre...
- possibilité d'échanges par thématiques via le chat de la plateforme
- services de référent unique au niveau du bassin spécifiquement dédiés aux professionnels qui suivent des situations complexes.

4.2.2 Actions additionnelles

D'autres actions ont été évoquées comme le besoin de développer des liens entre les différents réseaux ainsi que la nécessité de créer un sentiment de responsabilité partagée (la première permettant de renforcer la seconde).

➔ Développer les liens avec les réseaux informels

Il est important de développer des liens avec les réseaux informels : c'est-à-dire les bénévoles, voisins ou aidants-proches entourant les personnes (ex. : « Bras dessus bras dessous », « CitiSen », « Accolage »).

Les réseaux informels sont reconnus par les professionnels comme des partenaires précieux. Ils permettent : d'aider à trouver un intermédiaire pouvant mettre en place une coordination autour de la personne ; d'anticiper les besoins futurs et ainsi permettre la prévention ; de rompre l'isolement en remettant affectif et relationnel au cœur de la relation ; de tirer la sonnette d'alarme lorsqu'une personne sort des radars (exemple d'une personne âgée que l'on ne voit plus dans les lieux social-santé qu'elle fréquente régulièrement).

Le bassin pourrait tout particulièrement soutenir trois types d'activités :

- **organiser régulièrement des salons social-santé** ouverts aux trois publics : bénéficiaires, réseaux informels et professionnels. Cela permettrait d'informer et sensibiliser les bénéficiaires sur les services offerts au niveau du bassin et d'avoir un premier contact avec les réseaux informels pas encore connus
- **connaître et créer des ponts entre réseau informel et services professionnels.** Il est important, avant tout, de connaître les réseaux d'entraide (physiques et numériques) pour regrouper et centraliser toutes ces informations (tout en faisant attention de ne pas mettre en danger l'existence des réseaux les plus informels). Ce travail de récolte de données doit, ensuite, permettre de créer un arbre décisionnel pour voir où les actions des réseaux informels s'arrêtent et où celles des travailleurs social-santé démarrent
- **légitimer ces réseaux informels par un cadre** afin de leur offrir une rémunération et un contrat, ainsi que de leur proposer un soutien (formation, transfert de compétences, soutien psychologique). Il a cependant été relevé que l'essence de ces réseaux étant d'être informels, un cadre pourrait leur nuire. Ici encore il est essentiel de s'appuyer sur des bonnes

pratiques existantes (ex. : le projet "Connecter" dans la commune de Molenbeek), mais aussi de faire attention à ne pas déplacer la surcharge induite par la saturation des services sur les réseaux informels

➔ Développer une responsabilité partagée

Développer une responsabilité sur un territoire conduit à un changement de pratiques et de mentalité. Cette responsabilité amène à coopérer à l'échelle du bassin avec tous les intervenants pour améliorer la situation socio-sanitaire de son bassin. C'est faire ensemble et décider ensemble des points à améliorer en se fixant éventuellement des objectifs communs. Travailler à l'accomplissement de ces objectifs conduit à son tour au renforcement du sentiment de responsabilité partagée pour le territoire. C'est un cercle vertueux. Pour y arriver, il faut naturellement une bonne connaissance des acteurs de terrain de manière générale mais aussi une cartographie du réseau social qui entoure des individus en particulier. Et là, comme pour d'autres actions, avoir une visibilité sur les places d'accueil disponibles serait souhaitable. Cette responsabilité pourrait même aller jusqu'à suivre le bénéficiaire, même quand il quitte un service, pour s'assurer qu'il continue à bien évoluer. Bien sûr, ce suivi et cette coordination ne peuvent se faire qu'avec le consentement de l'utilisateur et sans intrusion.

➔ Organiser des "promenades"

Aller à la découverte des différents services du bassin, à destination des professionnels, pour qu'ils connaissent mieux l'offre qui les entoure. Ces promenades pourraient être thématiques, sur le modèle de la semaine de Rezone par exemple.

➤ 4.3 Coordination

La coordination désigne **l'articulation entre les acteurs intervenant dans des situations complexes, ainsi que la gestion des moyens** mis à disposition des acteurs au niveau du bassin.

Cette coordination se formalise aussi bien en termes d'organisation (développement de l'accueil, formalisation de protocoles d'action, redistribution de l'offre, facilitation du back-office) que de soutien du secteur informel.

4.3.1 Actions prioritaires

PROPOSITION 5 Mettre en place un guichet unique

Il s'agirait de mettre en place un guichet par bassin pour **faciliter l'accès aux services et aider dans les démarches** : adresser toutes les questions relatives à l'offre social-santé et coordonner directement la réponse. Ce guichet unique permettrait à tout usager d'avoir une réponse claire et d'être dirigé vers le service adéquat. Pour certains, il pourrait être envisageable de regrouper tous les services social-santé sur un même lieu afin de simplifier les réorientations en offrant une maison du social-santé clairement visible (ex. : CAP, CSSI, CASG) mais ce n'est pas la seule possibilité.

Conditions de mise en place

- trouver un lieu adéquat (facilement identifiable et accessible, non stigmatisant...)
- faire en sorte que le personnel d'accueil dispose des informations nécessaires pour avoir la capacité de répondre
- veiller à l'articulation avec les différents niveaux et échelles

PROPOSITION 6 Développer et articuler les fonctions de liaison

Il s'agit ici d'une part d'articuler entre elles les différentes fonctions de liaison existantes et d'autre part de les développer. Parmi les fonctions de liaison existantes, certaines font le lien entre structures/prestataires ou entre services et usagers à un niveau communautaire, tandis que d'autres se concentrent sur l'accompagnement personnalisé.

Concernant l'accompagnement personnalisé, cette fonction de liaison pourrait prendre diverses formes. Pour les dossiers les plus complexes, des coordinateurs de référence pourraient faire le lien entre bénéficiaires et acteurs qui gravitent autour d'eux.

Concernant le lien entre services et usagers, cette fonction de liaison sera, dans un premier temps, en charge d'effectuer un état des lieux de ce qui existe et un maillage des acteurs : première étape essentielle pour coordonner les acteurs et assurer la continuité des soins, les services étant nombreux et peu coordonnés entre eux.

Conditions de mise en place

- veiller à soutenir les fonctions existantes afin qu'elles se connaissent au sein de chaque quartier ainsi qu'entre quartiers et soient visibles pour les bénéficiaires
- mettre en place des *case load* afin de prendre en compte le temps de coordination dans la charge de travail de certains travailleurs. Il faudrait alors mesurer ce temps nécessaire pour un travail de qualité (par des times sheets par exemple) afin de soumettre une idée de rémunération (ex. : ce qui a été fait dans les pharmacies pour la rémunération du temps de vaccination)
- confier la coordination à des services disposant des ressources nécessaires pour l'assurer
- permettre aux bassins d'apporter leur soutien, notamment en embauchant des *case managers* ou référents
- prévoir un retour d'expérience/évaluation : suivre et évaluer les résultats, s'appuyer sur l'expérience et les témoignages de personnes qui ont déjà exercé des fonctions transversales et participé aux différents projets, notamment pour en estimer l'impact
- maintenir une approche centrée sur les besoins et les objectifs de vie de la personne
- adapter les moments de concertation prévus pour ces fonctions spécifiques aux possibilités des indépendants (horaires), pour les motiver à participer aux activités de coordination, et prévoir une compensation financière

Exemples de pratiques inspirantes

- case manager : s'inspirer du projet Miriam à Schaerbeek et du service d'une équipe de case manager mise en place par Brusano
- référent de proximité : communautés de pratiques à Brusano, PEP's à l'ONE, travail en binôme chez Dionysos
- RAQ, CHW

A préciser

- nécessité d'une expertise terrain pour assurer le rôle de fonction de liaison
- implantation des fonctions : seraient-elles décentralisées ou logées au sein d'une institution ?
- création de poste de *case manager* ?
- place du médecin généraliste dans cette coordination: pour certains elle est centrale, pour d'autres ce n'est pas son rôle et il n'est pas rémunéré pour cela



PROPOSITION 7

Établir des permanences d'accueil

La question de l'accueil est à développer et améliorer, en se coordonnant au niveau des bassins, afin de proposer **davantage de lieux et de temps d'accueil** pour pouvoir toucher les personnes porteuses d'une demande.

Assurer un meilleur accueil, c'est d'abord permettre un **accès plus large en étendant les horaires d'ouverture** des services primordiaux à un accueil 24/7 et en augmentant les possibilités de contact de personne à personne avec davantage de guichets physiques. La mise en place d'un système de garde à l'échelle du bassin permettrait de contrer le fait que les horaires d'ouvertures des services soient limités. Ce service de garde tournerait entre les divers services, comme cela se fait pour les pharmacies par exemple.

Améliorer l'accueil c'est aussi améliorer **les conditions d'accueil** en permettant au personnel d'accueil de développer des interactions plus harmonieuses, en confiance, et d'assurer une prise en charge plus efficace. En tenant notamment compte de la complexité linguistique et culturelle des usagers bruxellois.

Développer **un accueil tout venant** permettrait que chaque service soit à même de pouvoir réorienter les personnes et éventuellement les accompagner physiquement jusqu'au prochain service. Chaque personne pourrait ainsi se sentir au bon endroit, écoutée et prise en charge, peu importe la porte à laquelle elle frappe, même si le lieu n'est pas le bon.



Conditions de mise en place

- proposer des formations au personnel d'accueil afin qu'il soit plus outillé pour mieux accueillir les personnes (ex. : un partage de connaissances pourrait être fait par les médiateurs culturels, afin de donner quelques conseils)

- faire appel aux services qui proposent une médiation culturelle lorsqu'il y a des problèmes de langue et/ou de traduction des documents (ex. : Ciré, Bruxelles accueil, Setis)
- mettre en place des permanences sans rendez-vous pour les publics les plus précarisés
- creuser davantage la première demande de l'utilisateur afin de pouvoir identifier, dès le départ et en une fois, la pluralité de besoins à prendre en charge
- concernant l'organisation d'un système de gardes :
- veiller à donner une légitimité à cette activité, notamment en l'intégrant dans la charge de travail et les missions des travailleurs/structures d'une part et en prévoyant des compensations, y compris financières "à la hauteur"
- investiguer les besoins réels des publics et des services pour lesquels une extension des horaires est pertinente (par exemple, un dispensaire infirmier)



Exemples de pratiques inspirantes

- Accueil bas-seuil : Transit
- Accueil EntrAide des Marolles



A préciser

- mise en place et promotion des postes de personne-relai : personne référente social-santé pour les usagers. Au-delà d'accompagner physiquement les usagers, cette personne-relai devrait également s'assurer, après avoir orienté la personne, qu'elle a bien reçu une réponse à sa demande (exemple des RAP (réseaux d'accompagnateurs psychosociaux) mis en place par le Réseau Hépatite C)

4.3.2 Actions additionnelles

D'autres actions ont été évoquées comme la nécessité de **formaliser des protocoles** pour faciliter les parcours des usagers, c'est-à-dire d'assurer une certaine forme de systématisation des pratiques, notamment dans les situations de sortie/transition - sortie d'hôpital, de rue, de prison... - (dossier partagé, documents de sortie, réorientation vers d'autres services, coordination des actions avec les soins à domicile...), développer les lieux d'accueil et de prise en charge (dispensaire, lieu de liens...), rationaliser l'offre et soutenir le secteur informel.

➔ Soutenir l'usage d'un dossier partagé

La mise en place d'un dossier partagé permettrait de faciliter la coordination des services autour de la prise en charge et du suivi des personnes et de limiter les discontinuités de prise en charge d'un service à un autre. La forme que prendra ce dossier

partagé est encore à discuter. Les participants eux-mêmes n'étaient pas tous d'accord sur le contenu qui pourrait figurer dans ce dossier et les personnes qui y auraient accès.

On peut tout de même noter que ce dossier partagé devrait être mis en place en toute transparence, **avec l'accord du bénéficiaire** qui doit savoir qui aura accès à quelles informations. Il ne **devrait contenir que des données objectives** : faire figurer les personnes consultées, l'état des démarches entreprises, les épisodes, les passages et le temps, mais pas le contenu à proprement parler. Il sera nécessaire de **prendre en compte la question du RGPD et la sensibilité de certaines données médicales et sociales** (tout particulièrement celles relevant du domaine psychiatrique) et penser à des accès différents par profession (ex. : Abrumet). Il est primordial d'utiliser l'existant et y inclure un volet social (possibles exemples à suivre : Abrumet, carrefour des bases de données existantes, e-health, la « boîte jaune » dans certaines communes...).

Deux options pourraient y être intégrées: les sorties (d'hôpital, de prison ou de rue) en spécifiant si la personne est « fragile » sur le plan social (logement, entourage...) et la mise en place d'un système de signal d'alerte lorsque la personne n'a pas été vue depuis longtemps. Les dossiers partagés devraient être harmonisés au niveau de la région, voire du pays. Les bassins pourraient apporter leur soutien. La valeur-ajoutée du niveau du bassin résiderait dans le soutien à l'élaboration de solutions adéquates pour les professionnels et les usagers, notamment via la transmission des besoins, points d'attention, et retours d'expérience qui ne manqueront pas de surgir dans les différents espaces de rencontre et d'intégration social-santé du niveau bassin.

Il faudra veiller à ne pas informatiser tous les échanges et ne pas négliger les risques que peuvent représenter les algorithmes (ex. : refus de prise en charge des personnes qui auraient eu un certain nombre de rechutes). Il est également nécessaire de veiller à une cohérence d'application au niveau régional.

➔ **Systématiser des protocoles de sortie/transition**

Il s'agit de mettre en place des protocoles systématiques de sorties (d'hôpital, de prison, de rue, ...), comprenant en particulier un dossier spécifiant avec quels professionnels activer ce protocole. L'objectif est d'**assurer la continuité des aides, de l'accompagnement et des soins** à la sortie de l'hôpital, de la prison ou de la rue, en reprenant notamment l'historique des services reçus par la personne afin d'assurer un suivi efficace et global social-santé.

Il s'agit de personnaliser l'accompagnement et non le standardiser. De même, les protocoles ne doivent pas

engendrer de surcharge administrative pour les professionnels et usagers. Le dossier devrait intégrer les familles et les proches, afin de pouvoir les tenir informés.

➔ **Rationaliser l'offre**

Cette rationalisation se traduirait par une **redistribution de l'offre sur le territoire du bassin**, en fonction de l'existant, mais également par une **(re)délimitation des fonctions de chacun**, afin que chaque service reste dans le cadre de ses missions. Souvent, lorsque d'autres services sont défailants, certains acteurs dépassent leurs missions pour combler le manque.

Il s'agirait notamment de : coordonner et rapprocher les services francophones et néerlandophones ; soutenir et développer l'ambulatoire multidisciplinaire et les fonctions mobiles de première ligne ; inciter à la responsabilité sociale-santé de l'hôpital.

Le bassin pourrait jouer un rôle pour délimiter les fonctions des services et faire remonter les lacunes. Il pourrait également être envisagé de rassembler les services autour d'une problématique commune (ex. : Maia en France pour les personnes atteintes d'Alzheimer).

➔ **Faciliter le back-office**

Un des rôles du bassin serait de prodiguer un appui administratif pour diminuer la charge administrative pesant sur les travailleurs et leur octroyer plus de temps pour d'autres tâches. Le bassin pourrait notamment **organiser la coordination et les rencontres entre professionnels** : développer la communication (envoi des mails, gestion des agendas partagés...), offrir un lieu de concertation et organiser les concertations.

➔ **Mettre en place un dispensaire gratuit**

Un dispensaire gratuit pourrait être mis en place dans chaque bassin, où les usagers qui le désirent viendraient se faire soigner et prendre leurs médicaments, à toute heure.

➔ **Créer des lieux de liens**

En parallèle aux guichets social-santé, **penser et promouvoir des lieux de liens neutres**, dans le but d'accueillir toute personne avec ou sans demande directe. Ils devraient être distincts des services social-santé.

➤ 4.4 Prévention et promotion de la santé

Il s'agit pour cette fonction d'agir sur les déterminants de la santé, c'est-à-dire tous les facteurs (sociaux et autres) qui impactent l'état de santé de la population.

4.4.1 Actions prioritaires

PROPOSITION 8 Sensibiliser les citoyens aux questions social-santé à travers des campagnes de communication adaptées au niveau du bassin

Cette action vise à la fois à **renforcer la connaissance des services de proximité par les professionnels et usagers**, mais également à **soutenir les actions locales de prévention et de promotion de la santé** en leur donnant un écho au niveau du bassin.

Une variété de modes de communication sont envisagés pour toucher les publics cibles, notamment des campagnes synchrones dans la rue et le social-santé, des affiches et des flyers décrivant les services de proximité, des articles et des émissions, des séances d'information adaptées aux participants, des supports et outils didactiques multilingues et accessibles, des actions de sensibilisation (ex. : "Place à nos droits" sur la place E. Bockstael), ainsi que des manifestations thématiques festives gratuites.

Conditions de mise en place

Les campagnes de communication devraient en particulier être adaptées aux publics les moins instruits.

PROPOSITION 9 Soutenir les acteurs de terrain en prévention et promotion de la santé

Cette action comprend :

- le soutien des connaissances des professionnels en diffusant des méthodes et outils de collaboration, d'écoute et d'identification des objectifs de vie des personnes
- la formation des professionnels à soutenir la capacité des usagers à comprendre et à utiliser l'information concernant leur santé et leur situation sociale (littératie)
- la sensibilisation des acteurs de terrain aux déterminants de la santé et à une vision plus large de ce qui fait santé pour les habitants

Il s'agit essentiellement de partager et mutualiser les apprentissages sur ces questions transversales et de faciliter les relais (liens et logistique) entre l'expertise existante et les besoins en formation et outils à l'échelle du bassin.

Conditions de mise en place

- renforcer les moyens du secteur de la promotion de la santé pour qu'il puisse diffuser et transférer son expertise
- relayer les initiatives existantes (plateformes, bibliothèques d'outils, bonnes pratiques)
- impliquer les centres de formations, les écoles primaires et secondaires, les associations de promotion de la santé, les groupes de citoyens, etc...
- former les professionnels social-santé à la prévention et la promotion de la santé lors de leur formation de base et de manière continue tout au long de leur carrière

4.4.2 Actions additionnelles

➤ **Favoriser la connaissance du tissu associatif social-santé**

Intégrer des informations sur le social-santé et la promotion de la santé dans les programmes de formation à la citoyenneté pour que les usagers puissent s'en saisir au besoin.

5. POINTS D'ATTENTION ET CONDITIONS DE SUCCÈS TRANSVERSAUX

Des points d'attention ont clairement été relevés par les participants aux ADC. La mise en place de l'approche territoriale sur Bruxelles ne pourra être pleinement réussie – et donc conduire à une amélioration de l'état social-santé des Bruxellois et des travailleurs social-santé – que si les niveaux de pouvoir compétents apportent des réponses adaptées à ces points d'attention. Ces conditions de succès sont transversales, c'est-à-dire qu'elles reviennent comme conditions de base à la mise en place d'une territorialisation quelles que soient les thématiques abordées.

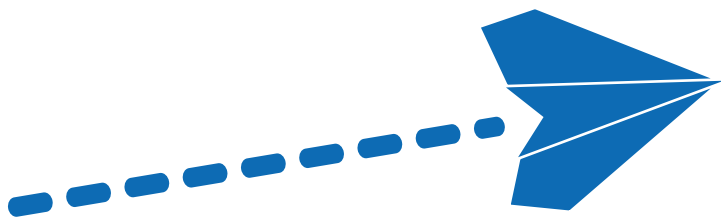
➤ 5.1 S'appuyer sur l'existant

Il est important de **connaître, utiliser et développer l'existant** afin d'éviter de dupliquer ce qui est déjà en place. Plusieurs **exemples de projets, positions et façons de faire** ont ainsi été évoqués comme possibles bases de développement. Par exemple, il existe déjà des centres de coordination ou des travailleurs sociaux faisant un travail de coordination (ex. : l'entraide des Marolles ou la ligue de santé mentale qui organisent des coordinations de quartiers, zones ou régions), des postes de case managers, des réseaux d'aide et de soin, des structures citoyennes et des services de proximité (RAQ, maisons de quartiers, CAP, CASG...) dont on pourrait s'inspirer ou qu'il faudrait soutenir et développer. On pourrait également envisager d'avoir des **services du CPAS et de la commune présents dans les centres social-santé intégrés** dans l'idée d'ouvrir des guichets, des antennes en dehors des murs des structures publiques. Les **maisons médicales sont aussi des lieux à investir** car on peut y avoir des contacts avec différents métiers du social-santé.

Mettre en avant ce qui existe et fonctionne déjà, c'est aussi faire remonter les lacunes et les dysfonctionnements que l'on peut observer dans des services, ou entre services, afin de les traiter.

➤ 5.2 Améliorer les conditions de travail et lutter contre la saturation

Le secteur social-santé n'est pas en pleine forme, c'est le moins que l'on puisse dire : précarité des travailleurs, turn-over, burn-out, saturation des services, délais d'attente trop importants, difficultés à recruter. L'inadéquation entre le volume de besoins/demande et les capacités de l'offre (besoins>offre)



conduit les professionnels à en faire trop, en particulier dans des situations d'urgence sociale et sanitaire. Certains font non seulement trop dans leur cœur de métier, mais débordent également le cadre strict de leur mission pour assurer une continuité ou un accueil. Le manque de valorisation de tâches non reconnues (notamment en matière de coordination) fait le lit des burn-outs.

L'approche territoriale est une réponse à l'amélioration de la santé globale des citoyens bruxellois et peut contribuer, dans une certaine mesure, à améliorer la qualité du travail des acteurs. Mais elle ne peut fonctionner seule et devra nécessairement s'accompagner de mesures réduisant la saturation des services.

Le fort taux de burn-out est un des signes de conditions de travail éprouvantes, de la **surcharge de travail et du manque de considération et de valorisation du statut** des travailleurs. Plusieurs pistes sont possibles afin d'améliorer ces conditions de travail :

- la création de postes (assistants sociaux et facilitateurs de situations notamment) permettrait de soulager les travailleurs de quelques tâches pour leur octroyer plus de temps pour développer des relations de confiance avec le public et pour développer le travail en réseau et la connaissance des autres structures
- sensibiliser les jeunes à ces métiers permettrait de recruter plus facilement dans ce secteur.
- former les travailleurs sur de nouveaux sujets (chômage, médiation de dettes...)
- inclure des acteurs clés (habitants du quartier, bénévoles, experts du vécu...) en leur permettant de devenir travailleurs sociaux et d'être rémunérés.

L'amélioration des conditions de travail passe aussi par une amélioration du quotidien des travailleurs. On constate un important **turn-over** des travailleurs sociaux-santé ce qui favorise une instabilité du réseau des personnes de contact. En effet, la personne en partance emmène avec elle le réseau qu'elle a construit et aucun temps n'est prévu pour la transmission entre travailleurs.

Parmi les aspects qui ouvrent le champ à des améliorations du quotidien des professionnels, mentionnons :

- la mobilité : pouvoir circuler et se garer facilement à Bruxelles est déjà une ancienne revendication du secteur aide et soins à domicile. Les questions de **mobilité** sont essentielles tant

pour les usagers que pour les professionnels. Comment promouvoir les soins à domicile quand il est difficile pour les professionnels de se déplacer ?

- fournir des accès téléphoniques séparés pour joindre les hôpitaux (comme la ligne verte de l'hôpital St. Pierre) et les CPAS pour les professionnels du secteur social-santé
- réévaluer le temps nécessaire pour les actes sociaux-santé, notamment à domicile mais aussi y intégrer la fonction de coordination avec une **reconnaissance du temps de travail et de coordination**, sans laquelle le modèle territorial social-santé intégré restera un vœu pieux.

Le rôle clé des **médecins généralistes**, personne de confiance et de premier contact qui permet d'agir en prévention et de limiter le passage en hôpital, doit aussi être mieux reconnu. La situation actuelle de pénurie à Bruxelles conduit à questionner la politique de numerus clausus en la matière. Plus de médecins généralistes signifie une meilleure situation social-santé à Bruxelles.

Il est également important de désengorger les services afin de **trouver une solution à la saturation**. Renvoyer des usagers vers des services saturés ne fait que gripper davantage le système. Lutter contre la saturation passe notamment par un meilleur financement et une amélioration des conditions de travail pour retenir les travailleurs dans le secteur et recruter plus facilement. Outre l'épuisement des travailleurs, la saturation a de nombreux effets pervers : détérioration de la situation des usagers, médicalisation de problèmes sociaux, sur-sollicitation des services (s'adresser à plusieurs guichets pour la même demande) et déplacement de la charge sur des réseaux informels qui ne sont pas soutenus, formés ou équipés pour y faire face. Au-delà de la surcharge pour les travailleurs, de l'angoisse et de l'attente pour les bénéficiaires, la saturation conduit aussi certaines structures de terrain à pratiquer une **logique de quotas** suivant laquelle le public le plus difficile est mis de côté, voire inscrit sur une liste noire. Ces usagers se retrouvent alors exclus de tous services a fortiori si les informations sont partagées entre structures. Pour éviter cela, les bassins doivent mettre des ponts en place à l'exemple de ce que fait le réseau Bitume sur Bruxelles pour les sans-abris et WaB en Fédération Wallonie-Bruxelles pour les usagers de drogue. Au-delà de ce public blacklisté, il faut aussi prendre en compte les publics qui sont juste au-dessus des conditions minimales pour bénéficier d'une aide et dont la situation doit se détériorer avant de pouvoir trouver une réponse, ainsi que toutes les personnes qui ne rentrent pas dans les cases de l'administration.

➤ 5.3 Pérenniser les financements

Octroyer des financements structurels et indexés est un enjeu crucial. Il faut restreindre au maximum la logique des appels à projet qui crée une vue à court terme au détriment du service à l'utilisateur, est chronophage et met en concurrence les acteurs de terrain. Ces financements par projets permettent souvent d'engager des personnes avec la promesse de subsides. Les subsides n'arrivant pas toujours à temps, les institutions doivent alors fonctionner sur fonds propres et peuvent se trouver en déficit budgétaire. Les financements structurels pérenniseraient l'existant, renforçant l'efficacité et diminuant la précarité du travail et du même coup le turnover et la saturation. Il est également nécessaire de repenser la durée des agréments ou de délais de remboursements.

Beaucoup de participants ont exprimé leur étonnement quant à la disproportion entre les moyens nouveaux alloués à la recherche et aux fonctions de coordination et ceux consacrés au renforcement des équipes ? À quoi servira la coordination quand il n'y aura plus de travailleurs de terrain ? De nombreuses craintes et interrogations naissent aussi par rapport à la **répartition des moyens financiers** entre les différents bassins, sur les critères de cette répartition et l'impact sur les moyens existants.

Enfin, **les tâches de coordination**, concertation clinique, participation à des organes de décision au niveau des bassins **doivent être reconnues et financées correctement**. Cette reconnaissance permettrait d'inciter plus fortement les acteurs concernés à participer aux moments de concertation.

➤ 5.4 Respecter les libertés

La liberté d'association doit perdurer. Tout un chacun doit pouvoir décider de fonder son association et de travailler avec qui il souhaite.

La liberté de choix du bénéficiaire et du professionnel doit être garantie. Le bénéficiaire ne doit pas être obligé de faire appel aux services de son bassin, il doit conserver la liberté de s'adresser au professionnel de son choix. Tout comme le professionnel doit conserver sa liberté de recevoir le bénéficiaire de son choix, qu'il réside dans son bassin ou non.

Le droit à l'anonymat doit être préservé. La coordination entre professionnels exige souvent l'échange de données. Pour autant, il faut aussi préserver le droit à l'anonymat, tout spécialement pour mettre en place un accueil bas seuil. Il faut dans un second temps aussi éviter que les données ne soient utilisées pour jauger/évaluer/déterminer la quantité de service consommée par usager en vue de la limiter (quota).

Le dossier partagé ne fait pas l'unanimité auprès des professionnels et même ses partisans insistent sur **le respect du secret professionnel**, des règles RGPD et **la nécessité d'avoir le consentement** véritable du bénéficiaire. Le bénéficiaire doit aussi être (mis) en mesure de gérer lui-même son dossier. Enfin, il faut mettre en place des garde-fous. L'accueil bas seuil peut être en contradiction avec la constitution de dossiers. Il faut garder la possibilité de ne pas constituer de dossier pour certains publics. Le dossier doit toujours être au bénéfice de l'utilisateur et s'il le refuse, cette décision ne doit pas se retourner contre lui en lui refusant l'accès à certains services.

Chaque métier a ses spécificités, ses pratiques, son identité et des différences sont revendiquées entre structures de terrain. L'organisation intégrée social-santé doit reconnaître ces différences de pratiques et s'organiser dans le respect des libertés de chaque métier. L'intégration demande du temps et tout ce que le bassin peut mettre en place pour aider les professionnels à mieux se comprendre participera directement à sa réussite.

➤ 5.5 Faciliter l'accès aux droits

L'accès aux droits et services pour tous reste compliqué à mettre en œuvre. Plusieurs pistes peuvent être explorées pour faciliter l'accès : limitation de la conditionnalité, automatisation, accueils physiques bas seuil, déstigmatisation.

Plus les gens sont en difficulté, plus les démarches à accomplir s'apparentent à des épreuves. De nombreux gains en matière d'accessibilité pourraient être atteints si la conditionnalité pour accéder aux droits était restreinte. Dans les cas où les conditions ne pourraient pas être supprimées, elles devraient être simplifiées ou homogénéisées en recourant à des critères simples et uniques (ex. : statut BIM). Cela aurait un effet majeur sur l'accessibilité, le bien-être des Bruxellois et déchargerait les services au niveau administratif, réduisant par là-même la saturation.

Le même raisonnement plaide pour **l'automatisation des**

droits de manière générale avec, pour certains publics particulièrement précaires, une inscription automatique à la CAAMI par exemple. La digitalisation faciliterait cette automatisation.

Autant la digitalisation est un atout pour l'automatisation, autant elle ne peut remplacer les accueils physiques. Le travail social-santé est un travail où le lien et la confiance sont essentiels. Il faut qu'il puisse s'exercer avec des **accueils physiques**, avec du temps pour l'humain et avec des horaires et des présences physiques élargies. Ce lien de confiance signifie que le travailleur social-santé doit être garanti dans sa **fonction d'accompagnement** et ne pas être un contrôleur. Pour diminuer le non-recours aux droits induit par les démarches digitales, il faudrait **réouvrir les guichets des services essentiels** (comme ceux des mutuelles) au niveau régional.

Au niveau du quartier, il est nécessaire de **ré-investir les lieux de liens et fonctions de proximité** qui existent déjà. Par exemple s'appuyer sur les RAQ, sur des maisons de quartiers, les CAP, les CASG et autres services de proximité. Ces lieux et fonctions permettent un premier contact physique et humain et une éventuelle prise en charge par la suite.

La prise en charge tardive de problématiques est bien évidemment liée à la saturation des services social-santé mais aussi à la **stigmatisation des publics** qui font appel aux CPAS, une stigmatisation qui règne dans les médias, les discours et le système économique. Cette stigmatisation incite les personnes éligibles à repousser la demande d'aide ou à la refuser. Une campagne de communication déstigmatisant le recours aux services d'aide peut combattre l'appréhension de passer le seuil de certains services.

➤ 5.6 Valoriser la parole du bénéficiaire

.....

L'expérience des usagers doit être prise en compte tant dans les organes existants de concertation que dans la construction des politiques à venir. Il existe des patients-acteurs, experts du vécu, représentants d'usagers, etc. dont les savoirs et l'expérience sont sous-utilisés.

Cela implique de former des usagers à être porte-parole, notamment en s'appuyant sur les initiatives existantes en la matière, de veiller à assurer une représentativité des usagers (par exemple pour les plus vulnérables), et enfin de mobiliser

"les bons usagers aux bons endroits", c'est-à-dire dans les organes de décision ou de consultation pertinents.

Les usagers sont reconnus comme des partenaires précieux non seulement pour réfléchir aux changements à apporter dans les différents services du secteur social-santé, mais aussi pour participer à toute décision qui les concernent. Ils sont les dépositaires de savoirs expérientiels qui concernent leur parcours. Il faut **prévoir un rôle** pour le bénéficiaire à tout moment dans son parcours, tant par son réseau direct, que par les fonctions de coordination ou l'organisation de concertation le concernant. Ceci afin que son projet de vie soit pris en compte dans les décisions prises et le plan d'accompagnement mis en place.. Cela sous-entend aussi que les professionnels doivent faire appel à cette expertise et être formés à l'écoute et la prise en compte de la parole de l'utilisateur.

➤ 5.7 Articuler les compétences et le territoire

.....

La définition de bassins conduit inévitablement à les délimiter géographiquement. Les délimitations ainsi créées ne doivent pas enfermer, au contraire, elles ont vocation à être poreuses et permettre la circulation des personnes et la transmission des informations.

Les frontières ne peuvent nuire aux libertés évoquées ci-dessus. Au-delà des bassins, il faut imaginer un **espace inter-bassin**, c'est-à-dire un espace qui permette aux personnes n'appartenant pas à un bassin d'être tout de même accompagnées, notamment les publics mobiles (personnes migrantes et/ou sans-domicile fixe par exemple). C'est aussi effectuer des ponts en supra-local, afin de permettre de récupérer dans un autre espace des publics qui auraient pu être blacklistés dans un bassin. Enfin, les bassins doivent échanger entre eux, savoir ce qui se fait et ce qui fonctionne dans les autres bassins afin de pouvoir s'en inspirer.

Le bien-être des Bruxellois dépend de **compétences ministérielles** qui dépassent le social-santé. Il est essentiel que des ponts soient jetés entre compétences ministérielles, y-inclus entre **niveaux de pouvoir** (Cocof, Cocom, FWB, VG, VGC) et communautés linguistiques différents. Ainsi la **politique d'immigration, le logement, le fonctionnement de la justice, le droit social, l'enseignement et l'univers carcéral** ont plus particulièrement été cités comme ayant un impact majeur sur l'état de santé et de bien-être social des Bruxellois ainsi que sur la saturation des services. Citons

en exemple, les prisons qui tombent sous le ministère de la justice et au sein desquelles il y a peu ou pas de prise en charge globale de la santé et pas ou peu de suivi social pour préparer la sortie. Pourtant le cadre juridique existe déjà (loi de principe de 2005) mais les articles concernant la santé n'ont toujours pas d'arrêtés d'exécution et ne sont donc pas appliqués. A côté de cela, il faut reconnaître l'utilité des Services Psychosociaux (SPS) des prisons qui font le lien entre le monde carcéral et le monde extérieur mais dont le rôle devrait être moins contrôlant et plus aidant.

Par ailleurs, une harmonisation des pratiques au niveau des CPAS serait fortement profitable. Les remarques suivantes ont notamment été émises par rapport au CPAS :

- élargir le *gentlemen's agreement* de Brulocalis à tout public (celui-ci permet aux personnes en centres d'hébergement de ne pas changer de CPAS quand ils changent de commune au sein du centre d'accueil)
- harmoniser vers le haut les pratiques divergentes
- réduire les délais de réponse
- renforcer une culture de service et de facilitation
- renforcer les moyens des coordinations sociales des CPAS
- inclure de façon plus intégrée la santé dans les coordinations sociales des CPAS

Enfin, la situation ne pourra s'améliorer que si les **hôpitaux** sont intégrés à la réflexion et au remodelage territorial. Il faudrait une responsabilité hospitalière au niveau du bassin. Et plus largement, il faudrait considérer tous les métiers qui entourent le social-santé (ex. : animateurs, éducateurs, ...) et veiller à ce que social et santé soient constamment organisés conjointement.

➤ 5.8 Accompagner la transition



Les participants ont exprimé leur insatisfaction par rapport au **processus** qui a conduit au PSSI. Selon eux, le processus a été mené à l'envers : la décision a précédé la consultation. Le processus devrait partir de la base et des besoins et non pas être descendant comme c'est le cas actuellement. L'étape préalable des États Généraux de la santé avait déjà engendré une grosse frustration. Ainsi, si certains reconnaissent les limites de l'organisation sectorielle actuelle, ils n'adhèrent pas pour autant à **l'approche territoriale**. En conséquence, cette approche est ressentie comme une imposition et n'est pas vue comme une solution aux problèmes du secteur social-santé.

Les participants regrettent le **manque d'information** sur le PSSI, sa mise en place et l'articulation avec les services existants et futurs. Le processus mis en place par les ADC pourrait représenter une réponse à ce manque d'information sur les réformes et actualités et être poursuivi à l'avenir.

Par ailleurs, le secteur fonctionne déjà en réseau, a une approche multidisciplinaire territoriale. Il faut reconnaître, valoriser, renforcer, financer l'**existant** et si possible le déployer sur d'autres territoires plutôt que créer de nouveaux organes ou forcer de nouvelles façons de travailler.

Dans ce processus de transition, il est fondamental de communiquer de manière transparente, d'informer régulièrement et d'être à l'écoute des professionnels et usagers.

ACTIONS PRIORITAIRES

CONNAISSANCE

PROPOSITION 1

Partager les diagnostics locaux afin de les consolider

PROPOSITION 2

Soutenir le développement d'un répertoire des acteurs bruxellois social-santé

RÉSEAU

PROPOSITION 3

Développer l'interconnaissance des acteurs de terrain

PROPOSITION 4

Créer des lieux d'information et de communication centralisés à destination des professionnels et des bénéficiaires

COORDINATION

PROPOSITION 5

Mettre en place un guichet unique

PROPOSITION 6

Développer et articuler les fonctions de liaison

PROPOSITION 7

Établir des permanences d'accueil

PRÉVENTION ET PROMOTION

PROPOSITION 8

Sensibiliser les citoyens aux questions social-santé à travers des campagnes de communication adaptées au niveau du bassin

PROPOSITION 9

Soutenir les acteurs de terrain en prévention et promotion de la santé

ACRONYMES

ADC :	Ateliers Du Changement
AS :	Assistant social
BIM (statut) :	Bénéficiaire d'Intervention Majorée
BRICO :	Bureau de Recherche et d'Investigation Commun
CAP :	Centre d'Aide aux Personnes
CASG :	Centre d'Action Sociale Globale
CD :	Consultation digitale
CHW :	Community Health Worker
CLSS :	Contrats Locaux Social-Santé
COCOF :	Commission COMMunautaire Française
COCOM :	Commission COMMunautaire CoMMune
CPAS :	Centre Public d'Action Sociale
CPPS :	Chargé de prévention et de promotion santé
FG :	Focus Group
FWB :	Fédération Wallonie-Bruxelles
GT :	Groupe de Travail
KCE :	Centre Fédéral d'expertise des soins de santé
LDC :	Lokaal DienstenCentrum - centre de services local
MRS (Résidence) :	Maison de Repos et de Soins
OSS :	Observatoire de la Santé et du Social
PIF :	Plan Intérfédéral pour les soins intégrés
PMS (centre) :	Psycho-médico-social
PO :	Portes Ouvertes
PSSI :	Plan Social Santé Intégré
RAQ :	Relais Action Quartier
RGPD :	Règlement Général sur la Protection des Données
VG :	Vlaamse Gemeenschap
VGC :	Vlaamse GemeenschapsCommissie

LISTE DE ANNEXES

qui figurent sur le site Internet des ADC

Matériel de récolte des données

- Brochure de présentation des portes ouvertes
- Panneaux utilisés pour les portes ouvertes
- Vignettes
- Panneau règles Focus Groups
- Questionnaire de la consultation digitale

Comptes-rendus

- Compte-rendu des trois rencontres exploratoires
- Comptes-rendus des Focus Groups

Représentativité des participants

- Participation Portes Ouvertes et Focus Groups
- Tableau récapitulatif des rencontres extérieures

Autres

- Propositions à d'autres niveaux que le bassin
- Formulaire d'appréciation des Portes Ouvertes





CONTACT

www.verander-atelier-changement.brussels

 **+32 2 880 29 80**

Une initiative des asbl **BRUSANO** [www.brusano.brussels] et **CBCS** [www.cbcs.be]
En partenariat avec le Crebis, et avec le soutien de la COCOM



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE