



# INTER FÉDÉRATION AMBULATOIRE

Note de vision  
Organisation de l'aide et  
des soins de première  
ligne en Région  
bruxelloise

# Table des matières

---

<b>PRÉAMBULE</b>	<b>2</b>
<b>CONTEXTE ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET POLITIQUE</b>	<b>3</b>
<b>VISION POLITIQUE</b>	<b>5</b>
<b>1. LOGIQUE NON MARCHANDE</b>	<b>5</b>
<b>2. APPROCHE « BOTTOM-UP »</b>	<b>6</b>
2.1. DIALOGUE AVEC LES ACTEURS DE TERRAIN	6
2.2. PARTICIPATION DES CITOYENS-USAGERS	6
<b>3. APPROCHE BRUXELLOISE COHÉRENTE</b>	<b>7</b>
<b>4. ACCESSIBILITÉ COMME PRINCIPE CLÉ</b>	<b>8</b>
4.1. ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE	8
4.2. L'OFFRE D'AIDE ET DE SOINS DE BASE	9
4.3. ACCUEIL INCONDITIONNEL	10
4.4. ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE	11
<b>5. APPROCHE BASÉE SUR LE TEMPS LONG</b>	<b>11</b>
5.1. PENSER EN TERMES D'INVESTISSEMENT	11
5.2. OBJECTIFS BASÉS SUR DES TEMPORALITÉS DIFFÉRENTES	12
<b>6. INTERSECTORIALITÉ COMME ÉLÉMENT STRUCTURANT</b>	<b>13</b>
<b>7. EVALUATION</b>	<b>14</b>
<b>ACTEURS ET OUTILS</b>	<b>15</b>
<b>1. LES TRAVAILLEURS DE PREMIÈRE LIGNE</b>	<b>15</b>
1.1. LE TEMPS	15
1.2. DURABILITÉ ET SOUPLESSE	16
1.3. RECUEIL DE DONNÉES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES	16
1.4. ÉVOLUTION DES MÉTIERS ET FONCTIONS	17
<b>2. LES CITOYENS-USAGERS</b>	<b>18</b>
2.1. INFORMATION ET DÉSTIGMATISATION	18
2.2. CONDITIONS DE PARTICIPATION	20
<b>3. DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE COMME OUTIL D'ANALYSE</b>	<b>22</b>
<b>4. VISIBILITÉ ET LISIBILITÉ</b>	<b>23</b>

# Préambule

---

Cette note est destinée à exposer la conception que les différents organismes de coordination et/ou représentation des secteurs réunis dans le Décret ambulatoire<sup>1</sup> ont de l'organisation de l'aide et des soins de première ligne.

Les services affiliés à ces organismes s'adressent potentiellement à l'ensemble des bruxellois.es que nous choisissons d'appeler « citoyens-usagers ». Cette notion ne contient aucune injonction, elle ne définit pas une forme particulière de citoyenneté à atteindre. Elle vise à inclure chaque personne quels que soient sa situation, ses capacités, ses limites, ses ressources et ses manques. Elle reconnaît l'égalité de dignité de chacun.e et l'obligation de la société à respecter cette dignité et à réaliser l'exercice de ses droits, à commencer par les plus fondamentaux.

Cette note est une vision, et non une note programmatique. Elle ne présage ni de la façon dont les services devraient s'organiser concrètement sur le terrain ni des questions liées au financement de cette offre.

La note ambitionne d'être un outil de réflexion qui permette de mettre à plat les enjeux en termes d'organisation de l'offre au niveau de l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale.

Cette note devrait donc trouver à s'articuler avec deux autres chantiers qui porteraient sur les dispositifs à mettre en place et sur l'allocation des moyens. Deux outils opérationnels portés par les autorités bruxelloises s'en approchent : Brussels Takes Care (le Plan Social Santé Intégré)<sup>2</sup> et le Plan de relance et redéploiement<sup>3</sup> mis en œuvre par suite de la pandémie de COVID-19.

Notre intention est de porter le débat dans un maximum de lieux institués de concertation, de consultation et de décision, afin d'œuvrer à la définition d'une vision politique social-santé à long terme pour la Région bruxelloise.

---

<sup>1</sup> Décret Cocof du 05 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé

<sup>2</sup> « Il est, en effet aujourd'hui déterminant de développer un Plan social-santé bruxellois intégré et commun à toutes les entités compétentes sur le territoire bruxellois, traduisant une approche territoriale de l'action sociale et de la santé (...) » lit-on en page 30 de la Déclaration de politique générale commune au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et au Collège réuni de la Commission communautaire commune pour la législature 2019 – 2024.

<sup>3</sup> <https://www.cbcs.be/Plan-de-relance-du-Gouvernement-bruxellois>

# Contexte économique, social et politique

---

L'augmentation de la précarité, de la pauvreté, de l'exclusion et de l'isolement qui frappe une partie importante de la population bruxelloise est un enjeu majeur pour la cohésion de notre société.

Le contexte social, sanitaire et politique qui prévaut au moment de la rédaction de cette note et qui, en grande partie, la motive est connu et partagé par la majorité des acteurs. Il n'est pas besoin de le rappeler en détail ici.

Nous pointerons seulement les quelques éléments structurels suivants<sup>4</sup> :

- Complexité institutionnelle ;
- Accroissement alarmant de la précarité et des inégalités ;
- « Transition épidémiologique » (augmentation des maladies chroniques, des situations complexes et vieillissement) ;
- Augmentation des problèmes de santé mentale ;
- Multiculturalité croissante ;
- Problèmes récurrents d'accessibilité, d'échelonnement et de continuité de l'aide et des soins.

Nous estimons que ces enjeux ne peuvent être résolus que par un rééquilibrage<sup>5</sup> de notre système de redistribution des richesses et par une solidarité et une protection sociale renforcée et inconditionnelle.

L'Etat doit être garant de cette solidarité et ses fonctions de protection et d'intégration sociale des individus doivent être réaffirmées.

Ainsi, une vision politique de la santé et du social ne peut être cohérente que si elle agit aussi et d'abord sur les raisons structurelles de la pauvreté : exclusion scolaire, pénurie et pièges à l'emploi, sous-qualification, discrimination à l'embauche, pénurie

---

<sup>4</sup> Voir également à ce propos le rapport intersectoriel 2018 du CBCS à l'adresse : <https://www.cbcs.be/Rapport-intersectoriel-2018>

<sup>5</sup> Voir SPF Sécurité sociale, *Evolution de la situation et de la protection sociale en Belgique 2019. Lent décrochage caché*, 2019, consultable à l'adresse : <https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/fr/publications/silc-analyse-situation-et-protection-sociale-belgique-2019-synthese-fr.pdf>

de logements à des prix accessibles, revenus de remplacement insuffisants pour faire face aux besoins de base, augmentation du coût des soins, mécanismes administratifs de plus en plus restrictifs ...

De ce fait, au-delà des actions sur les déterminants de la pauvreté, les actions politiques doivent prendre la mesure du lien qui existe entre les inégalités de santé et les inégalités sociales<sup>6</sup>. Ces dernières ne peuvent toutefois être réduites à de simples déterminants sociaux de la santé.

De même, une vision politique de la santé et du social ne peut être cohérente que si elle s'articule aux politiques de promotion de la santé, de prévention et de réduction des risques. Si l'on valorise et développe les synergies entre ces différentes politiques, cela permettra de ne pas enliser les politiques de la santé et du social dans une logique essentiellement palliative et curative.

---

<sup>6</sup> Voir Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, *Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé*, Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019 ; H. Van Oyen et alii, eds, *Les inégalités sociales de santé en Belgique*, Gent, Academia Press, 2010.

# Vision politique

---

Notre vision de l'offre d'aide et de soins de première ligne en Région de Bruxelles-Capitale repose sur les principes suivants :

1. Une logique non marchande
2. Une approche bottom-up
3. Une approche bruxelloise cohérente
4. L'accessibilité comme principe directeur
5. Une approche basée sur le temps
6. L'intersectorialité comme élément structurant
7. Une approche qualitative de l'évaluation

## 1. Logique non marchande

Nos services s'adressent à l'ensemble des bruxellois, avec une attention particulière aux personnes les plus précarisées. Pour cette raison, **le financement doit rester public** et ce, afin d'éviter les logiques marchandes, la privatisation et la marchandisation qui conduisent à des dérives telles que l'inégalité d'accès et de qualité de l'aide et de soins, la sélection des citoyens-usagers.

Les services doivent ainsi disposer de moyens pour permettre :

- De répondre aux besoins grandissants de la population bruxelloise et d'assurer une offre adéquate à ces besoins, notamment en termes d'horaires et d'espaces adéquats ;
- De mettre en place des pratiques de réseau et des projets innovants ainsi que, de façon concomitante, de valoriser les fonctions de coordination générale, administrative et financière ;
- De construire une expertise en stabilisant le personnel, en soutenant les compétences et en investissant dans la formation continuée des travailleurs.

## 2. Approche « Bottom-up »

Une vision politique de la santé et du social ne peut se concevoir et se concrétiser sans l'apport tant des acteurs de terrain que des citoyens-usagers qui constituent deux ressources essentielles dans une perspective bottom-up.

### 2.1. Dialogue avec les acteurs de terrain

Nos secteurs peuvent et veulent contribuer à nourrir le débat démocratique en apportant leur connaissance de la multiplicité et de la diversité des besoins de la population, des difficultés auxquelles il faut répondre, et des évolutions sociales en cours.

Dans ce dialogue, les fédérations ont un rôle important à jouer. Elles constituent des espaces où se tiennent des débats entre services sur le cœur du travail mené. Elles sont le premier niveau de collectivisation des enjeux. Elles relayent les revendications qui proviennent du terrain et réfléchissent entre elles aux problématiques et enjeux intersectoriels.

**Ainsi l'apport de l'expertise et de la vision du terrain peut renforcer la cohérence des politiques relevant du social-santé.** C'est pourquoi il nous semble essentiel de veiller à (ré)investir, (re)dynamiser et mettre en place des lieux qui permettent un dialogue continu entre le terrain et les lieux de la décision politique.

### 2.2. Participation des citoyens-usagers

**La parole du public qui fréquente nos services doit également nourrir la décision politique.**

Des citoyens-usagers sont déjà présents dans différents espaces de concertation et de participation. Mais cette présence soulève une série de questions qui doivent être traitées pour que la vision développée dans la présente note puisse se concrétiser.

Ces questions portent sur la représentativité des citoyens-usagers présents, ainsi que sur leur responsabilité et leur statut. Il faut clarifier au nom de qui parlent les citoyens-usagers, élargir et asseoir leur représentativité et formaliser les liens entre leurs expériences vécues et la prise de décision.

De même le statut des citoyens-usagers doit être clarifié et officialisé : le fait de participer à de tels espaces professionnels doit pouvoir tenir compte des contraintes qui sont les leurs et ne doit pas nuire à leur statut officiel (invalidité, chômage, bénéficiaire du CPAS, etc.) ni à leur revenu. En ce qui concerne certains publics dont

la problématique est particulièrement stigmatisée voire frappée d'illégalité, il est indispensable d'aménager leur mandat afin de les protéger.

### 3. Approche bruxelloise cohérente

Sur le territoire bruxellois, les compétences en matière d'aide sociale et de soins sont réparties entre 7 niveaux de compétences : le Gouvernement fédéral, la Communauté flamande (VG) avec la VGC comme administration subordonnée, la Communauté française et la COCOF, la Commission communautaire commune (COCOM) et les autorités locales. Ce partage institutionnel conduit à un tel enchevêtrement que pour quiconque souhaite faire appel à un service de première ligne, la tâche semble insurmontable, or l'accessibilité de nos services doit rester prioritaire.

Nous avons besoin d'une **vision commune et cohérente entre les politiques menées par les différents niveaux de pouvoir au niveau régional** qui permette une action concertée et orientée vers des objectifs communs.

Il s'agit notamment de renforcer mutuellement les politiques menées par chacun en s'appuyant sur ce que font les autres, d'éviter les doublons, et d'améliorer ainsi l'organisation, l'accessibilité et la lisibilité de l'offre de nos services. Cette recherche d'efficacité ne peut cependant pas déboucher sur une standardisation de l'offre d'aide et de soins.

Ce travail passera à tout le moins par une harmonisation des textes réglementaires des différents pouvoirs compétents pour une même problématique. L'ensemble des ministres auront ainsi l'opportunité de travailler en cohérence sur les questions social-santé transversales. Il serait intéressant, dans la perspective d'une politique social-santé bruxelloise, de réfléchir sur la possibilité de textes « miroirs » entre les Communautés (CoCoF-CoCoM).

Par ailleurs, nous constatons que **les politiques ambitieuses les plus à même de réussir sont celles qui intègrent l'aide et le soin dans des compétences partagées**. Investir davantage dans les secteurs sociaux et de santé a des impacts positifs sur une série d'autres politiques, contribuant à une diminution globale du coût humain et financier des problématiques traitées par la société<sup>7</sup>. L'approche politique transversale (au sein d'un même gouvernement mais aussi entre niveaux de pouvoir

---

<sup>7</sup> Un exemple concret est le Housing First appliqué dans certains pays européens, où l'ensemble des ministres du gouvernement contribuent à ce plan de lutte contre le sans-abrisme. L'investissement conséquent a entraîné des conséquences positives dans d'autres domaines, démontrant qu'une telle politique est plus efficace en matière d'allocation des ressources publiques. Voir notamment : [https://www.researchgate.net/publication/285199088\\_Housing\\_First\\_Impact\\_on\\_Costs\\_and\\_Associated\\_Cost\\_Offsets\\_A\\_Review\\_of\\_the\\_Literature](https://www.researchgate.net/publication/285199088_Housing_First_Impact_on_Costs_and_Associated_Cost_Offsets_A_Review_of_the_Literature)

différents) permet davantage de pointer les mesures qui produisent de la précarité et du mal-être et qui, dans le chef des professionnels, créent une contradiction entre les objectifs assignés et les contraintes dues à ces mesures. Ainsi, la conditionnalité croissante de certains droits et leur limitation dans le temps créent du non-recours et placent les acteurs de terrain dans un cul-de-sac.

## 4. Accessibilité comme principe clé

**Pour l'ensemble de nos services, chaque bruxellois doit se voir proposer un accès égal à une offre d'aide et de soins dans un espace de proximité accessible à pied ou facilement accessible en transport en commun.**

Cette égalité d'accès suppose :

- Que l'offre de service de base soit déterminée en tenant compte de l'ensemble des services offerts quelle que soit l'entité fédérée subsidiante ;
- Que des territoires d'intervention soient définis sur l'ensemble de la Région.

Ainsi, nous soutenons une **approche territorialisée** de l'offre de services attentive à une **égalité de traitement minimale** de tous les bruxellois.

L'organisation de cette offre nécessite de repenser la planification de certains services et de structurer la coopération entre les différentes entités fédérées.

### 4.1. Accessibilité géographique

D'un point de vue global, un des principaux freins est d'ordre géographique. En termes d'accessibilité géographique, il est nécessaire de définir ce que nous entendons par espace de proximité. Nous formulons le premier constat qu'il existe **deux logiques, non exclusives, qui se chevauchent dans le travail sur le terrain** et qui doivent être prises ensemble pour comprendre le terrain :

- Une logique de quartier qui implique donc d'avoir une accessibilité géographique à cette échelle ;
- Une logique de rayonnement sur l'ensemble de la Région qui implique donc une vision de l'accessibilité à cette échelle.

Certains services s'inscrivent dans l'une ou l'autre de ces logiques (les maisons médicales, les services sociaux et les services de santé mentale fonctionnent davantage sur une logique de quartier ; les services de soins palliatifs fonctionnent sur une logique régionale) tandis que d'autres agissent à ces différentes échelles locales et régionales selon les missions (les centres de planning familial, les soins à domicile,

les services de médiation de dette). Il est essentiel de prendre en compte cette réalité dans la définition de l'espace envisagé dans le cadre d'une offre de soins de base.

## 4.2. L'offre d'aide et de soins de base

Cette offre de base pensée dans une logique de quartier et sur une base régionale doit être associée à **la question de la responsabilité populationnelle ainsi que la question du choix du bénéficiaire**. Nous développons plus bas l'importance de la responsabilité populationnelle des services.

Pour ce qui est du choix du bénéficiaire, il faut le comprendre de façon large. Il est indispensable d'avoir un service minimum assuré à l'échelle d'un quartier ou d'un territoire sans que cette exigence n'empêche un bénéficiaire de se déplacer au-delà de cette proximité pour quelques raisons que ce soit<sup>8</sup> et ce, en vertu du principe de **liberté de choix** qui demeure une exigence dans le cadre des services ambulatoires. Un maillage fort des services d'aide et de soins devrait permettre que tout le monde ait la possibilité de choisir un service de proximité ou pas.

Pour concrétiser ce maillage fort des services d'aide et de soins, il est indispensable de **proposer un service minimum**. Ce service minimum serait réparti géographiquement sur base des critères suivants<sup>9</sup> :

- La densité de population comme indicateur révélateur des quartiers où se regroupe une population précarisée et donc une potentielle demande
- Le taux de risque de pauvreté et d'exclusion sociale
- Nombre d'hôpitaux et d'écoles par quartier
- La prise en charge de public/problématique spécifique en lien avec la rareté de l'expertise dans la prise en charge de ces publics/problématiques

Toutefois, ces critères ne suffisent pas à eux seuls et doivent être pondérés par d'autres pour juger de la pertinence de la présence des services sur le territoire local. Par exemple, une faible densité de population (ou une absence de saturation des services) à l'échelle d'un quartier ou d'une commune ne doit pas de facto limiter le nombre de services dans ce/cette même quartier ou commune si certains d'entre eux sont seuls à offrir une expertise dans la prise en charge de problématique très spécifique. Il faut également garder à l'esprit que certains facteurs d'exclusion sociale n'ont pas forcément une assise territoriale locale.

Nous attirons également l'attention sur le fait que l'existence d'un service de proximité ne signifie pas qu'il soit réellement accessible. Il existe, en effet, des freins d'ordre organisationnel à l'accessibilité à une offre d'aide et de soins (heures d'ouverture, saturation...). Nous aborderons ce point plus loin.

---

<sup>8</sup> Nous pensons par exemple aux personnes qui font le choix d'une IVG et qui décident de ne pas y recourir dans leur cercle de proximité

<sup>9</sup> Certains des critères choisis ressortent de l'analyse des besoins réalisée dans le cadre de l'étude PROTEIN en 2017

Pour stimuler l'offre et assurer une meilleure répartition des services, un travail coordonné doit être fait entre les fédérations et les pouvoirs publics. Les fédérations doivent en amont évaluer de manière périodique leurs besoins et la saturation des services existants. Cette évaluation permettrait aux pouvoirs publics de financer l'installation de nouveaux services ou l'octroi d'agrément en fonction non seulement de la logique territoriale décrite plus haut mais également de la nécessité sur le terrain (qui ne se traduit pas uniquement par l'existence ou l'absence de saturation au sein d'un service). Un équilibre est à trouver entre l'arbitrage des pouvoirs publics et la liberté d'installation des équipes. Nous considérons qu'il est possible de remettre en question les lieux d'implantation des services existants pour répondre au mieux aux besoins de la population.

### 4.3. Accueil inconditionnel

Il nous semble qu'à l'échelle de l'ambulatorio (tant dans les secteurs sociaux que les secteurs santé), **la logique d'échelonnement<sup>10</sup> est peu pertinente**. Dans le secteur santé où la question pourrait se poser, il nous semble, par exemple, injustifié d'obliger un usager à passer par un généraliste avant de se présenter à un service de santé mentale. A l'inverse, dans la mesure des moyens engagés (voir ci-dessus), nous considérons que les services ambulatoires agréés (et identifiés par une signalétique<sup>11</sup>) devraient avoir une **obligation de prise en charge de patients (responsabilité populationnelle)**.

Cette responsabilité populationnelle implique également que dans l'éventualité où une personne se présenterait à un service qui ne se révèle pas pertinent par rapport à la demande formulée, cette demande devrait être réorientée vers le service le plus adéquat afin de garantir l'accueil inconditionnel au niveau de l'ensemble du secteur.

Cet objectif questionne **la temporalité et les moyens de l'intervention**. De nombreux services déplorent le *fast work*, la difficulté de répondre aux demandes ainsi que le manque de temps pour assurer des tâches de coordination pourtant essentielles.

Ce constat suppose de **renforcer et de redéfinir la notion d'accueil des services ambulatoires**. La fonction d'accueil doit être garantie de façon qualitative, avec les ressources humaines, le temps et les formations nécessaires. Ainsi, elle pourrait apporter une part de la solution à la problématique du non-recours. Nous proposons le renforcement d'une fonction 0.5<sup>12</sup> au sein des services de base de l'ambulatorio

---

<sup>10</sup> La logique d'échelonnement consiste à conditionner l'accès à un service au passage par des étapes intermédiaires.

<sup>11</sup> Voir chapitre « Visibilité et Lisibilité » infra

<sup>12</sup> La fonction 0,5 dans les accords de majorité de juillet 2019 : « Le Gouvernement visera une couverture à 100% de la population présente sur le territoire en déployant une perspective d'universalisme proportionné et de santé publique indépendamment des statuts administratifs des personnes exclues. En ce sens, le Gouvernement intégrera au Plan social-santé bruxellois un volet opérationnel assurant à la fonction « 0.5 », telle que définie

bruxellois, en complémentarité avec les services à bas seuil existants. Cette fonction 0.5 n'a donc pas pour but de créer une nouvelle ligne de services qui risquerait, à terme, d'aboutir à une dualisation de l'offre en fonction de la population. Par ailleurs, nous nous inscrivons en support des initiatives qui existent déjà, comme la Plateforme 0.5.

La continuité entre les services pourrait également être assurée par cette obligation d'accueil – par ailleurs, il faudrait faciliter le travail en horaire décalé, en début de soirée et assurer des financements qui le permettent.

#### 4.4. Accessibilité financière

L'accessibilité financière constitue également un défi. Nous constatons une variabilité de l'accessibilité financière en fonction des secteurs. **L'accessibilité à nos services doit être inconditionnelle**, l'aspect financier ne peut donc en aucun cas être un frein. Lorsque la gratuité du service n'est pas garantie, la contribution du citoyen-usager doit pouvoir être communément déterminée entre le service et l'utilisateur en fonction de ses revenus et sur base du principe de confiance.

## 5. Approche basée sur le temps long

### 5.1. Penser en termes d'investissement

Une vision politique sur le social-santé doit **se penser sur le temps long**. Pour se donner les moyens de cette politique, il est essentiel de penser en termes d'investissement, conscients que les effets de ces investissements ne seront pas immédiats.

Les effets des politiques social-santé ne peuvent se mesurer sur une échelle courte de temps, et il convient de viser des temporalités qui correspondent aux problèmes traités (certains plans à l'étranger comme en Belgique s'échelonnent sur 10 années ou plus).

---

dans l'ordonnance sur la première ligne du 4 avril 2019, d'être remplie. Le Gouvernement identifiera aussi chaque spécificité, chaque mécanisme d'exclusion et chaque barrière d'accès aux soins. Sur cette base, il organisera la fonction « 0.5 » à Bruxelles par des moyens et des capacités d'intervention des acteurs du système de santé et d'aide aux personnes. Une « concertation 0.5 » sera mise sur pied et travaillera avec l'ensemble des acteurs et avec la CIM social-santé bruxelloise afin de développer cette fonction sur le territoire de Bruxelles. »

Dans le cas contraire, le risque est grand que les services subsidiés n'apportent que des réponses superficielles, ce qui non seulement renforce les difficultés de la population mais constitue aussi un gaspillage d'énergie et de moyens financiers pour les pouvoirs publics.

## 5.2. Objectifs basés sur des temporalités différentes

Complémentairement, des projets de plus courte durée peuvent être initiés, soit parce qu'ils sont novateurs et demandent alors une évaluation dans un délai défini, soit parce qu'ils sont mis en place comme réponse à un problème ou un besoin que l'on sait à durée déterminée.

## 6. Intersectorialité comme élément structurant

Dans un contexte de paupérisation, de chronicisation et de complexification des situations, il faut également **privilégier une approche globale et concertée entre tous les services**, en ce compris les autres professionnels de l'aide et du soin (médecins généralistes, CPAS, milieu hospitalier...) et ceux qui jouent un rôle actif sur les déterminants de la santé (promotion de la santé, logement, emploi, ...).

L'attention aux populations les plus éloignées de l'aide et du soin doit mobiliser un maximum d'acteurs du quartier qui ont tous un rôle à jouer, à un moment ou à un autre, dans une pratique d'aide et de soin à destination de la population.

L'intersectorialité est affirmée comme un principe structurant commun. La concertation et l'intervention à plusieurs doivent pour cela se penser à deux niveaux :

- Au niveau des services de base, elles doivent être inscrites dans l'organisation et le fonctionnement même de l'offre ;
- A l'échelle du quartier, elles reposent notamment sur l'organisation et la participation à des coordinations locales.

D'une part, il est nécessaire de donner aux services les moyens de participer à ce travail en réseau, mais également de créer des fonctions d'organisation, de concertation et d'information au niveau local : coordinateurs et animateurs de réseau, référents de quartier ... ; d'autre part, nous avons besoin de professionnels capables de faire le lien entre les populations fragilisées et l'offre de services : organisateurs communautaires, médiateurs interculturels, experts du vécu, organisateurs d'«espace interstitiel».

## 7. Evaluation

Il faut distinguer plusieurs échelles d'évaluation :

- L'évaluation des services ;
- L'évaluation des politiques à un niveau global (en lien avec les services de la Cocom et de la VGC) ;
- L'adéquation des outils.

En termes d'évaluation des services, si un **contrôle du bon usage des moyens financiers** qui nous sont attribués en fonction de nos missions est entièrement légitime et souhaité, une évaluation technocratique, standardisée et limitée à une approche quasi-comptable de nos activités ne rend pas compte de la conformité des services par rapport à leurs missions.

Une telle approche privilégie la quantité au détriment de la qualité du travail réalisé avec le citoyen-usager et peut dès lors s'avérer trompeuse. Par ailleurs, rappelons qu'en sciences sociales, les effets d'une action ne sont pas toujours mesurables en termes quantitatifs, ni même visibles, à court-terme. Certains effets qualitatifs risquent d'être ignorés alors qu'ils constituent une véritable plus-value pour la population.

Pour ce qui est de l'évaluation globale des politiques, nous pensons que les acteurs de terrain ont un rôle à jouer, puisqu'aux rapports quantitatifs, ils peuvent **ajouter une dimension qualitative essentielle**.

En effet, seule une évaluation qualitative<sup>13</sup> des dispositifs régionaux (de l'ensemble des entités compétentes à Bruxelles) mis en place permet de mettre en évidence l'impact du travail qui est réalisé sur le terrain en lien avec les problématiques et les besoins de la population.

Néanmoins, l'évaluation des services pris un à un ne peut rendre compte de la portée globale des politiques. Nous estimons que **les fédérations et les acteurs de coordination ont un rôle déterminant à jouer dans l'élaboration de cette évaluation plus globale**. Nos fédérations sont donc prêtes à participer activement à cette évaluation ainsi qu'à l'élaboration d'outils pertinents pour permettre sa mise en œuvre.

Les outils doivent allier les composantes quantitatives et qualitatives nécessaires à la bonne compréhension de l'adéquation entre les besoins de la population, les demandes adressées aux services et les réponses que ces derniers peuvent apporter.

---

<sup>13</sup> V Ridde et G. Mak, "La place des données qualitatives dans les évaluations en santé publique", *Actualité et dossiers en santé publique*, n°69, décembre 2009, pp. 32-34; KCE, *Protocole d'évaluation pour les conventions avec l'INAMI*, KCE reports 299Bs, 2018.

# Acteurs et outils

---

## 1. Les travailleurs

Dans cette note de vision, nous souhaitons réaffirmer ce qui constitue des **conditions de travail nécessaires non seulement au bien-être des travailleurs mais aussi à la qualité du service rendu et à la capacité à répondre aux besoins de la population**. Nos services veulent pouvoir offrir un cadre de travail accueillant, adapté, pouvant valoriser et faire grandir les talents et faire s'alterner les temps d'aide et de soin, de formations, d'échanges entre professionnels et de coordination avec d'autres partenaires.

L'implication du secteur associatif est marquée par une recherche continue de professionnalisme, une capacité d'adaptation et d'innovation qui ont permis de faire émerger certains besoins de la population, ainsi que des pistes d'action originales.

Nos équipes cherchent à pouvoir donner une place centrale aux personnes qu'elles aident, tout en s'appuyant sur une assise théorique plurielle et solide, dans un cadre de travail souple. Elles exercent de façon indépendante des missions qui leur sont confiées par les pouvoirs publics qui gardent des leviers de contrôle et d'orientation, dans un cadre de concertation permanente.

Ces caractéristiques gagnent à être approfondies et garanties.

### 1.1. Le temps

Aider et soigner demande du temps. Nos services doivent être en mesure d'**assurer aux personnes le temps de l'accueil, le temps de l'analyse et du travail**. La diversité des situations s'accompagne d'une diversité des fonctions et métiers mobilisés, et des temporalités d'intervention. C'est une garantie qui doit pouvoir être offerte aux citoyens-usagers et donc aussi aux professionnels.

Permettre aux travailleurs d'avoir le temps suffisant et nécessaire pour intervenir de façon qualitative et adaptée à chaque situation sort les services de l'urgence continue et des tensions et épuisements qui en découlent en interne. Cela implique également que le service puisse suivre et rendre compte des évolutions des pratiques, avec un temps d'analyse, d'évaluation, de formation pour les faire évoluer.

Au sein d'un même service, la temporalité peut également combiner une approche à long terme (reprise dans un « projet de service », c'est-à-dire la définition des priorités que se donne le service) et une approche à court ou moyen termes à travers des projets spécifiques. Cela, tant que cette combinaison ne nuit pas à la durabilité des conditions de travail.

Le temps est également une donnée à prendre en compte en ce qui concerne la coordination entre services, ainsi que pour les fonctions d'appui interne (administration, direction...) devenues indispensables dans un contexte de complexification des réseaux et des contraintes administratives. Il n'est en effet pas possible de demander à des services d'en faire plus sans prendre en compte les ressources et le temps que cela exige.

En particulier, **le travail en réseau est un travail au temps long**, car il demande d'apprendre à connaître d'autres pratiques, d'autres cultures de travail, de créer des liens de confiance entre professionnels et entre institutions, et de faire évoluer ces liens au gré des situations traitées. Encore une fois, la qualité des réponses aux citoyens-usagers en dépend.

**La formation continue des travailleurs ainsi que la mise en œuvre d'une participation plus profonde des citoyens-usagers exigent également du temps.** Nous avons trop souvent constaté que de nombreuses mesures étaient prises à court terme, pour voir quelques temps après que le problème réapparaissait ou n'était pas résolu. La prise en compte du temps plus long comme facteur de réussite dans l'aide et le soin constitue un enjeu majeur que nous souhaitons traiter avec les politiques.

## 1.2. Durabilité et souplesse

L'application croissante des techniques marchandes de management n'est pas adaptée à l'aide et au soin, car elle a tendance à segmenter le travail tout en réduisant celui-ci à l'atteinte de certains objectifs standardisés.

Les conditions de travail doivent être à l'image des objectifs assignés à nos services : elles doivent pouvoir s'appuyer sur des **conditions de base suffisantes**, et offrir de la **souplesse pour s'adapter à la diversité** des situations et des contextes.

Le financement public des services doit veiller à ce que ceux-ci puissent rencontrer les besoins de la population, avec une stabilité et une durabilité qui offrent une **sécurité d'emploi et un salaire attractif**. Il convient ainsi de réduire l'écart constaté entre le niveau salarial de nos secteurs et d'autres champs, écart qui entraîne une difficulté à recruter du personnel qualifié. Il importe aussi de permettre aux services de **disposer de l'infrastructure et des moyens matériels** nécessaires à un travail de qualité (et perçu comme tel par les citoyens-usagers).

L'articulation croissante entre les niveaux de pouvoir bruxellois doit pouvoir se traduire sur le terrain par une plus grande souplesse dans la façon dont l'administration peut reconnaître les nouvelles formes d'organisation et de collaboration des services. La rigidité de certains cadres réglementaires constitue un frein qui nuit à certains objectifs désignés par les autorités elles-mêmes.

## 1.3. Recueil de données quantitatives et qualitatives

La durabilité et la souplesse de l'aide et du soin passent également par les modalités de suivi du travail mené : un **recueil de données quantitatives est nécessaire**, en tenant compte de leur pertinence et des façons dont elles peuvent être recueillies sans nuire à la relation avec les citoyens-usagers ; mais ce recueil n'a de valeur qu'**en complément de données qualitatives**, tant les problématiques rencontrées et les réponses apportées s'expriment de façon diversifiée. Il y a lieu par exemple de voir comment valoriser davantage les approches communautaires et collectives, les pratiques de prévention, de concertation et de coordination : autant d'approches qui sont peu valorisées et pourtant nécessaires.

#### 1.4. Evolution des métiers et fonctions

- Fonction de coordination et appui administratif

Les fonctions de coordination et d'appui administratif sont peu ou pas valorisés. Si les fonctions psycho-médicosociales qui composent l'équipe pluridisciplinaire des services ambulatoires ont grandement profité de la professionnalisation et de la salarisation issue de la reconnaissance par l'Etat de ces services à partir des années 1970, ce n'est pas le cas des fonctions de coordination et administrative dans certains secteurs. Or, ces fonctions sont décrétales, donc obligatoires, et d'autant plus nécessaires que les obligations administratives et de gestion s'accroissent. Pleinement intégrées dans le cadre, elles participeraient grandement à l'amélioration des conditions de travail et au fonctionnement de tout le service.

- Informatisation

Plus fondamentalement, la relation humaine est le cœur du travail dans le champ de l'aide sociale et du soin. En ce sens, ce travail ne peut être réduit ou remplacé par quelque forme d'automatisation que ce soit, tant en matière d'analyse ou de décision. L'informatisation doit rester un outil secondaire, avec des apports utiles mais au service de la concertation et de la réflexion qui restent des prérogatives des professionnels.

- Pluridisciplinarité exigée

Dans beaucoup de nos services, les exigences de pluridisciplinarité (assistants sociaux, médecins, psychologues, juristes, etc.), de diplômes requis et de formation du personnel sont incontournables si l'on veut assurer un travail de qualité. C'est le travail en équipe et la compétence du personnel qui permettent de répondre à la complexité des situations et d'intégrer l'ensemble des problèmes rencontrés par les usagers.

- Impératif d'indépendance

Agir au service de l'émancipation des citoyens-usagers implique que nos services ne soient ni des outils de contrôle social, ni d'ajustement économique. L'indépendance méthodologique et éthique des professionnels est une condition incontournable.

## 2. Les citoyens-usagers

Les services d'aide et de soin déterminent leur travail sur base des besoins des personnes et des groupes auxquels ils s'adressent. Ces personnes et ces groupes sont donc au centre de leurs réflexions et préoccupations. Les services doivent **prendre en compte l'évolution de ces besoins en améliorant la participation des citoyens-usagers dans leurs actions et dans leurs réflexions.**

La participation se joue à différents niveaux, à différentes étapes et sous différentes formes, elle est bien plus large que la seule implication d'usagers dans les espaces professionnels de concertation et de gouvernance. Elle ne peut se muer ni en impératif pour les citoyens-usagers ni en obstacle à la relation de confiance au cœur du travail d'aide et de soin.

### 2.1. Information et déstigmatisation

Le premier renforcement de la participation des citoyens-usagers passe par une **information, permanente et accessible** sur les problématiques sociales et de santé, sur les réponses existantes, sur celles qui pourraient être mises en place et sur les droits des citoyens-usagers. Nos services et fédérations ont cette responsabilité et veulent mener une démarche proactive en la matière.

Cette information large veut aussi contribuer à déstigmatiser les problématiques sociales et de santé ainsi que les personnes concernées, en témoignant des réalités vécues, en veillant au respect de chacun-e et de ses besoins, en encourageant la libération de la parole.

Nos supports d'information doivent donc être adaptés aux publics-cibles, ce qui passe obligatoirement par une bonne connaissance de ces différents publics, de leurs représentations, de leurs vocabulaires...

#### 2.1.1. Au sein des services

Le devoir d'information se joue également lorsque les personnes entrent en contact avec nos services, ceux-ci veillent à les informer sur les services à leur disposition, sur leurs droits (notamment en ce qui concerne les informations personnelles récoltées au cours du travail d'aide et de soin), sur leurs possibilités de faire appel à un tiers (dans le service ou en dehors), sur les possibilités de médiation ou de plainte. De façon plus

générale, l'amélioration de la communication entre professionnels et citoyens-usagers favorise une plus grande qualité dans le travail d'aide et de soin.

### *Prendre part individuellement*

Le renforcement de la participation se construit dans les différentes étapes et approches de l'aide et du soin. Sa mise en œuvre doit être réfléchie et adaptée selon les secteurs, les services et l'environnement de ceux-ci.

- Tout au long de l'intervention de nos services, et après celle-ci, les professionnels veillent à pouvoir recueillir les avis des citoyens-usagers sur le fonctionnement des services. Ce recueil doit pouvoir se faire sous différentes formes (boîtes à avis, espaces / temps de concertation, ...), formelles ou informelles. Les services doivent pouvoir former leurs intervenants à ce type de démarches et garantir une réponse aux avis recueillis ;
- L'implication de citoyens-usagers peut contribuer à améliorer le contenu et les supports d'information, à développer des canaux de communication plus adaptés ;
- Les services peuvent choisir d'inclure des citoyens-usagers auprès de leurs instances ou au sein de celles-ci. Le point de vue de ces personnes est alors incorporé, au même titre que les autres, dans les réflexions et décisions quant au fonctionnement des services ;
- Nous encourageons les autorités et les services à réfléchir ensemble aux conditions pour mieux intégrer le savoir expérientiel, notamment par l'engagement des pair-aidants<sup>14</sup> au sein des équipes qui le souhaitent.

### *Prendre part collectivement*

La participation implique également une dimension plus collective. Une approche locale, centrée sur les besoins des habitants et basée sur les ressources du quartier doit faire une large place aux demandes, aux compétences et aux réflexions des citoyens-usagers. La proximité facilite cette démarche.

Plus fondamentalement, l'action de nos services doit impliquer le travail collectif et le travail communautaire. Ces approches, par lesquelles des personnes décident de se

---

<sup>14</sup> Allart M. et Lo Sardo S., la pair-aidance en FWB : état des lieux et guide méthodologique, 2020 : <http://www.le-forum.org/uploads/Pair-aidance-web.pdf>

regrouper pour faire quelque chose ensemble, permettent en effet de repolitiser certains enjeux et de déstigmatiser les personnes qui ne sont plus réduites à leurs problématiques. Elles leur redonnent la possibilité de faire tomber certaines cloisons (sociales, institutionnelles, géographiques...), de se saisir de problèmes définis ensemble et d'y apporter des éléments pour une nouvelle dynamique. Les professionnels ont alors un rôle de soutien dont les contours sont définis avec le groupe.

### 2.1.2. Au sein des espaces de discussion politique

Nous souhaitons également que les citoyens-usagers puissent être davantage partie prenante de différents groupes de concertation et de décision réunissant des professionnels et des représentants des autorités publiques en vue de définir des politiques publiques d'aide et du soin.

### 2.1.3. Dans la recherche

Les études et visions développées pour mieux connaître la situation et esquisser les pistes d'avenir<sup>15</sup>, doivent davantage s'intéresser aux points de vue de citoyens-usagers, en étant attentives aux questions de pertinence, de méthode et de représentativité. Nous encourageons, quand cela est possible, le développement de recherches participatives aussi bien en collaboration avec les professionnels de terrain qu'avec les usagers.

### 2.1.4. Dans l'évaluation

Il en va de même avec l'évaluation des politiques d'aide et de santé, tant celles prévues par les politiques (notamment en matière de fonctionnement des services agréés), que celles menées de façon proactive par des services ou secteurs. Ces évaluations doivent intégrer des avis et remarques de citoyens-usagers, qui aient davantage de place qu'une consultation pour la forme.

## 2.2. Conditions de participation

Nous favorisons au maximum les conditions de la participation de nos publics et cela implique :

---

<sup>15</sup> La recherche concerne tant les travaux par les institutions académiques (universités, hautes écoles) que par les sections de recherche dans certaines fédérations ou centres d'appui (comme le CBCS et le CREBIS), ceux-ci offrant l'avantage de pouvoir s'ancrer dans les pratiques de terrain et d'en combiner les points de vue.

- **Une attention à la temporalité.** Les citoyens-usagers ont besoin de temps. Nous devons favoriser ce qui leur permet de prendre le temps de participer, aux moments les plus opportuns et au rythme qui leur correspondent le mieux. Ceci implique notamment de faire la distinction entre le temps de la décision politique et le temps nécessaire à certaines approches comme le travail communautaire.
- **Une attention à la méthode.** Pour participer, les citoyens-usagers doivent pouvoir comprendre et se faire comprendre. Ceci implique notamment qu'ils puissent se former s'ils le souhaitent, de même que les intervenants de l'aide et de soin doivent pouvoir développer de nouveaux outils et de nouvelles cultures de travail.
- **Une attention aux dispositifs.** Une série d'aménagements doivent pouvoir également être menés dans les institutions, de façon à réunir les conditions matérielles et organisationnelles à une plus grande participation des citoyens-usagers. Ainsi, l'envie de contribuer, de proposer, de créer, de s'investir nécessite a minima de s'identifier au lieu, de le faire sien. Les locaux de nos services doivent constituer des espaces de vie accueillants ouverts à tous.

### 3. Diagnostic communautaire comme outil d'analyse

Il est nécessaire de **développer des diagnostics communautaires des quartiers et de prendre contact avec les habitants**. Ceci nécessite soit de dégager du temps et de pouvoir développer des compétences en interne aux services, soit de pouvoir faire appel à un service d'appui approprié.

En effet, dans une logique de responsabilité populationnelle, il ne s'agit pas seulement de répondre aux demandes exprimées. Les services doivent avoir la capacité de repérer les besoins non rencontrés ainsi que les populations les plus fragiles, et de mettre en place les offres nécessaires et développer les programmes susceptibles d'atteindre ces populations.

Cette programmation de l'offre doit évidemment se penser en articulation avec l'ensemble des niveaux d'intervention.

## 4. Visibilité et lisibilité

Pour garantir une offre d'aide et de soins de qualité et accessible à tous dans les secteurs ambulatoires, il est essentiel d'informer c'est-à-dire de **développer des outils et pratiques pour rendre l'information accessible**.

Dans ce cadre et afin d'améliorer la visibilité du secteur ambulatoire à Bruxelles, nous proposons la **création d'une signalétique commune** pour l'ensemble des secteurs en lien avec la rédaction d'une **Charte commune de l'ambulatoire** qui agirait comme garantie de critères de qualité en matière d'aide et de soins (rédigée de manière concertée entre les fédérations et les pouvoirs publics).

La Charte ainsi que la signalétique permettraient d'assurer le citoyen de la qualité et des valeurs du service auquel il s'adresse.

Par extension, cette signalétique permettrait ainsi de distinguer les services ayant une reconnaissance officielle et non régis par des logiques marchandes.

Les pouvoirs publics pourraient mettre en place une **campagne de communication pour la population destinée à rendre le secteur ambulatoire plus lisible**. Cette campagne de communication permettrait également de rejoindre la question des publics non touchés à savoir ceux qui ne connaissent pas le service et donc de facto n'ont pas accès au service. Il y a donc un lien entre lisibilité du secteur et accessibilité. Pour répondre de façon adéquate aux besoins et dans un souci d'accessibilité élargi, il est essentiel que cette campagne de communication soit exprimée dans les 5 langues les plus utilisées à Bruxelles, en tenant compte de divers obstacles à l'information dont la fracture numérique.