

Rapport d'évaluation sur les Contrats Locaux Social-Santé (CLSS) mis en place en région bruxelloise 2025



Colophon

Auteur :

Damien Boone

Relecteur :

Sarah Missinne, Olivier Gillis et Catherine Cossyns

Traduction :

Iso Translation & Publishing

Mise en page :

Nazca agency & Partners

Pour référer ce document :

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2025). Rapport d'évaluation sur les Contrats Locaux Social-Santé (CLSS) mis en place en région bruxelloise
Bruxelles : Vivalis.brussels.

Numéro de Dépôt légal :

D/2026/9334/81

Pour plus d'informations :

Damien Boone
damien.boone@vivalis.brussels

**Observatoire de la Santé et du Social
de Bruxelles-Capitale - Vivalis.brussels**

Rue Belliard 71, boîte 1 – 1040 Bruxelles
Tél. : 02/552 01 89

observat@vivalis.brussels
<https://www.vivalis.brussels/fr/informer-et-communiquer/observatoire/observatoire-de-la-sante-et-du-social-de-bruxelles-capitale>

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands

Sommaire

Contexte	7
Les partenariats au cœur des CLSS	9
1. Le partenariat est une dimension prépondérante des CLSS	10
2. Le partenariat s'est répandu dans de nombreux secteurs de l'action publique	10
3. Le partenariat a une force d'évidence qui ne peut que questionner (un chercheur)	11
4. Le partenariat est objectivable et (déjà) observable	12
Une « territorialisation » des politiques publiques	12
1. La territorialisation évoque d'abord une localisation de l'action publique	12
2. Ces politiques territorialisées prennent la forme de politiques dites « constitutives »	13
3. Diverses interprétations accompagnent la territorialisation des politiques publiques	13
Objectifs généraux	13
Méthodologie	14
1. Littérature scientifique	14
2. Entretiens	15
3. Observations	15
4. La méthode du « changement le plus significatif »	15
Comprendre ce que cherche chaque organisation	16
Méthode d'évaluation générale des CLSS	16
Apports pour d'autres programmes d'action publique	16
Contenu des projets (selon la typologie de Schapman-Segalie et Lombrail, 2018)	17
1. Renforcement des capacités individuelles	17
2. Renforcement des capacités des groupes et communautés	17
3. Amélioration des conditions de vie et de travail	17
4. Réorientation des services de santé	17
1. Caractériser les approches partenariales	18
A. Des partenariats répandus, mais pas tous formalisés	19
1. Un partenariat préexistant aux CLSS	19
2. Qu'apporte la labellisation « CLSS » des partenariats ?	20
La garantie d'une continuité des projets	20
La connaissance d'autres structures	21
Une autre présentation de soi et de ses missions	22
La possibilité d'obtenir des postes	23
Une plus grande visibilité des services proposés	24

B. Des pratiques diverses du partenariat, avec des équilibres difficiles à maintenir	25
1. La multiplicité des approches partenariales	25
Une question logistique	26
Une proximité physique	26
Un « partenariat » unilatéral/non réciproque ?	26
Un partage des publics ?	27
2. Les lieux et les moments du partenariat : des enjeux organisationnels prégnants, sources de tensions	28
Des enjeux organisationnels prégnants	28
Rapports de force et tensions	30
L'irruption de nouveaux acteurs comme risque de déséquilibre dans le quartier	30
Des acteurs différemment impliqués	31
La possibilité de dépasser ces contraintes	33
3. Comment rendre compte du partenariat ?	34
Un partenariat avant tout inter-personnel	34
Quand la visibilisation du partenariat devient un travail en soi	36
Un travail de conformité à l'injonction partenariale	36
La difficile interprétation d'un partenariat « réussi »	37
Conclusion de la première partie : la question partenariale n'est pas associée aux mêmes enjeux	38

2. Du côté des professionnels : une identité en questions 40

A. Des identités professionnelles à ajuster	41
B. Combiner des intérêts professionnels paradoxaux	42
C. La crainte d'une « déprofessionnalisation »	43
D. Les formes de la socialisation	45
1. Une « sanitarisation du social » (Fassin, 2010) ?	45
2. Une faible représentation des acteurs du « sanitaire »	46
3. Une « socialisation du sanitaire » ?	47
4. Des échanges de savoirs, surtout entre professionnels du social : prémises d'une socialisation intersectorielle « diffuse »	48
E. Faire tenir des enjeux parfois contradictoires : le rôle fondamental des métiers de la coordination	50
1. Une pluridisciplinarité nécessaire face à la complexité et l'hétérogénéité des enjeux	51
2. Un rôle en recomposition permanente	52
F. Des secteurs saturés qui impactent le bien-être et la santé des travailleurs	53
1. Un symptôme : le turnover, entrave au travail sur le temps long	53
a) Turnover des personnels	53
b) Turnover des habitants	54
c) « Turnover » des financements	55

2. Des missions de plus en plus diversifiées et parfois dissonantes	56
3. Un cœur de métier en redéfinitions	57
Conclusion de la deuxième partie : l'efficacité des partenariats dépend de l'effectivité des socialisations	58

3. Les CLSS, vecteurs d'une « territorialisation par le haut » ? **60**

A. Agir à l'échelle du quartier : « quadriller le terrain »	61
1. Le quartier : un échelon extensible	61
2. Un rapprochement avec le CPAS et la commune	63
Le CPAS : un incubateur de projets	63
Une diminution des préjugés entre CPAS et secteur associatif	64
Le CPAS : un facilitateur	64
Des difficultés persistantes, mais non spécifiques aux CPAS	64
3. Une participation des habitants toujours lointaine	65
Une priorité difficile à mettre en oeuvre	65
Quel pouvoir donner ?	66
B. Le quartier : un révélateur	67
1. Le symptôme de phénomènes qui le dépassent	67
2. Des causes à aller chercher à un autre niveau de décision	68
C. Une région cheffe de file	70
1. Le maintien d'une certaine verticalité	70
2. Le partenariat, un moyen mais aussi un objectif	71
3. Une adhésion à encore susciter	72
Conclusion de la troisième partie : les dynamiques plurielles de l'action publique	74

Conclusion générale **75**

Annexe : Grille d'entretien **78**

Bibliographie **82**

Ce rapport d'évaluation scientifique a pour objectif d'offrir un état des lieux des processus institutionnels et des réalisations concrètes observées dans le cadre des Contrats Locaux Social-Santé (CLSS), progressivement lancés au cours de l'année 2021.

Leur philosophie s'inscrit dans l'objectif d'une meilleure articulation entre les services de première ligne, aussi bien sociaux que sanitaires, et d'un meilleur calibrage de leurs actions en fonction des besoins des résidents du quartier, au niveau social, de la prévention, de la promotion de la santé et au niveau curatif. Ils visent également à soutenir une dynamique de quartier qui renforce le pouvoir d'agir de ses habitants, que ce soit dans une perspective personnelle ou collective par la création de réseaux d'échange et d'entraide.

Doté d'une méthodologie de travail qui cumule réalisation de diagnostics communautaires, établissement de plans d'actions locaux et coordination par des référentes de quartiers, ce dispositif a actuellement comme objectifs principaux de favoriser l'accès aux services, prévenir la perte de logement, lutter contre l'isolement social et de développer un environnement favorable afin de diminuer les inégalités sociales de santé. Ceux-ci seront amenés à évoluer, quartier par quartier, selon les problématiques locales, au plus près des besoins des habitants¹.

Le premier rapport de l'Observatoire sur les CLSS, fourni au printemps 2023, poursuivait l'objectif de se pencher sur la manière dont les CLSS ont été initialement pensés, puis comment ils ont été appréhendés et appropriés par les acteurs chargés de leur déploiement au niveau local. Ainsi, ce délivrable avait pour objet une évaluation de la mise en œuvre des CLSS pour l'année zéro. Le travail a notamment consisté, sur bases d'entretiens, à revenir de façon rétrospective sur les manières concrètes dont les professionnels² ont travaillé et ont vécu le lancement des CLSS de première génération, et plus spécifiquement dans leur phase préparatoire.

Eu égard à sa temporalité, après quelques mois de déploiement des CLSS 1.0, et à quelques semaines du lancement de la deuxième vague, ce premier rapport s'est surtout intéressé à l'aspect organisationnel des projets - ce qui, au demeurant, en est une dimension centrale. Hormis auprès des acteurs concernés, il n'a pas été diffusé.

D'une part car les personnes rencontrées étaient encore peu nombreuses, et il était alors possible de les identifier. En effet, puisque le travail s'est penché sur une phase des CLSS durant laquelle les projets n'étaient pas encore construits, les entretiens ont été principalement réalisés auprès des référentes-quartiers, principaux artisans de la phase de diagnostic, et des responsables de coordinations.

D'autre part, le rapport a principalement été écrit à l'attention du cabinet et de l'administration, en vue d'optimiser le dispositif 'pilote' testé au cours de ce premier cycle de de projets CLSS, dans 9 quartiers répartis sur 5 communes (Bruxelles-ville : quartiers des Marolles et Anneessens ; Schaerbeek : quartiers Brabant et Colignon ; Anderlecht : quartiers Wayez-Centre Historique et Cureghem ; Molenbeek : quartier Centre historique et Gare de l'Ouest ; Forest : quartier bas-Forest-Pont de Luttre). Avec les quelques recommandations qui y ont été suggérées, il avait donc surtout une visée opérationnelle immédiate.

S'il évoque des premiers résultats populationnels, partenariaux ou territoriaux, ceux-ci sont davantage à prendre sous forme de formulations d'hypothèses. En ce sens, le rapport n'avait pas encore vocation à analyser des résultats concrets sur les objectifs de la politique elle-même (par exemple, sur des effets auprès des populations, sur les nouvelles collaborations entre partenaires, ou sur des effets territoriaux).

Contexte

Depuis ce premier rapport fourni par l'Observatoire au printemps 2023, les CLSS issus de la première vague, progressivement construits à partir de l'année 2021, ont poursuivi leur déploiement. Parallèlement, des CLSS dans neuf autres quartiers, constituant la deuxième vague, ont été lancés à partir de l'année 2023 (Bruxelles-ville : quartier Nord et Tour et Taxis - Laeken ; Anderlecht : quartier Peterbos³ ; Schaerbeek : quartier Schaerbeek Nord ; Saint-Gilles : quartier Bas de Saint-Gilles ; Koekelberg : entières de la commune ; Saint-Joose-ten-Noode ; Molenbeek : quartiers Maritime et Karreveld). De la sorte, les 18 quartiers des CLSS couvrent l'ensemble de la zone dite du croissant pauvre.

¹ Voir le premier rapport pour une présentation plus détaillée des intentions de la politique régionale de santé 2019-2025 et, dans ce cadre, de l'émergence des CLSS.

² Ce rapport contient des citations et des appellations au masculin générique. Celles-ci doivent être interprétées comme inclusives de toute personne, indépendamment de son genre. Cela étant posé, la variable genrée mériterait une plus grande attention tant les personnes rencontrées sont principalement des femmes, ce qui n'est certainement pas anodin, tant au niveau des causes que des conséquences des processus étudiés notamment dans la partie 2. Seule la fonction de référente-quartier est systématiquement féminisée.

³ En présentant la liste des quartiers sélectionnés, le coordinateur des CLSS d'Anderlecht a souhaité que le quartier Peterbos soit priorisé sur le quartier Scheut initialement sélectionné au vu des réalités sur le terrain. L'administration a donné le feu vert à cette modification (qui n'implique aucun changement budgétaire).

À la différence de la première vague, cadrés autour de quatre thématiques (Favoriser l'accès aux services existants tant sociaux que sanitaires ; Renforcer la prévention de la perte de logement et des expulsions et accompagnement des citoyens (en ce inclus le public sans abri) vers le (re)logement qualitatif ; Lutter contre l'isolement au sein du quartier, en particulier pour les publics plus vulnérables ; Développer un environnement favorable afin de diminuer les inégalités sociales de santé), la deuxième vague propose d'orienter les diagnostics et les plans d'action vers les thématiques suivantes :

- Favoriser l'accès aux services existants tant sociaux que sanitaires, en particulier pour les publics plus vulnérables et en situations complexes
- Développer le réseau d'aide sociale et de soins ainsi que les réseaux informels au sein du quartier, pour faciliter la prise en charge intégrée et centrée sur les objectifs de la personne, en particulier pour les publics plus vulnérables
- Développer un environnement favorable (logement, environnement, emploi, éducation, relations sociales, etc.) afin de diminuer les inégalités sociales et de santé.

Ces objectifs sont indiqués comme prioritaires : on remarque qu'ils brassent des dimensions très larges; de plus, la note produite par l'administration à destination des professionnels de la nouvelle vague souligne que le résultat du diagnostic peut amener à les adapter selon les besoins de chaque quartier. Ces considérations posent les fondements d'une grande liberté laissée au terrain. Cette plus grande autonomie s'illustre aussi dans une clarification des rôles des coordinateurs. En effet, les CLSS sont gérés à deux niveaux:

- Un coordinateur des CLSS au niveau du CPAS qui gère les aspects administratifs des CLSS, notamment les relations avec le CAS, le conseil communal et avec la COCOM.
- Un GT Quartier par quartier: chaque contrat local est piloté au niveau opérationnel par un groupe de travail CLSS par quartier issu de la coordination sociale de la commune ou de la zone. Sa composition est élargie aux acteurs de la santé si nécessaire afin de refléter l'ensemble des missions social-santé du CLSS. Il est piloté par le référent quartier qui en assure le secrétariat.

En outre, depuis la première vague d'initiatives, le contexte a changé, notamment avec l'affinement du cadre du Plan Social-Santé Intégré (PSSI). Pour rappel, celui-ci dessine les contours d'une réorganisation territoriale de l'offre d'aide et de soins en région bruxelloise. Celui-ci est composé de quatre axes (Améliorer la qualité de vie et la santé et réduire les inégalités sociales et de santé, Garantir l'accès aux droits et aux services, Améliorer la structure et la coordination de l'offre des services d'aide et de soins, coconstruire une politique social-santé intégrée) : les CLSS se placent dans le deuxième d'entre eux. Ce dispositif correspond au modèle construit par Patrice Duran et Jean-Pierre Thoenig (1996) :

- programmes qui sont au confluent de plusieurs politiques publiques ;
- pilotage par des organes composés de plusieurs institutions présentes sur le territoire ;
- collaboration d'acteurs de structures diverses ;
- construction du contenu de l'action et définition des règles de fonctionnement par les acteurs locaux, dans un objectif de transversalité des interventions.

Cette orientation politique parie sur la créativité des acteurs locaux et leur laisse des marges de manœuvre pour construire ensemble des dispositifs locaux (Ion et Ravon, 2005).

Jusqu'à la fin de l'année 2022, le PSSI était surtout visible via les premiers CLSS, qui en étaient présentés comme une préfiguration. Pour faciliter sa mise en œuvre, le Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique (CBCS/Crébis) et Brusano ont proposé au cabinet de mettre en place une campagne d'accompagnement des acteurs de terrain, à travers des «ateliers du changement» : il s'agit d'un large processus d'information, de consultation et de co-construction, avec les acteurs social-santé bruxellois – professionnels et usagers - dont la première phase s'est étalée d'août 2022 à janvier 2023.

S'inscrivant dans la réorganisation de l'offre social-santé et des réformes territoriales en cours, le CBCS et Brusano accompagnent les intentions du cabinet, qui consistent notamment en une nouvelle organisation territoriale à plusieurs niveaux (quartiers, bassins, région). Dans ce cadre, les Ateliers du changement sont un espace où des professionnels du social-santé et des bénéficiaires, patients et aidants, se rencontrent, s'informent, s'organisent et coconstruisent des actions répondant aux missions

du bassin : connaissance, réseau, coordination et prévention et promotion de la santé. Le processus est soutenu au sein de chaque bassin par un Groupe d'appui composé d'acteurs ayant déjà des actions ou missions à cette échelle territoriale.

Ce travail réalisé a débouché sur l'élaboration d'une feuille de route (2023) commune aux 5 bassins, la priorité des actions travaillées et leur modalités de mise en œuvre étant quant à elles spécifiques à chaque bassin. Chaque bassin est désormais doté d'une équipe de soutien collaborant au quotidien avec les professionnels actifs sur le territoire en vue d'accomplir les missions évoquées plus haut.

L'administration a été chargée de mettre en place deux volets interdépendants : la définition et la mise en place d'une dynamique de gouvernance et la définition et la mise en œuvre d'un dispositif de monitoring du plan opérationnel du PSSI :

- Les grandes lignes de la gouvernance (les organes principaux, en particulier le Comité de pilotage, et leurs mandats) sont prévus par le projet de Décret et Ordonnance conjoints du PSSI. Le comité de pilotage est composé des administrations de la Cocom et de la Cocof, d'Iris-care, des cabinets compétents et de représentants de la VGC (membres invités). Des organes de gouvernance plus opérationnels ont été créés, notamment afin de soutenir le travail de ce Comité de pilotage.
- Définir et mettre en œuvre un dispositif de monitoring avec des outils techniques permettant d'assurer le suivi des 271 actions qui composent le plan opérationnel.

C'est donc dans ce contexte que s'inscrit ce rapport sur les CLSS, considérés comme la brique unitaire du PSSI au sein de l'administration.

Ce rapport se concentre sur l'évaluation de l'opérationnalité des CLSS après leur démarrage. On peut envisager que le paysage de la santé publique à Bruxelles a connu quelques évolutions avec la mise en œuvre des CLSS, dans le cadre du PSSI, et on se propose ici d'en approcher certains aspects.

Les partenariats au cœur des CLSS

Une grande partie de ce rapport est consacrée à la question du partenariat. Qu'entend-on par ce terme ? Malgré ce qu'en disent leurs promoteurs, les politiques partenariales nées dans les années 1980 n'ont pas inventé la collaboration entre les différents acteurs impliqués dans le traitement des problématiques d'intérêt public : dès le XIX^e siècle, en France, le maître d'école collaborait avec le maire et le curé du village (Ozouf, 1973). La véritable question est donc celle de savoir comment ce registre collaboratif d'organisation du travail a été pensé et mis en œuvre en fonction des périodes, et des intérêts politiques prédominants.

Selon Bordeaux et Deschamps (2013), le partenariat peut être étudié à trois niveaux :

Le « *partenariat instituant ou conventionnel* » renvoie chez ces auteurs aux « *protocoles d'accord qui définissent une visée commune et contractualisée* ». Les étudier revient à comprendre la production de l'action publique en retraçant l'histoire et l'évolution des enjeux. Autrement dit, ce partenariat renvoie aux documents juridiques qui ont légalement créé les CLSS. Il s'agit non seulement des conventions signées entre Vivalis et les CPAS mais aussi, antérieurement et plus globalement, l'ensemble du cadre juridique dans lequel s'inscrivent les CLSS. Par exemple, le PSSI a repris les objectifs et stratégies prioritaires fixés dans le décret du 18 février 2016 concernant la Promotion de la santé du côté de la Commission communautaire française. Ou encore, l'ordonnance première ligne de 2019 vise à organiser l'aide et les soins de manière centrée sur les besoins des personnes⁴.

Ce premier niveau de partenariat renvoie donc aux cadres formels qui permettent par après la mise en œuvre opérationnelle. Si nous n'ignorons pas ce cadre et que nous pouvons y faire parfois référence, il est pour nous un repère mais nous ne l'étudions pas en tant que tel. En revanche, les deux autres formes de partenariats mises en avant nous intéressent davantage et correspondent au champ d'étude de ce rapport.

Il s'agit du « *partenariat d'organisation* » : celui-ci met l'accent sur les « *conditions de mise en œuvre et les cadres d'action observables à l'échelle territoriale* » ; et enfin le « *partenariat de réalisation* », qui consiste à observer « *la coopération entre acteurs, les redéfinitions professionnelles qui résultent de cette rencontre, les changements de pratiques impulsés par le partenariat* ». Ces deux types de partenariat correspondent à la mise en œuvre pratique de ce qui a été

⁴ Voir https://www.etaamb.be/fr/ordonnance-du-04-avril-2019_n2019011779.html

dans un premier temps cadré d'un point de vue réglementaire. En schématisant leur contenu à partir de ces définitions, on peut considérer que le « partenariat d'organisation » correspond à la phase du plan d'actions, c'est-à-dire le moment où les acteurs locaux s'unissent, s'entendent, et envisagent leur collaboration future. Quant au « partenariat de réalisation », il désigne la mise en œuvre opérationnelle des actions et des objectifs définis au cours de la phase « d'organisation ».

Ce sont les deux derniers types de partenariats qui nous intéressent particulièrement. Si le partenariat d'organisation a déjà été évoqué dans le précédent rapport, il reste largement d'actualité car les objectifs fixés s'adaptent et s'actualisent selon les réalités de terrain et les obstacles ou opportunités rencontrés. Le contenu du partenariat de réalisation est le cœur du présent travail.

Par partenariat, on entend donc la coopération entre des acteurs qui, jusque-là, travaillaient peu ensemble, voire s'ignoraient, et ce dans une logique de cohérence et de décloisonnement. C'est une des modalités pratiques par laquelle s'opèrent les changements censés être impulsés et renforcés par la philosophie des CLSS et du PSSI.

Au moins quatre facteurs justifient de s'intéresser aux partenariats.

1. Le partenariat est une dimension prépondérante des CLSS

Tout d'abord, le partenariat est une des conditions de financement des projets. En effet, la première feuille de route mentionne la dimension collective des CLSS qui, portés par un opérateur, doivent regrouper au moins deux institutions, et de préférence permettre de balayer un large éventail de problématiques social/santé. C'est notamment au cours de l'étape du plan d'actions que cette dimension est la plus marquante : construit à partir du diagnostic local, le plan d'actions décrit les différents projets qui seront développés pour chaque thématique, avec leur phasage pour la durée du CLSS. Pour chaque projet, sont précisés les objectifs poursuivis, les résultats attendus, déroulé des différentes phases du projet, les moyens budgétaires nécessaires et leur allocation, l'identité de l'acteur local qui en sera le porteur, la gouvernance, et les indicateurs de suivi et d'évaluation. Ces éléments sont repris dans la seconde feuille de route, qui précise que les budgets « *seront alloués pour des actions décidées collégalement par les participants au GT de quartier* » (à la différence des CLSS 1.0, dont les financements ont été attribués par

appels à projets). Les éventuels « *cas de blocage* » évoqués indiquent bien que ce risque est possible, et que le surmonter demande de passer par des compromis.

On comprend donc bien que l'étape du plan d'action nécessite, entre structures, des discussions et des accords, tant sur les finalités des projets que sur la répartition budgétaire.

Ensuite, une fois que le plan d'actions est établi et que les projets sont lancés, leur implémentation suppose là encore une entente entre parties : lieux de réunions et d'actions, modalités d'accueil des publics, répartition de la charge administrative... Une partie de ce travail est assurée par la figure de référente-quartier, dont la raison d'être est, précisément, la coordination, l'animation, et la mise en œuvre du CLSS sur le terrain (après une phase de diagnostic qui a déjà permis d'envisager de futurs partenariats). Ainsi, la référente-quartier est une interface multiple (entre les habitants du quartier et le groupe de travail CLSS ; entre les membres du GT CLSS ; entre le GT CLSS et la coordination)

Enfin, la mise en application des CLSS suppose aussi de prendre en considération d'autres réseaux (formels et informels) dans chaque quartier.

En plus de ce pilotage opérationnel, d'autres aspects, liés par exemple à la gouvernance, peuvent aussi nous intéresser dans le cadre d'une étude « partenariale » : il peut s'agir, des relations que les acteurs des CLSS et des CPAS peuvent entretenir avec l'administration de la Cocom.

2. Le partenariat s'est répandu dans de nombreux secteurs de l'action publique

Le partenariat est présent dans tous les secteurs où se redessinent la place de l'État, le rôle des collectivités territoriales et l'action des partenaires privés et notamment associatifs. Depuis quelques années, une littérature francophone importante s'est constituée autour de ces évolutions, tant sur les reconfigurations du pouvoir et des acteurs au niveau local, que sur la notion de partenariat elle-même et de ses déclinaisons (Bordiec et al., 2020).

En effet, depuis les années 1980, notamment dans le cadre de la politique de la ville, (cf. Donzelot & Estebe, 1994), les pouvoirs publics (État et collectivités territoriales) se sont fixés pour objectif de favoriser la collaboration entre les différents acteurs concernés par les principaux « problèmes » que traite l'action publique (Hassenteufel, 2008). Dans un contexte d'austérité budgétaire qui empêche

l'augmentation de la dotation des différents secteurs, les progrès en termes d'efficacité de l'action publique passeraient avant tout par une meilleure « coordination » de l'action, par une démarche moins « cloisonnée » et plus « transversale », entre les institutions et les acteurs intervenant dans la prise en charge des problèmes sociaux. Ce principe s'est matérialisé à travers une série de dispositifs dans le domaine de l'éducation, du social, de la santé, etc. Ces dispositifs se traduisent pour la plupart par des réunions pluridisciplinaires qui regroupent régulièrement des acteurs issus d'horizons professionnels ou institutionnels variés. Ils visent non seulement à favoriser les échanges entre « partenaires » et à renforcer la transversalité de l'action publique territoriale, mais aussi à allouer certaines ressources propres dans une logique de projets, qui viendraient compléter, pour des populations spécifiques, les programmes de droit commun déjà disponibles. Cette « doxa partenariale » s'est progressivement imposée comme un « référentiel » de l'action publique (Muller, 2000).

Le travail partenarial marquerait alors le passage d'une action publique orchestrée de façon verticale par un pouvoir central (national ou régional) à une action publique horizontale coconstruite par un pouvoir subsidiant et des institutions extra-étatiques et infra-étatiques. De la sorte, l'action publique serait désormais ajustée aux caractéristiques des territoires (Duran, Thoenig, 1996). Le pouvoir (régional dans le cas bruxellois) ne serait plus le seul dépositaire de l'intérêt général, les forces et les dynamiques locales en deviendraient aussi les garantes. Ces forces locales pourraient agir de concert dans le cadre d'un intérêt bien compris à la coopération. À l'arrivée, l'organisation de l'action publique serait plus adéquate pour affronter les problèmes quelle se propose de résoudre.

3. Le partenariat a une force d'évidence qui ne peut que questionner (un chercheur)

L'action publique partenariale se donne comme objectif de lutter contre les « chapelles » professionnelles ou le fonctionnement « en silo » de certaines cultures de travail ou de certaines organisations, en incitant les acteurs d'un territoire (professionnels et habitants) à ne plus se percevoir comme des « concurrents », mais comme des « partenaires » ayant tout à gagner à échanger entre eux. Son développement et sa généralisation tendent à la banaliser et à en imposer l'évidence. Le discours qui l'accompagne est teinté d'intentions « positives », avec lesquelles on ne peut qu'être d'accord, et il apparaît difficile voire impossible de s'y soustraire : en effet,

mieux vaut dialoguer que s'ignorer, mieux vaut « aller vers » que se recentrer sur soi et, bien entendu, l'union fait la force.

Présenté et perçu comme nécessaire pour « y arriver », le partenariat semble pourtant porteurs de divers enjeux et de potentielles contradictions : faire travailler ensemble des professionnels qui ne se connaissent pas et qui, parfois, ont des trajectoires et cultures différentes ne paraît pas aller de soi. Dès lors, il est intéressant de contribuer à déconstruire et dénaturer cette notion, qui ne peut certainement pas se matérialiser sans résistance ni déviation chez celles et ceux qui sont en charge de sa mise en œuvre. En somme, pour parler sérieusement de partenariat, il faut peut-être abandonner en partie la rhétorique de l'égalité et de la complémentarité parfaites entre les partenaires, pour analyser aussi les rapports de domination, de pouvoir et de contre-pouvoir entre eux.

Par ailleurs, même s'il constitue une dimension constitutive de certains métiers du social et de la santé, le partenariat apparaît davantage aujourd'hui comme une figure imposée de la configuration actuelle de la territorialisation que comme un exercice totalement libre et négocié (Damon, 2002). Dans le premier rapport, nous avons par exemple souligné que les attendus de la constitution d'un CLSS, avec notamment un système par appels à projets, pouvait susciter des alliances « forcées », qui visaient davantage à répondre aux attendus du dispositif qu'à véritablement être « partenaires ».

D'un point de vue plus critique, certains auteurs ont souligné que les mots associés à celui de partenariat (notamment liés aux « intentions positives » évoquées plus haut : contrat, convention, coopération, coordination, horizontalité, partage, diagnostic, innovation...) sont le symptôme d'une orientation « *progressive et discontinue de l'action publique (...) vers un référentiel néo-libéral* » (Michel, 2008). Or, celui-ci est enclin à accentuer les rapports de domination tout en les dissimulant derrière les mots de « *confiance, de coopération, de loyauté* » (Bourdieu, 1998).

Sans en remettre en question le principe et ni ses potentiels effets positifs, il semble intéressant de prendre de la distance avec le discours de l'évidence et de la nécessité du partenariat, et de lui substituer des données précises sur les manières dont il est pensé, mis en œuvre et évalué.

4. Le partenariat est objectivable et (déjà) observable

Chronologiquement, après la phase de diagnostic de la référente-quartier, l'étape du plan d'actions est celle qui permet à des acteurs et à des organisations de discuter et de s'accorder sur de futurs partenariats. Comme nous l'avons rappelé plus haut, le partenariat est une condition de l'octroi de financement ; cette condition prend forme lors du plan d'actions. Elle peut même lui être antérieure (comme on le verra dans les développements), le CLSS entérinant parfois des partenariats informels.

L'objectif des CLSS est la réduction des inégalités sociales de santé. Cependant, celles-ci apparaissent difficiles à mesurer avec précision : d'une part car des indicateurs qualitatifs sont toujours difficile à établir puis à interpréter ; d'autre part parce que les CLSS s'inscrivent dans une configuration existante. Dès lors, parvenir à isoler leurs effets celles-ci d'autres dynamiques dans le quartier est une ambition qui se traduira probablement par des hypothèses et des supputations.

En tout état de cause, il est prématuré de chercher à mesurer ces effets, qui ne seront palpables qu'à moyen terme - en tout cas pas encore dans la temporalité de ce rapport, trop précoce. En revanche, la dimension partenariale, quant à elle, est bel et bien lancée et même stabilisée ! Il est dès lors opportun de s'intéresser à cette dimension, et de l'analyser en tant que variable permettant de déterminer *les conditions de possibilité de la réduction des inégalités sociales de santé*.

En somme, et pour résumer la pertinence de travailler la question du partenariat, on considère qu'il est partie intégrante du dispositif CLSS, que sa construction n'a rien d'évident ni de spontané, qu'il est porteur de normes et oriente l'action, et que les manières dont il est construit, approprié, perçu, (dé) fait, oriente les cadres et les stratégies dont les acteurs s'emparent pour agir sur les inégalités sociales de santé.

La question partenariale est liée à une autre dimension importante dans CLSS : la territorialisation.

Une « territorialisation » des politiques publiques

Deux feuilles de route sont rédigées pour les deux vagues de contrats : la première d'entre elles évoque une « *optique de développement territoriale des politiques sociales et de santé au niveau de la région bruxelloise* » ; la seconde reprend cette formulation et parle aussi de « mettre en place une programmation territorialisée de l'offre de services socio-sanitaires permettant un travail intégré et centré sur les personnes ».

L'insistance dans ces textes, et dans d'autres sur le contexte bruxellois, sur la notion de territoire et ses dérivés, ainsi que l'évocation fréquente des « habitants » ou du « local », la création de nouveaux échelons et la prise en compte du « quartier », s'inscrivent dans une logique de *territorialisation* : cette notion désigne un mouvement identifié par de nombreux auteurs à partir des années 1990, notamment en France, mais également dans la littérature internationale. Elle met en avant des évolutions dans les modes de construction de l'action publique. Si elle est parfois floue, on peut lui trouver quelques régularités, quels que soient les contextes.

1. La territorialisation évoque d'abord une localisation de l'action publique

La définition et le traitement des problèmes publics changent : transfert de nouvelles compétences, renforcement de l'autonomie, des moyens et de la légitimité des échelles qui permettent le développement de véritables politiques locales.

Cette localisation passe par un changement dans les modes d'action du pouvoir politique : comme on l'a déjà vu, le pouvoir politique régional agit de plus en plus via des dispositifs qui laissent des marges de manœuvre aux acteurs locaux, et cible des territoires avant des secteurs d'action. Ce travail a été fait en amont avec la participation de l'Observatoire : sur base de quatre indicateurs socio-sanitaires, neuf quartiers prioritaires ont d'abord été identifiés pour lancer les premiers CLSS ; les mêmes indicateurs ont été utilisés pour la deuxième vague afin de désigner les 9 quartiers suivants, avec une modifications tenant compte des « *réalités de terrain* »⁵ constatées par le coordinateur CLSS : dans la commune d'Anderlecht, le quartier Peterbos est priorisé par rapport au quartier Scheut.

⁵ C'est ce qui est indiqué dans une « note aux membres du collège réuni de la commission communautaire commune », juillet 2023.

2. Ces politiques territorialisées prennent la forme de politiques dites « constitutives »

Les politiques constitutives sont des politiques publiques à travers lesquelles l'Etat (ici : la région) propose des scènes de négociations locales/territoriales pour que les acteurs locaux élaborent eux-mêmes les programmes d'action publique : ces politiques ne disent pas « *quelle est la définition du problème et quelles sont les modalités de son traitement opérationnel. Elles se contentent de définir des procédures qui servent de contexte d'action* » (Duran, Thoenig, 1996).

Les politiques régionales passent alors d'une logique « top down » à des politiques invitant l'échelon local à agir pour et par elles-mêmes. C'est dans cette logique qu'il revient aux « partenaires » de s'entendre, d'identifier collectivement la définition des problèmes et les moyens d'agir sur ces derniers.

3. Diverses interprétations accompagnent la territorialisation des politiques publiques

Premièrement, la territorialisation renvoie à l'idée d'un changement d'échelle (Faure et al., 2007). Il s'agit de mettre en évidence un changement de cadre de l'action de l'Etat et des pratiques de gouvernement. Si changement d'échelle il y a, c'est que le cadre national et/ou régional perd du terrain comme cadre de gestion des affaires publiques, au profit d'espaces infra nationaux/régionaux (et, par ailleurs, supra nationaux), qui deviennent le nouveau référentiel, c'est-à-dire une base de représentations et de valeurs à partir de laquelle se construit une politique publique, d'où celle-ci trouve son fondement et exprime ses finalités. La territorialisation est donc ici un changement de cadrage territorial, sans que cela ne s'accompagne de disparition des logiques sectorielles, mais celles-ci prennent place dans de nouveaux espaces d'action publique.

Ensuite, la territorialisation peut aussi être vue comme une crise de l'approche sectorielle des problèmes économiques et sociaux. L'approche sectorielle s'explique historiquement par des rapports sociaux liés à l'institutionnalisation de mondes et de rôles professionnels, et l'intervention publique, organisée en secteurs, est venue réguler ces rapports sociaux. Ce mouvement de sectorisation de la société et de l'intervention publique trouve cependant ses limites dans les difficultés d'articulation entre les secteurs. S'agissant du social et de la santé, les frontières de ces secteurs sont évolutives au cours de l'histoire. Elles ont d'abord été

confondues : ainsi, au Moyen-âge, vulnérabilités sociales et sanitaires étaient indifférenciées, et la pauvreté n'était pas distincte de la maladie ; l'hôpital est à la fois un lieu d'hospitalité et de soin (Bussi, 2023). De nos jours, ces frontières sont de nouveau poreuses, et les pouvoirs publics enjoignent au décloisonnement.

C'est ainsi la prise de conscience des limites d'une approche verticale des problèmes sociaux qui pousse à une approche plus horizontale et plus « territoriale ». Il s'agit de mieux prendre en compte l'interdépendance et la spécificité des problèmes publics à une échelle réduite, inscrite dans l'agenda politique local.

Enfin, la territorialisation peut être considérée comme le passage à une forme d'institutionnalisation de l'action collective. Ce mode d'action publique repose sur un appel ouvert à l'action conjointe, entre services de la région, collectivités locale et autres acteurs locaux. Il ne s'agit plus de définir une solution unique à l'échelle régionale, quitte à ce qu'elle soit ajustée, mais de mettre en place des scènes de négociation locales ouvertes. Ce changement de modèle correspond donc à la fin d'une gestion publique standardisée.

On le voit, « territorialisation » et « partenariat » sont liés. Si le partenariat semble au premier abord une conséquence de la territorialisation, en réalité les deux processus se nourrissent l'un l'autre, le partenariat au niveau local renforçant, définissant et donnant de la chair à la territorialisation.

Objectifs généraux

Territorialisation et partenariat sont deux grands concepts dont les CLSS s'inspirent et, en retour, que les CLSS font exister. À la fois en arrière-plan et au cœur du dispositif, leur analyse nécessite d'obtenir des réponses à des questionnements portant sur les produits de la rencontre entre processus régionaux et processus plus locaux.

En effet, les CLSS ne sont pas un instrument que l'on vient plaquer et imposer de manière uniforme et homogène dans les quartiers. Comme tout instrument d'action publique, ils s'enchaînent toujours dans des contextes qui en façonnent l'appropriation (Halpern et al., 2014). De cette appropriation dépendent en largement les effets qui en découleront, en partant de l'hypothèse peu audacieuse que les effets d'une politique sont liés aux conditions de sa mise en œuvre. L'analyse consiste à identifier comment les acteurs, placés ici en situation d'interdépendance, investissent les espaces organisés de

concertation, convoquent arguments et savoirs afin de désigner et définir des problèmes, et, au bout du compte, produisent du sens pour l'action collective. Ils participent ainsi collectivement au processus de territorialisation, dans ses différentes dimensions, évoquées ci-dessus.

Il s'agit de se demander, de manière dialectique, en quoi les partenariats révèlent en même temps qu'ils favorisent la recomposition de l'action publique, c'est-à-dire de la territorialisation ; il s'agit, en même temps, d'interroger ce que leurs protagonistes en retirent et y perdent matériellement, professionnellement et donc symboliquement ; il s'agit, du même coup, d'examiner ce qu'ils produisent ensemble – des écrits, des savoirs, des compétences, des ressources, des acculturations, des socialisations ?

Différentes questions nous guident : quelles formes prennent les partenariats ? Quels effets produisent les partenariats ? Au nom de quels intérêts se constituent-ils ? Combien de temps durent-ils et quel temps prennent-ils à leurs protagonistes ? Qui y reste et qui en part ? Quelles tensions et conflits révèlent-ils et engendrent-ils ? Dans quelle mesure on peut déterminer la valeur ajoutée du partenariat ? ou alors dans quelle mesure les apports positifs du partenariat sont une idée reçue ? Le partenariat peut-il être une source de tensions ?

Nous proposons donc ici de restituer la genèse, dans des contextes donnés, de partenariats. Il s'agit moins de restituer un tableau général des pratiques partenariales que de resserrer la focale sur des pratiques localisées, qui posent les bases d'un travail ultérieur sur la mesure de la réduction des inégalités sociales de santé.

Méthodologie

Pour remplir les objectifs énoncés ci-dessus et appréhender les enjeux liés aux CLSS, plusieurs méthodes de collecte de données ont été mises en œuvre.

1. Littérature scientifique

Comme cela est visible dans l'introduction, s'appuyer sur la littérature scientifique permet d'orienter nos questionnements, de compléter et de se positionner par rapport aux analyses qui se sont développées ces dernières années, dans le cadre des modes de gouvernement « à distance » (Epstein, 2006), dans

lesquels le politique utilise des instruments plus incitatifs que coercitifs. Celles-ci discutent les notions vues précédemment, et des chercheurs se sont également penchés sur un dispositif français très proche des CLSS : les Contrats Locaux de Santé (CLS).

Les CLS sont issus de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Cette loi crée les Agences Régionales de Santé (ARS), qui ont pour but « *d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système* »⁶. Concrètement, le rôle de l'ARS consiste, à un niveau régional⁷, à coordonner les activités et à attribuer le budget de fonctionnement des hôpitaux, cliniques, centres de soins ainsi que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes. Cette régulation comporte une dimension territoriale (« *pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire* ») et économique (« *pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé* »).

Les ARS suivent chacune une feuille de route nommée « Projet Régional de Santé », qui s'inscrit dans une logique de planification et de programmation des moyens, en relation avec la stratégie nationale de santé. C'est dans ce cadre que l'article L 1434-17 de la HPST crée les CLS : « *la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'Agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social* ». Ce texte est complété par la circulaire du 20 janvier 2009 du ministère de la santé et du secrétariat d'état à la politique de la ville qui précise : « *le CLS a vocation à s'appliquer sur tous les territoires de santé définis par les ARS ; il devra cependant trouver une application particulière dans les territoires de la politique de la ville* ». En outre, l'objectif des CLS est de contribuer à la fois à la réduction des inégalités sociales de santé et à la réduction des inégalités territoriales de santé.

Les textes juridiques encadrant la création des CLS sont assez peu diserts sur les modalités de contractualisation. La Loi HPST ne donne aucune indication sur la gouvernance des CLS, tout au plus se limite-t-elle à préciser que les contrats peuvent être conclus entre l'ARS et les collectivités territoriales et leurs groupements, sans davantage de précision quant à l'échelle retenue, dont on suppose alors qu'elle peut aller du quartier à un groupement de communes. C'est donc aux partenaires qu'il

⁶ <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-qu'une-agence-regionale-de-sante>

⁷ En France, les régions sont au nombre de 18 (depuis 2016), dont 13 en métropole. Elles sont diverses du point de vue de leur superficie (8 680 km² pour la Corse, 69 711 km² pour Auvergne-Rhône-Alpes), leur nombre d'habitants (2 573 300 pour Centre-Val de Loire, 5 983 823 pour les Hauts-de-France), ou la densité de population (40 habitants au km² pour la Corse, 1025 pour l'Île-de-France) - Chiffres issus de l'INSEE.

appartient d'en définir les conditions d'élaboration, les contenus et les modalités de mise en œuvre.

La littérature scientifique relative aux CLS français touche à des thématiques proches des CLSS bruxellois : sociologie des instruments d'action publique, contractualisation, articulation des politiques régionales et locales de santé, décloisonnement du système sanitaire, collaborations et partenariats professionnels, réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, résistances ou adhésions que les contrats rencontrent.

2. Entretiens

Comme pour le premier livrable, des entretiens ont été menés avec les principaux acteurs chargés du déploiement des CLSS, principalement de la première vague : référentes-quartier, membres de coordinations sociales. Également, nous sommes allés à la rencontre de porteurs de projets : on entend par là une organisation (ASBL, CPAS, Centre Social-Santé Intégré, Maison médicale, SISP, Service de Santé mentale...) qui répond à l'appel à projets CLSS dans le but de porter un projet qui répond au plan d'action. Nous avons aussi rencontré des représentants d'organisations du cas spécifique du CLSS de Forest (équipe mobile). À ce stade, on peut noter une surreprésentation des acteurs et actrices du « social », qui est la traduction de leur présence plus importante dans les CLSS.

Les entretiens, dont la grille est dévoilée en annexe, ont été menés autour de mots-clés extraits des feuilles de route des CLSS 1.0 et 2.0, ainsi qu'autour de ceux du PSSI, et ceux mis en évidence dans la littérature : prévention des expulsions, non-recours, intersectorialité, partenariat, rôle du CPAS, relations avec le politique (régional et communal), participation des habitants, réduction des inégalités sociales de santé.

Tous les prénoms utilisés dans ce travail ont été modifiés pour garantir l'anonymat de personnes rencontrées. C'est également le cas pour les noms des projets.

3. Observations

L'enquête par entretiens comporte une limite : elle recueille des discours sur les pratiques, et risque de recueillir un discours convenu sur le partenariat. L'observation semble alors constituer l'outil privilégié pour enquêter sur les dispositifs partenariaux, en complément des entretiens.

À ce niveau de l'étude, il n'a été que très marginalement possible de recourir à ce type de méthode, sauf pour un projet particulier que nous suivons depuis sa genèse (et qui fera l'objet d'un rapport particulier). En dépit de demandes répétées auprès des référentes-quartier, la participation aux diverses réunions entre partenaires (« comités de suivi », « réunions de coordination », « COPIL »...) n'a pas pu se faire de manière active et répétée. Cela étant, il a été possible d'observer des réunions où des partenaires échangent des paroles sur un problème qui les concerne, tant sur les aspects organisationnels (financement, remontées administratives) que sur les solutions envisagées. Cette position a permis de recueillir des informations qualitatives sur les dynamiques en cours.

4. La méthode du « changement le plus significatif »

Dans la mesure où notre travail d'évaluation porte sur des éclairages à apporter sur des processus institutionnels et les notions évoquées précédemment, les indicateurs quantitatifs sont peu pertinents. On peut certes utiliser quelques indicateurs chiffrés recueillis par les organisations des CLSS elles-mêmes (nombre de personnes contactées, touchées...), mais ils peuvent ne pas être parlants quant à la « réussite » d'un projet en termes de réduction des inégalités sociales de santé et, quand bien même on pourrait parvenir à objectiver ces dernières, il reste difficile d'en attribuer la causalité aux seuls CLSS. Au sein de ce programme complexe, faits de processus mouvants qui s'ajustent et se redéfinissent au gré des réalités de terrain, les indicateurs quantitatifs traditionnels sont insuffisants.

Une façon de surmonter ces difficultés est de recourir à la méthode du Changement le Plus Significatif (CPS)⁸, en l'ajustant aux entretiens menés. Cette méthode de recherche et d'évaluation vise à identifier des domaines de changements perçus par les acteurs et les actrices d'un programme caractérisé par un grand nombre de parties prenantes. Dans notre cas, où le recours à des indicateurs prédéfinis n'est pas toujours approprié, il s'agit d'identifier des domaines de changement, qui sont autant de critères d'évaluation potentiels. Le cœur de la méthode est de poser aux personnes rencontrées des questions de ce type :

« En passant en revue les événements du mois dernier, quel a été, selon vous, le changement le plus significatif ? [dans tel domaine de changement] »

⁸ Voir <https://www.mande.co.uk/wp-content/uploads/2005/MS%20Guide/Franch%20translation%20of%20MS%20Guide.pdf>

« Parmi tous ces changements, lequel considérez-vous comme le plus significatif ? »⁹

En collectant des récits sur l'histoire des CLSS et leur évolution, on peut identifier des changements, les approfondir, les transformer en indicateurs, les hiérarchiser, les comptabiliser, et les systématiser, et ce d'autant mieux avec les personnes rencontrées à plusieurs reprises. Afin de ne pas s'enfermer dans les indicateurs prédéfinis (sur le partenariat) ou identifiés lors des premiers entretiens, il convient de toujours laisser une porte ouverte avec le domaine « tout autre type de changement », qui permet de faire émerger des thématiques « inattendues », comme celles des conditions de travail qu'on aura l'occasion de développer (dans la deuxième partie).

Cette méthode permet de faire le travail d'évaluation à trois niveaux : celui de chaque organisation d'un CLSS, celui des CLSS, et celui qui dépasse les CLSS.

Comprendre ce que cherche chaque organisation

Cette méthode ouvre la voie à une meilleure compréhension de chaque organisation. On peut supposer que ce qui est le changement le plus significatif est celui qui a le plus de sens, c'est-à-dire celui qui s'inscrit dans ses valeurs et ses objectifs. Cela permet donc d'identifier quelles actions sont valorisées, et d'engager une discussion afin de déterminer comment elles sont hiérarchisées. Bien au-delà d'un simple chiffre, la description de ces actions, de leur évolution, peut être utilisée comme un indicateur de départ qui ouvre la voie à des comparaisons dans le temps. Dans la mesure où l'usage de la méthode CPS ne nécessite pas de compétence professionnelle particulière chez nos enquêtés, elle est a priori compatible avec toute configuration et toute culture professionnelles.

Méthode d'évaluation générale des CLSS

La méthode contribue également à l'évaluation générale des CLSS en ce sens qu'elle fournit des données sur les dynamiques et les impacts que l'on peut utiliser pour analyser le dispositif dans son ensemble. Le recueil et l'analyse des entretiens permettent de dégager des régularités sur le fonctionnement des CLSS, ou de confronter des interprétations et appropriations différentes, et d'en trouver des explications, selon les configurations locales mises en exergue. De nombreux niveaux

organisationnels et opérationnels des CLSS peuvent alors être approchés.

Apports pour d'autres programmes d'action publique

Enfin la méthode du CPS, mais aussi les autres méthodes mobilisées ici, permettent de générer des connaissances et des recommandations exportables au-delà de la seule étude des CLSS. Si nous nous inspirons de la littérature scientifique existante, ce travail peut en retour nourrir les réflexions sur les programmes d'actions publique et leurs contenus. Dans la mesure où chaque CLSS, et même chaque projet, constitue une étude de cas en partie autonome, il est envisageable d'en tirer des hypothèses et de les faire dialoguer avec les cas étudiés dans la littérature, ainsi qu'avec d'autres études de l'Observatoire, qui montre des intentions, dynamiques et effets similaires (notamment le rapport Projets quartiers-Personnes âgées, 2022).

Avec comme fils rouges le partenariat et la territorialité, ce rapport permet donc de comprendre dans quelles conditions les CLSS se mettent en place, et d'approcher la réalité des manières de travailler des organisations, en posant des hypothèses quant aux effets sur les populations. Plus précisément, il s'attache dans une première partie à caractériser les approches partenariales, c'est-à-dire d'en présenter les multiples configurations, qui elles-mêmes reflètent une variété de raisons d'y participer. Les diverses raisons d'être « partenaire » mettent en avant un large éventail d'intérêts de l'adhésion à une vision idéale du partenariat jusqu'à l'inscription dans la démarche en fonction d'intérêts propres.

Cette diversité est pour partie liée aux dispositions et routines de fonctionnement des structures engagées, ainsi que de la capacité de leurs personnels à s'ajuster à la logique hybride social-santé. De cette dernière dépendent les socialisations réciproques entre professionnels, qui en sont la condition. Seulement, cette hybridation peut être contrariée par des intérêts professionnels parfois divergents, qui questionnent l'identité professionnelle de chacun.

Enfin, les enjeux liés à la territorialisation à d'éventuelles reconfigurations institutionnelles à Bruxelles alimentent la troisième partie.

⁹ Exemples donnés page 9.

Contenu des projets (selon la typologie de Schapman-Segalie et Lombrail, 2018)

Concrètement, que trouve-t-on dans les CLSS ? On peut balayer de façon quasi-exhaustive les projets en les incluant dans ces catégories :

1. Renforcement des capacités individuelles

Renforcer les capacités des individus afin qu'ils aient des compétences en matière de santé et puissent adopter des comportements favorables à leur santé ou les aidant dans leurs démarches administratives.

Les moyens envisagés sont l'information, l'éducation pour la santé et la formation des individus, qu'elle porte sur des questions de santé précises (apprentissage du secourisme par exemple), ou qu'elle vise plus largement à leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences en termes de compréhension d'enjeux (accompagnement pour médiation de dettes)

2. Renforcement des capacités des groupes et communautés

Dans une logique populationnelle, l'ambition est de renforcer les capacités des groupes et communautés dans le but de créer de la cohésion et du soutien social et ainsi, agir contre l'exclusion et l'isolement, mais également à renforcer la capacité des communautés à se mobiliser pour améliorer leur santé.

Exemple de « groupes » (individus qui partagent des caractéristiques communes, ces caractéristiques constituant la « cible » du projet) : prise en charge d'enfants pour mères célibataires activités pour seniors, accueil café au pied d'immeubles entre voisins, visite chez des personnes isolées...

3. Amélioration des conditions de vie et de travail

Créer des environnements favorables à la santé afin de diminuer les expositions aux risques des habitants et de favoriser l'accès aux biens et services ainsi qu'à des comportements favorables à la santé.

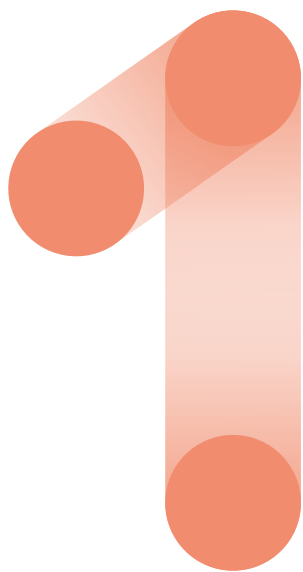
- la réhabilitation des lieux de vie et de travail
- la fourniture de biens matériels aux individus afin d'améliorer leur quotidien (ordinateurs, livres...), ainsi que l'accès privilégié à des services au moyen de tarifs préférentiels ou de subventions (restauration scolaire/solidaire, logement, loisirs, etc.)
- la mise en place de nouveaux services, par exemple pour faciliter la pratique d'une activité physique ou l'accès à une alimentation de qualité

4. Réorientation des services de santé

Permettre l'accès pour tous à des soins de qualité.

- Le rapprochement et l'adaptation des services aux populations.
- Développement de services et/ou consultations en dehors des structures de santé. Il s'agit d'aller à la rencontre des publics (consultations organisées dans les foyers de migrants, maraudes, équipes mobiles, médiathèque volante...)
- Mise à disposition d'informations adaptées aux populations (traduction multilingue des documents, recours à des médiateurs culturels et issus de la communauté...)-
- Accompagnement et suivi social pour aider les personnes à naviguer au sein d'un système de soins peu connu et de faire valoir leurs droits.
- Aménagement des services afin de prendre en compte les contraintes de certains groupes d'utilisateurs, des aménagements matériels facilitant l'accès pour les personnes handicapées au changement de plage horaire des services.
- Intégration et coordination des soins et des équipes.

Ces éléments sont développés dans la partie 2 du présent rapport.



Caractériser les approches partenariales

La première série d'enjeux liés à l'étude de l'action publique partenariale a trait à la déconstruction de cette catégorie d'intervention publique. Le sentiment de nouveauté qui peut accompagner l'apparition d'un nouveau dispositif est à relativiser : le partenariat n'est pas une pratique nouvelle chez la plupart des structures ou des travailleurs (A). Un des réflexes les plus efficaces pour dénaturer l'action publique partenariale est d'appréhender la diversité des perceptions de l'effectivité des formes de collaborations institutionnelles et professionnelles au sein des CLSS (B).

A. Des partenariats répandus, mais pas tous formalisés

La dimension partenariale est rarement inaugurale chez les acteurs des CLSS : c'est un mode de fonctionnement déjà connu et pratiqué, sous diverses appellations (1). Beaucoup de collaborations s'effectuent en réalité en dehors d'un cadre partenarial. On peut donc s'interroger sur le processus de labellisation qui conduit à catégoriser une politique ou un dispositif d'action publique comme « partenarial ». Le partenariat contractualisé est-il plus légitime ou plus important qu'un autre type de partenariat, et aux yeux de qui ? (2).

1. Un partenariat préexistant aux CLSS

La plupart des professionnels et des organisations impliquées dans les CLSS travaillaient en « partenariat », sous des appellations variées, dont la définition varie parfois : concertation, collaboration. Cette dernière est perçue comme étant un degré avancé de « partenariat », celui qui se rapproche le plus voire correspond au modèle idéal.

« Pour moi, un partenariat, c'est vraiment avec des structures qu'on voit régulièrement, ça peut être de l'intersectoriel, alors que si je dis « collaboration », c'est plutôt un contact de temps en temps et... pas très suivi »

« On avait déjà un contact particulier avec la maison médicale pour envoyer des bénéficiaires vers les activités de psychomot' qui ont lieu le mercredi après-midi. Et petit à petit, il y a eu une collaboration plus avancée. C'est devenu un partenaire privilégié. Donc ça a permis de... comment dire, d'officialiser quelque chose qui était informel, qui était un peu en germe et qui se faisait de temps en temps »

Que les liens soient « partenariaux » ou « collaboratifs », leur évocation montre qu'à des degrés différents, des relations existent déjà entre les structures. En parler en entretien suscite même souvent des remarques railleuses à l'égard du politique de la part des professionnels : *« c'est des choses qu'on faisait avant. Donc ça, je m'excuse pour eux [le politique], mais ce n'est pas innovant... »*.

L'utilisation de désignations différentes montre également que ces liens sont variables, ce qui est une première manière de mettre en avant la diversité des partenariats. D'ailleurs, les référentes-quartier et les CPAS n'ignorent pas ces liens, et c'est justement parce qu'ils existent que certaines structures ont été démarchées pour s'engager dans une démarche CLSS.

« On s'est vachement retrouvés dans la démarche. Avant de lancer le CLSS, ils [le CPAS] sont venus nous voir et nous ont dit « vous, vous allez taper dans le 1000, est-ce que vous allez proposer un projet ? » (asbl logement)

« La juge, elle nous connaît. Nous, on est [nom de la maison de quartier] et moi je la connais aussi. Je sais ce qu'il faut dire, comment rédiger les demandes. Tu lui donnes le bon machin, la juge d'appel est toute contente, « Madame, nous comprenons évidemment le bailleur, mais étant donné tata tata, nous demandons machin ». OK et voilà. C'est pour ça qu'on est venus vers nous » (Maison de quartier)

Dans certains cas, les CLSS viennent donc se greffer à des liens existants, pour les compléter. Les référentes-quartier s'appuient sur l'existant pour faciliter le travail de liaison entre structures, ce qui permet de s'inscrire dans une continuité indispensable à l'économie environnementale d'un quartier. En effet, certaines structures (autres que les CPAS) sont considérées comme « incontournables » : ne pas les impliquer serait se priver d'un « capital partenarial » déjà disponible, et constituerait une « faute diplomatique » :

« Je suis tout de suite allée voir [asbl]. Elle est là depuis 25 ans, tout le monde les connaît, ils ont un réseau quasiment dans toute la commune, ils sont incontournables. Si ils découvrent qu'il y a un projet dans le quartier sans eux, c'est presque une faute diplomatique (rires) ! Et ils auraient la capacité de tout démonter » Référente-quartier

Pour d'autres, minoritaires, le partenariat est soit une nouveauté, soit un renforcement de relations jusqu'alors lâches et irrégulières, désignées comme on l'a vu plus haut par « échanges » ou « collaboration ». Cette dimension nouvelle leur donne

l'impression d'être des retardataires : ils doivent en effet s'insérer dans un tissu associatif qui s'est développé sans eux, et dans lesquels ils doivent s'insérer sans (trop) bousculer les habitudes existantes :

« C'est tout nouveau pour nous la mise en place du projet, un projet collectif, on est confronté à toutes les réalités, tous les écueils que peut avoir la mise en place d'un projet communautaire. Nous, on se voit de manière trimestrielle avec les autres CLSS, on se rend compte qu'ils poursuivent une activité qui est en cours, où il y a déjà un historique d'activités, donc nous on est tout de suite à la traîne quoi... »

Ce dernier extrait d'entretien confirme les facilités que procurent la possession d'un « capital partenarial » pour s'insérer dans la logique des CLSS. Parfois présenté comme une innovation, le partenariat peut donc n'être que le maintien ou le renforcement des logiques existantes. Si le CLSS en fait une obligation, il n'en est pas toujours à l'initiative. Quand il en est à l'initiative, il révèle en creux l'état du tissu partenarial du quartier : les structures peu dotées s'insèrent alors difficilement, dans un premier temps, dans cette dynamique, ce qui est probablement un passage obligé avant de s'y inscrire pleinement. Les acteurs soulignent en effet la nécessaire « confiance » à établir au préalable, comme la représentante de cette asbl encore peu identifiée auprès de ses « partenaires » :

« On aimerait collaborer davantage avec les maisons médicales ou avec le service d'aide à domicile du CPAS. On espère que ça va fonctionner mais il y a de la méfiance et ça prend un certain temps avant que la compréhension soit là. On espère qu'à force d'entendre « nom de l'asbl », « nom de l'asbl », on nous connaîtra... »

2. Qu'apporte la labellisation « CLSS » des partenariats ?

Le déploiement des CLSS est l'occasion de pouvoir répondre à des attentes et des besoins constatés, parfois de longue date, et formalisés dans les diagnostic des référentes-quartier, notamment le fait d'être d'une démarche plus communautaire au niveau de l'accueil des personnes. Que les projets soient inédits, prolongent ou ajustent l'existant, ils visent à être dans une logique moins bureaucratique et plus personnalisée, en créant notamment des lieux d'accueil, accessibles à tous de façon inconditionnelle. Ces initiatives créent des effets attendus (interconnaissance, visibilité), qui surprennent les acteurs (changements d'identité), et répondent aussi, parfois, à des logiques indépendantes des CLSS (continuité avec l'existant et recherche de postes).

La garantie d'une continuité des projets

Pour certaines structures, l'ambition de partenariat passe inaperçue tant elle en est déjà le cœur de métier, comme on vient de le voir : elle va de soi, et l'intégration dans le CLSS n'est pas pensée dans ce but. Ainsi, ce directeur d'asbl dit que « quand ça fonctionne bien, on le fait avec ou sans financement, on n'a pas besoin de ça. À la limite, ça renforce le travail qu'on fait quoi ». Toutes les structures ne peuvent pas se permettre d'adopter ce discours : il est valable, c'est le cas ici, pour une association solidement et anciennement ancrée dans un quartier, avec une forte culture partenariale.

Cela étant, les discours qui minorent les apports du dispositif sont souvent suivis d'une inflexion : l'officialisation d'un partenariat apparaît comme la sécurisation de l'existence de relations de travail. En effet, si les acteurs associatifs rencontrés soulignent fonctionner principalement avec des relations informelles, celles-ci présentent l'inconvénient de ne pas obliger des partenaires dans la réalisation d'un projet. Il peut alors arriver que, selon leurs agendas, l'implication des uns ou des autres varie, voire disparaisse, et alors une charge de travail supplémentaire échoit aux partenaires restants. C'est le précédent qu'a vécu ce directeur d'asbl, ce qui le pousse à affirmer que la contractualisation, et les engagements pris réciproquement (comme la signature d'une charte dans certains CLSS, à l'initiative de référentes-quartier), entre partenaires, avec l'administration, ainsi que l'existence d'un agenda défini et d'échéances précises, garantit la continuité et l'aboutissement de projets :

« Des partenariats pour des associations comme nous, c'est souvent c'est très fluide. Parce que nous, souvent les ASBL, c'est quoi ? C'est une organisation de 2, 6, 10, 15 personnes. On n'est pas trop dans l'administratif, on n'a besoin d'une convention, non. On est tous decision makers, et puis on discute ensemble. Sauf cette fois-là où le projet s'est arrêté net (...) Et à un moment donné, on s'est demandé, est-ce qu'il faut qu'il y ait un contrat, ou est-ce qu'il faut qu'il y ait une convention... ? »

Également, dans une commune, le CLSS a permis de redynamiser une coordination dont les activités étaient jugées « en sommeil », notamment en raison de la crise sanitaire. Si ce contexte a, dans un premier temps, retardé la mise en route des projets (d'autant que les postes de référentes-quartiers sont occupées par de nouvelles venues au sein de la commune), le temps passé à découvrir le territoire, à créer ou redynamiser des relations, et à former

des groupes de travail, n'est pas pour autant perdu, puisqu'il sert la dynamique des CLSS. En cela, le calendrier des CLSS apparaît aussi comme un catalyseur pour relancer des actions et des partenariats préexistants, mis sous cloche depuis quelques mois. C'est ce que rappelle cet animateur :

« Notre fonction permet quand même, petit à petit, de rappeler, de raviver la connaissance du réseau. C'est-à-dire que ce sont tous des acteurs historiques, enfin, pas tous, mais il y en a beaucoup, des acteurs qui sont parfois là depuis 40 ans, avec des travailleurs, au sein de ces acteurs qui sont parfois là aussi, depuis 15, 20 ans, qui se connaissent tous, de très longue date, qui, à un moment donné de leur carrière, ont collaboré, de façon très intense, qui en ont eu marre à un moment, quelle que soit la raison, et qui ne collaborent plus, qui ne pensent plus les uns aux autres, et qui pourtant sont des réponses »

La connaissance d'autres structures

Le projet idéal-typique : « activités collectives contre l'isolement »

Ce projet est porté par un Service de Santé Mentale (SSM), dont le directeur est Bertrand. Le partenaire structurel est l'une des 16 Sociétés Immobilières de Service Public (SISP) de Bruxelles, dans lequel Nadia travaille au service social. Leur projet part d'un constat ancien, confirmé par le diagnostic de quartier : l'offre de services est sursaturée, et les services du quartier ne collaborent pas assez. Bertrand indique que le SSM est très souvent sollicité pour des demandes orientées par le réseau du quartier. Or, ces demandes ne sont pas ajustées au fonctionnement du SSM, qui privilégie un suivi individualisé sur le temps long, et n'a pas vocation à répondre à des situations de crise aiguës, ponctuelles. De son côté, Nadia, qui gère un parc de 3 400 logements avec seulement 4 assistantes sociales, n'est pas en capacité de répondre à toutes les demandes des habitants.

Le CLSS leur permet d'approfondir et de structurer des « collaborations » (Nadia) qu'ils ont déjà eues par le passé : il faut comprendre par-là que le dispositif ouvre la voie à un degré supérieur de collaboration qu'ils qualifient alors tous deux de « partenariat ». Celui-ci se concrétise par la création d'un lieu de liens : il s'agit du rez-de-chaussée d'un bâtiment que louait le SSM à la SISP. Ce projet bas seuil permet de proposer un espace réaménagé : les bureaux ont été décroissonnés, et des espaces ouverts, de rencontre et d'accueil, permettent aux habitants d'avoir accès à des activités/ateliers qui répondent à un besoin de « bien-être », d'« apaisement », de « déconnexion » par rapport à

leur vie quotidienne : yoga, ateliers pour la confiance en soi, activités pour femmes liées à la parenté...

Il s'agit d'un projet neuf, qui ne relève pas spécifiquement du cœur de métier de l'une des structures engagées : il n'est ni dirigé vers le logement, ni vers la pathologie psychiatrique. Il relève de questions plus transversales : isolement, santé mentale (au sens large : bien-être, charge mentale sur les familles monoparentales...).



Ces finalités à destinations des habitants se doublent d'une collaboration active entre le porteur du projet et son partenaire : en effet, chaque atelier soit co-porté/co-animé/co-pensé en binôme. De la sorte, Nadia et Bertrand défendent qu'en créant ensemble, on est obligé de se rencontrer et de comprendre la réalité professionnelle et les enjeux de chaque structure, ce qui permet une offre de services plus ajustée.

L'extrait d'entretien ci-dessous synthétise la vision que Bertrand et Nadia ont de leur projet :

« _ **Bertrand** : On est tous en réseau de manière...

_ **Nadia** : Informelle

_ **Bertrand** : Informelle, spontanée, lié à des moments de travail ou de suivi pour des personnes qu'on accompagne. Mais c'est vrai que le projet ici a permis de structurer un partenariat, ce qui est différent.

_ **Q ? Concrètement, ça change quoi par rapport à un réseau informel ?**

– **Nadia** : Là on **construit un projet ensemble**, donc sur la construction d'un projet, y a **deux visions du travail qui se rencontrent** et qui doivent s'articuler, donc **s'entendre**, donner de la place, faire des concessions aussi, c'est quand même très différent.

– **Bertrand** : Quand on accompagne des personnes Chez les uns ou chez les autres, y a pas ce travail de devoir **comprendre la réalité d'une autre institution, de voir ses missions, les limites d'une autre structure**. Typiquement, par rapport au [structure logement], **moi j'ai découvert** avec ce projet là que vous étiez 4 assistants sociales pour l'ensemble des logements [de la commune], alors qu'y a... 3400 logements.

– **Nadia** : On est arrivés au même moment et cette logique de partenariat elle était pas vraiment instaurée [structure logement où travaille Nadia], même si y a des contacts forcément avec des structures locales car nos locataires vont bénéficier des services, par exemple [centre de santé mentale de Bertrand], mais y avait pas vraiment de partenariat. Malgré que nos locataires fréquentent les mêmes structures, au niveau des institutions y avait pas vraiment de collaboration. Par exemple, l'équipe de Bertrand n'a pas forcément rencontré les assistants sociaux du [structure logement où travaille Nadia], et ces **premiers contacts ont permis aux équipes de se rencontrer**, et comme disait Bertrand de **comprendre le travail des uns et des autres**. Et là, comme on travaille ensemble, on doit **articuler nos logiques, nos façons de travailler, nos visions, pour pouvoir proposer...** Car on a un **projet commun** en fait, donc on doit pouvoir s'entendre sur le fonctionnement du lien qui doit **profiter à nos publics**. Chacun doit s'y retrouver. »

Cet entretien a été réalisé à trois, alors que j'avais sollicité individuellement Bertrand et Nadia. Nous nous sommes finalement tous retrouvés : on peut déjà voir dans leur initiative les effets concrets d'un partenariat effectif, dont le projet mérite d'être explicité collectivement.

Beaucoup d'éléments notables figurent dans cet extrait ; s'il amorce aussi quelques considérations que nous étudions plus bas, on peut considérer qu'on a ici la vision idéale du partenariat, telle que ses promoteurs voudraient qu'il s'épanouisse : cela correspond aux passages mis en gras. Il y est question de rencontre, de collectif, d'échange, de co-construction, d'enrichissement mutuel pour davantage d'efficacité, et de réponses apportées aux

problématiques des habitants. Si le discours est peut-être enjolivé, il existe (et pas que pour ce projet), et on peut faire confiance à nos interlocuteurs pour considérer que ça correspond à la réalité qu'ils connaissent.

Si ce projet a rencontré quelques difficultés de lancement (procédure de recrutement lancée en été, période « creuse » de l'année, retard important au niveau des travaux de démolition et de rénovation), ce retard a été une opportunité pour l'équipe de coordination qui a mis ce temps à contribution pour :

- Établir et formaliser sous forme d'une convention le fonctionnement du comité de pilotage du lieu de liens ;
- Établir les premiers contacts avec les professionnels présents/actifs dans la commune (comprendre leurs besoins, prospection pour d'éventuelles collaborations, publicité du futur lieu de liens) ;
- Construire l'identité du lien en collaboration avec le comité de pilotage

Après ces quelques mois laborieux, les intentions émises ont rapidement été suivies d'effets : par exemple, au SSM, l'accueil des patients est individuel (consultations psychologiques et psychiatriques, ethnopsychiatrie, logopédie, psychomotricité...) et les plages horaires de ces consultations sont rapidement pourvues. Dès lors, une série de publics qui ne trouve pas de place sont orientés vers le lieu de liens, qui fonctionne alors comme une « salle d'attente ». La proposition de passage dans une arène collective permet un autre type de prise en charge, collective, en attendant le retour à une prise en charge individuelle. La fréquentation du lieu de liens, illimitée, peut aussi être envisagée comme une expérimentation qui, si elle est considérée par des patients comme satisfaisante, compense ou même remplace la prise en charge individuelle.

Une autre présentation de soi et de ses missions

Les CLSS permettent de repenser son identité, à l'aune de la manière dont il a redéfini/élargi les missions premières. Prenons l'exemple de cette asbl qui, avant de s'engager dans les CLSS, se définissait (c'est notamment ce qu'on pouvait lire sur son site web), selon les propos de son directeur, comme luttant contre l'insalubrité dans les logements, effectuant du conseil à la rénovation, et proposant un

accompagnement juridique pour les locataires. La thématique « prévention des expulsions locatives » de la première vague de CLSS a conduit son directeur à inscrire l'action de sa structure dans les termes de l'énoncé :

« Nous, on ne se positionnait jamais comme un acteur qui lutte contre les expulsions (...) On ne se mettait pas en avant avec (...) Mais le projet CLSS nous a permis de réévaluer, en fait, quel est le travail concret qu'on fait et en quoi ça contribue aux préventions des expulsions. Donc la lutte contre l'insalubrité, c'est de la prévention des expulsions. Accompagner les gens dans des litiges par rapport à leur bail, à leur préavis, c'est de la prévention des expulsions, sauf qu'on ne l'avait jamais vu comme ça. Et donc, ça permet d'avoir une vision plus globale sur notre travail ».

La thématique définie par le CLSS est désormais intégrée dans l'identité de l'association : cela permet d'élargir la focale de ses missions, alors que ses activités restent globalement les mêmes. Cet exemple est d'autant plus remarquable que cette modification ne résulte même pas d'un partenariat avec une autre structure. Ce sont les conditions de réponse à l'appel à projets initial qui ont permis cette redéfinition. En y répondant, le directeur de l'asbl a ajusté son discours et a alors perçu ses missions de façon plus large, dans une logique qui correspond bien aux CLSS, à savoir une prise en charge holistique d'une problématique. L'appel à projets et les conditions qu'il impose pour y répondre ne sont donc pas que contraignantes (comme on l'a vu dans le premier rapport, avec des structures qui ont dû « jongler » pour entrer dans les cases), et s'engager dans le CLSS peut toucher de façon « positive » l'identité professionnelle de celles et ceux qui s'y engagent (à la différence d'exemples développés plus bas).

La possibilité d'obtenir des postes

D'un point de vue très pratique, la contractualisation d'un dispositif est synonyme de financement. Durant la phase des plans d'action, des structures ont présenté des projets, ont estimé leur financement et, éventuellement, ont demandé des postes pour les mener à bien. C'est le cas de cette maison de quartier : sa nouvelle mission pensée dans le cadre des CLSS lui apporte un indispensable 4/5^e temps :

« L'accompagnement à la recherche de logement sur un marché privé, c'est CLSS. [La maison de quartier] ne le ferait pas sans le CLSS, pas sans notre 4/5^e. Les ateliers collectifs, on les ferait, mais avec des bouts de chandelles » (Directeur)

Dans ce cas, l'obtention d'un poste répond à la possibilité de réaliser un projet nouveau, spécifiquement conçu dans le cadre des CLSS. C'est également le cas dans ce centre social, qui abrite un restaurant social : le CLSS permet à l'un de ses animateurs d'organiser des permanences sociales qui permettent d'orienter ses bénéficiaires, dont il ne pouvait avoir qu'une connaissance ténue auparavant, uniquement par une discussion entre deux portes, ou indirectement, via des collègues. Cette proximité avec le terrain entraîne une connaissance plus fine, qui elle-même incite à des réajustements plus fréquents du projet. De la même manière, ce centre social, pour son projet, a introduit une demande pour deux profils : une infirmière et un psychologue de rue, afin de « faire un travail de rue qualitatif avec les jeunes [migrants], de créer, de développer une certaine méthodologie de prise en charge, d'élaborer des partenariats, d'avoir une prise en charge plus cohérente que celui à l'heure actuelle ». Le projet CLSS répond ainsi à une carence identifiée dans la prise en charge des jeunes ; son financement envisage de le combler, puis de le rattacher à un autre projet antérieur au CLSS, ce qui entre bien dans la philosophie du dispositif.

Ces cas de financement de postes de travail répondent à un cheminement « idéal », dans l'esprit des CLSS : identification d'un besoin/manque, préparation d'un projet, subside pour le développer, insertion de ce projet dans l'environnement d'un quartier.

Dans d'autres situations, cette logique est parfois inversée, et il se peut qu'on se « serve » du CLSS pour poursuivre l'existant. Dans des structures qui, souvent, en manquent, et n'ont parfois pas la possibilité de mener à bien leurs missions faute de travailleurs en nombre suffisant, la possibilité de créer un poste ou de prolonger un contrat sur des missions déjà existantes est la première motivation pour s'y engager : « on a demandé deux équivalents temps plein, mais on avait déjà des partenariats avec d'autres structures, on a toujours travaillé en collaboration avec d'autres structures » (directrice d'asbl). Pour cette responsable d'un Pôle Social, le CLSS vient à point : il permet d'obtenir les moyens humains afin d'atteindre des objectifs définis précédemment et en-dehors du dispositif CLSS :

« On a on a décidé d'introduire le projet parce qu'on commençait à avoir de plus en plus des profils des jeunes en errance et on n'avait pas les ressources humaines, pour vraiment faire un travail qualitatif avec eux »

La contractualisation, et le financement qui en découle, génère des attitudes opportunistes : le CLSS est, pour certaines structures, une opportunité pour financer des postes qui, bien qu'ils s'inscrivent dans les objectifs du dispositif, n'ont pas été élaborés dans ce cadre particulier. Il s'agit donc de dire ici que l'engagement dans un CLSS n'est pas toujours le fruit d'une réflexion qui est spécifique à ce projet, mais qu'il s'inscrit dans le quotidien de structures à la recherche constante de moyens, qui cherchent des subsides pour des projets pré-définis ou déjà en cours. En ce sens, on peut dire que ce n'est pas le dispositif qui va chercher ses acteurs, mais plutôt des acteurs d'un quartier qui s'approprient et se saisissent d'un subside qu'ils espéraient.

Une plus grande visibilité des services proposés

Le partenariat entre deux structures permet de visibiliser l'action menée, et ainsi de mieux faire connaître les services à disposition. Par exemple, une asbl présente sur deux communes bruxelloises avait l'occasion d'être référencée dans le CPAS d'une de ces communes, qui orientait alors de la population vers elle. La mise en place d'un CLSS dans l'autre commune a fait en sorte que les assistantes sociales du CPAS de cette commune orientent à leur tour un public vers l'asbl. On se trouve ici dans une configuration classique : la contractualisation permet à des structures de se connaître les unes les autres, d'orienter la population vers des services qui correspondent à leurs besoins, et de servir de relais. Fréquemment, on nous fait part d'« informations qui remontent » de façon plus fluide qu'auparavant.

Ces échanges d'informations ne sont pas qu'inter-structurels : dans un cas, une asbl est parvenue à faire participer des habitants dans son travail de signalement de logements insalubres. Pour ses membres, il est souvent difficile d'accéder directement aux logements car « la précarité fait que les gens ont honte du fait que quelqu'un puisse entrer dans son intimité ». Partant du présupposé que le voisinage est plus à-même de parvenir à passer le seuil des portes, cette asbl organise de petites animations en bas des immeubles (notamment des petits déjeuners et des « accueils-café »), qui ont pour but de faire se rencontrer les voisins, de les sensibiliser aux questions d'insalubrité, et d'éventuellement leur faire prendre conscience de l'état de leur logement... ou de celui de leurs voisins, chez qui ils ont un jour pu se rendre.

« Notre concept, c'est qu'un voisin va venir vous rendre visite à domicile, passer du temps avec vous, etc. Le fait de ne pas faire confiance au voisin et d'avoir l'impression qu'il va voir des choses qui pourront diminuer l'image qu'on essaie de garder, tout ça, c'est des freins aux échanges. [Une concierge] disait que quand elle nettoie les couloirs, parfois la porte est ouverte et elle peut voir des choses terribles, juste furtivement (...) Là on a essayé de mettre en place un micro-réseau, juste dans ces cinq bâtiments, des affiches, on a fait des petits déjeuners, et maintenant, on a trois ou quatre dames qui vivent dans ce bâtiment et qui aident ailleurs ».

Parfois, c'est même en dehors de toute action volontariste qu'une structure sera davantage visible ou légitime : cette asbl de lutte contre la pauvreté et l'exclusion est associée avec une maison médicale qui, elle, est présente dans le quartier depuis 1981. Selon sa présidente, ce partenariat avec une structure « historique » et « connue par les habitants » lui apporte pour elle-même de la « reconnaissance » : « comme je sais qu'on parle de nous à la maison médicale, ça nous permet d'être davantage connu, surtout que ça vient d'eux quoi ». Il faut comprendre là que la légitimité associée à la maison médicale (par son ancienneté, et par la manière dont la présidente de l'asbl projette sur elle une image de sérieux) rejaillit sur sa propre structure, comme si elle en bénéficiait par procuration, avant même que ne se mette en place une collaboration effective entre professionnels de l'asbl et de la maison médicale. Dans un des CLSS, une école primaire a un rôle central : ce lieu a été considéré par la référente-quartier comme étant le plus propice pour toucher des habitants du quartier, à travers la parentalité. Selon ses constats, les habitants du quartier les plus éloignés des services de santé sont parfois réorientés vers le secrétariat d'une maison médicale ou le service prévention de la commune mais, dans les faits, ils n'y vont finalement pas en raison de divers obstacles. L'idée, dans le cadre du CLSS, était alors de proposer un accompagnement physique des personnes vers les services. Or, la mise en place d'un réseau grâce au CLSS, et en particulier avec l'école comme structure centrale, a déjà permis d'introduire de la confiance chez les parents d'élèves, si bien que l'accompagnement physique est peu mobilisé :

« L'idée, c'est qu'une personne de l'équipe vienne jusqu'à l'école et accompagne ce parent jusqu'à la porte, enfin pas jusqu'à la porte, vraiment jusqu'à un médecin, jusqu'au secrétariat d'une maison médicale. C'était un de nos objectifs quand on a créé le projet, c'était vraiment cet accompagnement physique. Parce que parfois, nous, on est dans notre association, on reçoit un

parent de l'école des devoirs le soir, on lui dit « vous devriez aller là, vraiment, c'est... ». Et on apprend pas après, qu'il n'y va pas. Parce qu'en fait, quand il est arrivé à cette association, elle était fermée et donc il y retourne pas ou il sait pas très bien quoi demander. Ce qui est marquant, c'est de voir que parfois on n'a même pas eu besoin de l'équipe. Le simple fait qu'une institution ait appris qu'une autre faisait un tel boulot, elle dit « ah bah alors, vous pourriez venir ». Par exemple, je pense que le service prévention est venu présenter son travail à l'école lors d'une réunion de parents. Et donc, en fait, sans l'équipe, le directeur de l'école [nom] a déjà pris un contact avec le service prévention »

Ce partenariat avec une école primaire en son centre permet aux éducatrices et éducateurs de celle-ci de contacter les personnels CLSS. Ceux-ci peuvent ne pas, dans l'immédiat, agir sur des situations parfois dramatiques rencontrées par des familles d'enfants qui fréquentent l'école. Mais leur travail consiste à prendre connaissance du nombre d'intervenants, et de leurs missions, autour de ces familles, et de transmettre au personnel scolaire, avec lequel un lien de confiance est déjà noué, les informations du réseau CLSS, et notamment les portes auxquelles frapper (ou ne pas frapper), comme nous le dit un de ces éducateurs :

« Nous, en toute humilité, on est éducateurs de l'école de vos enfants, on a énormément d'empathie, mais dans ce cadre-là on ne sait pas faire plus. Mais on peut se dire : Ok, quand la famille revient vers nous en position de victime, on n'est pas là pour les juger, ce qu'ils vivent, je comprends bien, mais l'école peut avoir cette information, avoir cette solidité, cet ancrage, de se dire : 'En fait, vous avez plusieurs acteurs autour de vous, comment ça se fait ? Et est-ce que vous avez recontacté tel service ? »

Dans ce cas, un partenaire central, l'école, est envisagé comme un lieu qui permet de court-circuiter des procédures qui, sans elle, seraient bien plus fastidieuses, en raison notamment d'une multiplication des interlocuteurs et de les freins contenus dans chaque relation. C'est là aussi une application concrète d'un objectif du CLSS au sein du parcours institutionnel, résumé par le coordinateur du projet : « éviter les carrefours et trouver les raccourcis ».

La question partenariale n'est donc pas spécifique aux CLSS. Les structures mobilisées dans ce cadre travaillent déjà pour une large part dans cette configuration. Dès lors, l'engagement dans les CLSS peut ne pas changer grand-chose à des modes de fonctionnement bien établis.

Cela étant, la contractualisation/officialisation de partenariats permet d'officialiser des relations qui, sans elle, pourraient s'arrêter sans possibilité de recours. Cela garantit donc une continuité des projets ; la contractualisation, permet aussi de renforcer l'existant, soit par de nouveaux subsides, soit avec la présence de personnel ; enfin, elle crée de nouvelles opportunités qui correspondent bien aux objectifs des CLSS, en termes de référencement des structures et d'élargissement de la définition du cadre des problématiques. Ces divers cas de figure sont à relier avec la situation de chaque structure : culture partenariale déjà présente, ancienneté, légitimité, modes de financement.

B. Des pratiques diverses du partenariat, avec des équilibres difficiles à maintenir

Le partenariat contractualisé n'est pas perçu de la même manière par tous les « partenaires » : si on peut s'entendre sur une définition commune (la réflexion puis la mise en œuvre commune autour d'un projet), cette définition est plus ou moins extensive, et connaît des modalités d'applications multiples (1). Dans les faits, le partenariat s'exerce dans différents espaces où se révèle la diversité (professionnelles, culturelles, historiques) des structures engagées dans les CLSS, ce qui peut constituer une source de tensions (2). Du fait de cette diversité des partenariats, sa mesure et son évaluation demeurent complexe pour les professionnels des CLSS (3).

1. La multiplicité des approches partenariales

« Moi, je pense qu'on dit « partenaire » à partir du moment où il y a une collaboration officielle qui se passe, que ça dépasse le service, que ça dépasse le « Tiens, je n'ai plus le numéro de machin, est-ce que tu peux me l'envoyer, s'il te plaît ? », ou quand c'est « Tiens, toi, tu as tel projet, moi, j'ai celui-là, est-ce qu'on ne mettrait pas nos efforts en commun ou machin ? » Ou c'est autre chose ? Je sais pas, t'en penses quoi toi ? Ils t'ont dit quoi les autres ? »

Cet extrait d'entretien avec la directrice d'une asbl qui agit pour la fin du sans-chez-soirisme montre l'incertitude des partenaires quant à la manière de définir un partenariat. Après avoir tenté de préciser le contenu du partenariat, elle nous interpelle en

espérant que nous puissions lui donner des grilles de lecture et savoir si elle est dans le « vrai », et peut être en imaginant que sa vision ne correspond pas forcément à celle(s) des autres. Si, comme on l'a vu précédemment, des partenaires ont établi entre eux des textes écrits relatifs à la manière dont le partenariat est mis en œuvre, pour beaucoup, il n'y a pas de texte particulier qui donne un sens à la collaboration ; quant à la feuille de route des CLSS, elle ne fixe pas non plus de canevas commun, précisément pour que chacun l'adapte aux situations locales.

Comme on l'a vu précédemment avec le projet « activités collectives contre l'isolement », le partenariat « idéal » repose sur la collaboration active de deux structures ou davantage, qui élaborent et mettent en œuvre ensemble un projet visant à réduire les inégalités sociales de santé. Il s'agit de la rencontre de structures qui exercent leur activité dans l'une des deux grandes thématiques des CLSS (« social » ou « santé ») ; ce partenariat permet, avec le temps, de mieux connaître l'autre, ses contraintes, des pratiques, sa culture, et de s'en inspirer ; à l'arrivée, ce sont les usagers/habitants qui en tirent des bénéfices avec une prise en charge plus complète, plus lisible, plus proche. Avant de parvenir à ce type de partenariat, d'autres formes existent.

Une question logistique

« _C'est un vrai partenariat, oui parce qu'ils [une autre ASBL] nous mettent la salle à disposition gratuitement mais...

_Mais...?

_Ça s'arrête un peu à ça ».

Dans cet extrait d'entretien avec le directeur d'une asbl, le partenariat prend forme dans une dimension organisationnelle : c'est la possibilité d'obtenir une salle qui le concrétise. D'un côté, l'interlocuteur défend l'idée d'un « vrai » partenariat ; de l'autre, il a l'air de regretter que celui-ci ne soit pas davantage poussé, comme s'il était incomplet ou inachevé.

Une proximité physique

« Depuis le début des CLSS, on voit davantage [maison médicale], donc le partenariat prend forme »

Ce coordinateur d'asbl d'aide à la recherche d'un logement locatif souligne le fait que le CLSS a permis à sa structure de mieux connaître les membres d'une maison médicale. Comme dans l'exemple

précédent, il indique que le partenariat a probablement vocation à gagner en intensité puisqu'il n'en est qu'à la phase où il « prend forme ».

Un « partenariat » unilatéral/non réciproque ?

« Il y a une maison médicale qui fonctionne très bien dans ce quartier-là. Eux, maintenant, ils nous réfèrent des personnes âgées isolées. Ça pour nous, ça vaut de l'or. Sans ça, on a du mal à les trouver. Est-ce que c'est un partenariat ? Eux, ils ne vont probablement pas le dire. Mais le fait qu'eux, ils ont notre affiche dans leur salle d'attente, que les gens prennent nos numéros, qu'ils nous appellent, et que les kinés [de la maison médicale] nous les envoient, pour nous c'est un partenaire très très important qu'on a pu obtenir grâce au CLSS ».

La directrice de cette association qui vise à réduire l'isolement social des personnes âgées note que les rétributions du partenariat ne sont pas les mêmes pour chaque « partenaire » : d'un côté, elle perçoit une forte valeur ajoutée dans le fait d'être associée à une maison médicale. Elle constate en effet que des affiches de l'asbl en salle d'attente, ainsi que le travail de référencement des professionnels, lui permet de toucher un public qu'elle aurait du mal à mobiliser ordinairement. Elle attribue directement cette réussite au CLSS. D'un autre côté, elle estime que la maison médicale et son personnel peut ne pas voir dans l'asbl un « partenaire », dans la mesure où, pour cette structure, il y a peu - voire pas - de nouveauté dans les routines de travail. Son personnel, grâce au CLSS, connaît l'association, mais son travail consiste « seulement » à (ré)orienter des patients (et parfois sans le savoir, si des patients voient l'affiche sans le partager). Nous sommes donc dans un cas où le partenariat est clairement identifié par l'un des partenaires, mais celui-ci imagine que l'autre structure ne considère pas le partenariat comme tel. Peut-on être un partenaire sans le savoir ?

En interrogeant le « coordinateur opérationnel » de cette maison médicale, celui-ci nous indique qu'il se considère comme « partenaire » de l'asbl en question dans la mesure où une convention CLSS a été signée. Mais en effet, ce partenariat, de son point de vue, ne produit pas (encore ?) de travail commun :

« Le CLSS a permis de formaliser le contact avec [l'asbl]. On la connaissait déjà mais c'est vrai qu'on n'a pas le réflexe d'orienter vers eux, même si je crois que les kinés - qui voient pas mal de personnes âgées - sont peut-être plus dans cette démarche-là. Là maintenant c'est plus systématique. Mais je peux pas dire que ça

nous apporte quelque chose en tant que maison médicale, ou alors la satisfaction d'imaginer qu'il y a une meilleure offre pour nos patients ».

Ce propos confirme qu'il existe une asymétrie dans les rétributions que génèrent certains partenariats. On peut dire que les rétributions se font sur différents registres : pour l'asbl, cela touche directement à son activité quotidienne, avec un meilleur référencement et un public plus élargi ; pour la maison médicale, selon les dires de son coordinateur, cela relève plutôt du registre cognitif/des représentations : il y a peu de répercussions sur le travail quotidien des professionnels (hormis la capacité à faire connaître l'asbl) ; mais la « *satisfaction d'imaginer* » une prise en charge plus qualitative pour le public. Autrement dit, il s'agit moins d'effets concrets que d'effets quant aux effets positifs que l'on projette sur le public.

Dans le cadre d'un autre CLSS, nous avons rencontré un cas assez similaire où, cette fois, c'est une asbl qui a le rôle de « rabatteur », c'est-à-dire de structure qui oriente le public. Cette asbl (également sur des problématiques d'isolement social) est en « partenariat » avec un service de soins à domicile : « *eux c'est les porteurs du projet, et nous on est leurs « fournisseurs » si on veut, dedans* ».

Ces asymétries dans les sens/directions des partenariats (d'une structure à une autre) s'expliquent en partie par la nature des activités de chaque structure et leur proximité avec les publics : bien entendu, les structures de première ligne, qui en sont le plus proche, ont davantage de probabilités de se voir orienter de nouveaux patients ; on peut aussi poser l'hypothèse que cela traduit la chronologie du parcours de soin des patients, à mesure que les problèmes sont identifiés.

Un partage des publics ?

Dans la lignée d'une partie du cas précédent, on observe, dans le cas d'un partenariat entre un service de santé mentale (SSM) et une association d'éducation permanente, non pas une démarche collective et égalitaire, mais plutôt une répartition des publics à « l'avantage » d'une des structures et au « détriment » d'une autre.

Entre autres activités, l'asbl propose une permanence logement où des locataires peuvent exposer les problèmes d'habitat qu'ils rencontrent (insalubrité, isolation, présence de nuisibles...) et, éventuellement, des conflits avec leurs propriétaires. La fiche-projet « logement et santé mentale » propose de prendre en charge l'impact des mauvaises conditions de logement sur d'autres aspects de la vie, et

notamment la santé mentale. Les missions de la permanence logement sont donc élargies. Sur le papier, nous sommes donc en présence d'un partenariat qui répond aux attendus de base du CLSS : la présence d'une structure dont les activités relèvent du « logement » (l'asbl), et d'une autre dont les activités relèvent de la « santé » (le SSM), avec une approche transversale entre ces deux domaines. Dans les faits, le partenariat est considéré comme « perdant » pour l'asbl, selon la perception qu'en a Eugénie, travailleuse sociale à la permanence logement :

« On essaie de corriger ça mais la psy a beaucoup tendance, surtout au début, à renvoyer les cas difficiles vers nous car elle a considéré que les problèmes de ses patients ne devaient plus se traiter avec ses compétences à elle »

D'après ses explications, la psychologue interprète l'élargissement de la problématique logement/santé mentale comme un problème uniquement « social » et non « social-santé », dans une logique qui n'est pas celle du partage de compétences entre professionnels. En somme, la psychologue « externalise » les patients dont elle ne souhaite pas s'occuper, comme si elle était tentée de déléguer à une structure non médicale la prise en charge de patients et de problématiques qui ne relèvent pas uniquement d'une pathologie médicale. Dans ce cas, le partenariat s'apparente davantage à un partage des publics qu'à une réelle collaboration.

En anticipant sur des éléments que nous développerons par après, le lancement de ce partenariat se rapproche d'un cas étudié par Cortesero (2020), à propos de partenariats conclus par un centre social : il explique que certaines structures se voient déléguer la part la plus ingrate du travail car elles sont en « partenariat » avec des structures dotées d'une identité et d'un prestige professionnel établis, qui les placent en situation de pouvoir imposer la manière dont les problèmes (et les patients) doivent être pris en charge. Nous développerons dans la deuxième partie les inégalités (financières ou symboliques) entre professions. Alors, les partenariats observés reposent sur des équilibres où entrent en compte des rapports de pouvoirs.

Notons qu'en plus, sur ce cas précis, Eugénie venait d'arriver sur son poste et découvrait Bruxelles : elle était dans une phase de formation sur son poste, et de formation sur la connaissance du paysage social-santé de la région. En plus de l'asymétrie professionnelle (travailleuse sociale vs psychologue), elle a été pénalisée par une expérience moindre sur le quartier et sur la thématique logement. Ses premières semaines de travail (avec un CLSS déjà lancé) ont été davantage consacrées à affiner la

connaissance de son métier qu'à s'affirmer auprès de son partenaire, notamment en tentant de rectifier les effets du partenariat : *« je ne connaissais pas du tout le secteur du logement, donc [l'asbl] m'a quand même bien formée, parce qu'on a eu une bonne expérience là-dedans, et ça a été beaucoup d'assimilation de tout ce qui existe déjà. C'était bien fatigant au début ».*

Finalement, le partenariat a été revu en raison de divergences au niveau de vision du projet : communication déficiente, pas de prise de décision collective, et incompréhension quant au profil d'un travailleur à recruter. Désormais, le SSM est moins impliqué.

Le point commun des quelques exemples mobilisés ci-dessous est d'avoir décrit des situations survenues précocement : en effet, les entretiens avec les protagonistes de ces CLSS ont été rencontrés assez tôt dans le travail de recherche. S'ils décrivent des situations qui s'éloignent de l'idéal partenarial, ils n'en sont pas moins des « partenariats », en tout cas vécus ou labellisés comme tels. Et quand bien même ils seraient « incomplets », « inachevés », perfectibles, ils ont initié des activités qui n'existaient pas auparavant, quitte à ce qu'elles soient ensuite interrompues. Surtout, comme ils ont été observés peu après le lancement des contrats, ils reflètent des configurations qui peuvent se présenter comme un préalable à un partenariat qui, par la suite, pourra être davantage « qualitatif » et ressembler davantage à une collaboration équitable. De nombreux entretiens que nous avons réalisés à une temporalité plus avancée des projets ont fait état de partenariats qui « marchent », après des phases difficiles sur lesquelles nous ne sommes pas revenus. La temporalité des entretiens est donc importante pour interpréter le récit de certaines difficultés. Il apparaît que certaines d'entre elles sont un préalable laborieux mais nécessaire à un partenariat sur les bons rails. Dans tous les cas, les partenariats peuvent donner lieu à des réalisations extrêmement différentes d'un lieu à l'autre et il est très difficile de généraliser.

2. Les lieux et les moments du partenariat : des enjeux organisationnels prégnants, sources de tensions

Lorsqu'il est question de partenariat, des problèmes pratiques surgissent immédiatement pour envisager les moments collectifs : où et comment réunir les « partenaires » ? Avec quelles incitations ? Quelles contraintes ? Pendant quel temps ? Qui assure la coordination ? Il nous a été possible d'observer des réunions où des partenaires échangent des

paroles sur un problème qui les concerne. Ces réunions ont le plus souvent lieu aux différents niveaux hiérarchiques du partenariat : on se réunit souvent entre personnes de même « rang », au niveau opérationnel. Si on trouve des directeurs ou des directrices de structures, il s'agit souvent de petites asbl, dans lesquelles gouvernance, pilotage et déploiement des activités sont assurés par les mêmes personnes : dans le secteur médico-social, le rapport de forces entre structures peut sembler plus équilibré que dans d'autres secteurs, étant donné qu'il s'agit plus souvent de « petites structures », de surcroît également associatives. Toutefois, dans les faits, les équilibres sont parfois difficiles à maintenir.

Des enjeux organisationnels prégnants

« Bureau », « comité de liaison », « comité d'accompagnement » : pour s'y retrouver, les professionnels disposent de plusieurs arènes qui sont autant un atout qu'une contrainte. Dans ce type de démarche partenariale, les enjeux organisationnels en viennent parfois à devenir les principaux sujets de discussion entre « partenaires », les discussions sur le fond des problèmes traités étant largement délaissés. Lors des premiers mois après le lancement de la mise en œuvre des CLSS, beaucoup de professionnels déplorent le grand nombre de réunions, à un point tel qu'ils ont du mal à les identifier, à se rappeler auxquelles ils sont allés, et pourquoi. Dans les premiers mois, l'inflation administrative a été le 1er résultat des CLSS !

« Les réunions CLSS qu'on fait tous les... je ne sais pas si c'est deux ou trois mois, moi, ça me... C'est parfois un peu frustrant, parce que ça prend énormément de temps, ces gens qui parlent beaucoup, nous, ça ne nous apporte rien, et puis on perd trois heures à faire ça. Après, ça commence à avoir du sens, les réunions s'améliorent » (Directrice asbl)

Comme on le voit dans cet extrait, les discussions autour des enjeux organisationnels sont probablement un passage pénible mais nécessaire pour tous. Il y est question de s'accorder sur les règles collectives, sur la répartition et le bon usage des financements, sur les délais des livrables et leur contenu, sur les recrutements, ou sur des problèmes pratiques tels que des projets collectifs portés par des structures aux conditions de travail différentes. Par exemple, l'un des CLSS est porté par un consortium et par plusieurs animateurs, qui sont recrutés soit par le CPAS, soit par une maison de quartier : les institutions n'ont pas les mêmes statuts donc, très concrètement, pas les mêmes congés, et ne sont pas reliées au même service informatique. Sont-ils

d'avantage « CPAS » ou d'avantage « maison de quartier » ?

Dans un autre cas, Benoît, coordinateur d'un projet, est dans une situation ambivalente. Sa clarification est fondamentale car elle détermine son champ d'action et de compétence. Travailleur social d'une asbl spécialisée dans l'aide juridique au logement, il est détaché d'un CPAS : a-t-il l'étiquette et les conditions de travail CPAS ou asbl ? La distinction est fondamentale car, en tant qu'employé du CPAS, il est alors légalement disposé à recevoir des requêtes en justice de paix, ce pour quoi le CPAS est mandaté. Il a été convenu, avec sa cheffe de service, que les requêtes sur son quartier lui seraient directement transférées. De là découle une bonne partie des conditions de réalisation du projet. Le flou juridique et administratif qui peut entourer certaines situations peut donc être mis au service d'un projet, en modifier les ambitions, car l'éventualité que Benoît reçoive les requêtes en justice de paix n'avait pas été envisagée initialement.

Tout ce travail d'ajustement prend du temps, notamment en début de projet. Les premières réunions sont l'occasion de faire puis renouveler des tours de table, où chacun se présente, ainsi que l'activité de sa structure, avant que les relations ne se développent. La mise en route est laborieuse, et génère à certains moments du dépit, comme le montre cet échange avec ce responsable d'une maison de quartier :

« _Q ? Est-ce que dans ce genre de réunion, finalement, vous parlez du fond ?

_Non.

_Q ? Ou est-ce que, finalement, ce n'est que des problèmes administratifs ou financiers ? _C'est que des problèmes. À 90 % ».

Par la suite, surtout pour les recrutements, ils évoluent et peuvent de nouveau, ponctuellement, susciter d'après discussions, d'autant que le turnover des personnels est important (voir plus bas). Parfois, des projets ont été pensés sur une base avant d'être revus (un mi-temps au lieu d'un ETP), ce qui modifie leur ampleur, l'intensité des partenariats, ou l'étendue des réalisations possibles.

« Avec nos projets, on a dédoublé le nombre de réunions, il y a un bureau par mois, il y a deux AG, il y a des sous-groupes de travail, etc. Mais ça, c'est parce qu'on l'a voulu. Et s'il n'y avait pas ces réunions, alors le projet tombe ». (Référénte-quartier)

Ces discussions sont indispensables au démarrage des projets, mais même si d'elles dépend la réalisation du projet collectif, elles portent souvent sur des cas individuels, qui font intervenir un travailleur avec une référente-quartier qui, par sa position d'interface, se charge de trouver une solution. Dans ces conditions, il nous est arrivé d'observer des moments où certains participants semblaient s'ennuyer. Certes, il faudrait introduire des nuances : tous les participants ne s'ennuient pas et tous ne s'ennuient pas de la même façon et au même degré. Mais l'impression est bel et bien là. Certains participants ont l'air peu à l'aise, d'autres ont une attitude détachée (regards au-dehors, yeux baissés, soupirs...). Comme pour d'autres éléments évoqués précédemment, ils sont a priori loin de correspondre à l'idée du partenariat « idéal ». Il ne s'agit en aucun cas généraliser ce propos à tous les participants, mais il convient cependant de ne pas ignorer cette « impression » ethnographique qui ne semble pas être seulement le produit d'une configuration singulière, mais plutôt résulter de contraintes propres à ce type de dispositif (on y revient plus bas).

Parfois, ces moments de désintérêts apparents peuvent être liés au fait que les représentants de chaque structure ne sont pas compétents sur tous les points abordés. Un point financier spécifique ne sera peut-être pas connu d'un assistant social. Le cas spécifique d'un mineur étranger non accompagné suivi par un éducateur de rue ne le sera peut-être pas par le directeur d'asbl.

« Une des limites qu'on a pu voir à quasi chaque reprise, c'est que les rencontres se tournent fort sur les discussions qui m'appartiennent plus. Moi j'invite [un assistant social] parce qu'il a toute sa place à prendre mais les questions réglementaires, ça le concerne moins. On peut faire un temps terrain et un temps plus administratif. Il faut que chacun s'y retrouve au niveau de discussion. Et c'est vraiment compliqué » (Directrice d'asbl)

En outre, parce que le temps du CLSS n'est pas le temps des contraintes propres des structures, engagées sur d'autres projets ou n'étant pas en capacité de s'impliquer de manière toujours stable dans ce projet partenarial, des travailleurs moins concernés ou moins compétents sur une discussion peuvent être envoyés dans des réunions dans lesquelles il leur est difficile de suivre et de comprendre avec précision les échanges.

Si les promoteurs et responsables rencontrés se montrent unanimement convaincus que l'intersectorialité, à toutes les échelles, constitue « l'avenir de la santé », ce n'est pas forcément le cas de leurs

personnels qui peuvent avoir le sentiment d'une certaine tendance à la « réunionite » qui réduit le temps passé avec les publics, qu'ils considèrent comme leur « vrai boulot » (Bidet, 2010)¹⁰. Cependant, le temps passé avec les publics nécessite aussi des ajustements, plus ou moins importants selon le degré de nouveauté des projets et de l'expérience des structures. Les éléments que nous posons ici ont été constatés surtout durant les premiers mois des projets ; par la suite, les relations se fluidifient, comme le note cet animateur : « *après, ça fait que deux ans, un an et demi que ça existe. Il y a quand même beaucoup de choses qui sont déjà améliorées. Les réunions sont beaucoup mieux. Les documents commencent plus ou moins à prendre forme* ».

Les nombreuses réunions mettent au jour la difficulté de travailler en partenariat, tant les enjeux organisationnels, dans un premier temps, sont prégnants. On observe néanmoins un avantage : c'est souvent de compter parmi les salariés des travailleurs dont le métier est précisément d'être dans des positions d'interface : animateurs, éducateurs ou responsables d'asbl en capacité d'être médiateurs entre enjeux.

Rapports de force et tensions

Les difficultés peuvent dépasser les seuls enjeux organisationnels. En effet, des rapports de forces apparaissent. Si la faible représentation de médecins ou de professionnels de santé en libéral limite les relations entre professionnels dont les secteurs sont organisés de façon fort différente (milieu médical plus hiérarchisé face à des travailleurs sociaux davantage organisés en associations de petites tailles et acculturés au travail collectif), le partenariat fait tout de même se rencontrer des acteurs qui peuvent se retrouver dans des relations déséquilibrées.

L'irruption de nouveaux acteurs comme risque de déséquilibre dans le quartier

Comme évoqué en introduction, les CLSS s'insèrent dans des quartiers dont l'histoire a été façonnée en partie par des acteurs et des structures encore présents sur le territoire. Autrement dit, ils n'arrivent pas sur un terrain vierge et les partenariats nouvellement noués ne peuvent prétendre bousculer les dynamiques de long terme et la manière dont le tissu partenarial déjà existant et les acteurs présents s'inscrivent dans des routines de travail, vis-à-vis de leurs publics, des territoires sur

lesquels ils agissent, et des relations entretenues. L'arrivée d'un nouveau projet, financé à hauteur de montants qui peuvent paraître très élevés pour certaines asbl économiquement fragiles peut être mal perçue. Cette conscience de s'immiscer dans une économie locale et d'y trouver légitimement sa place est une préoccupation pour cette référente-quartier :

« *C'est beaucoup d'argent donné dans CLSS et le PSSI : quel message ça donne à des gens qui font déjà le travail depuis longtemps ? On est souvent mal à l'aise* ».

La coordinatrice d'une asbl qui lutte pour la fin du sans-abrisme se rappelle que lors de création, en 2011, l'insertion dans le quartier a été difficile du fait de la présence de structures dont les missions sont similaires :

« *Les fonds sont arrivés, malgré quand même un antagonisme assez fort dans le secteur, parce qu'il y avait beaucoup d'associations qui étaient là depuis longtemps, qui disaient : mais vous, vous êtes qui ? Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ont considéré que l'association aurait inventé l'eau tiède quoi* »

Selon elle, l'arrivée de nouveaux acteurs ou de nouveaux projets est toujours perçue de façon ambivalente : d'un côté, on salue la possibilité d'une nouvelle forme de suivi des publics et de nouvelles collaborations ; de l'autre, on s'interroge sur les raisons qui justifient cette arrivée : le travail fait jusqu'alors par eux est-il considéré comme insuffisant, ou « mal » fait ? Et pourquoi les subsides sont versés à de nouveaux projets et à certains acteurs alors qu'ils pourraient servir à renforcer des actions qui ont déjà une connaissance du quartier, de ses habitants, et ont a priori prouvé leur compétence et leur expertise ? Cela montre que des acteurs historiques, c'est-à-dire présents sur un territoire depuis plusieurs années, ont tendance - et peut-être à juste titre - à considérer qu'ils sont plus légitimes à y agir, et cette perception est partagée par les nouveaux venus.

Cela suggère que des structures sont plus ou moins identifiées et légitimes, et cette forme de hiérarchisation est ressentie, notamment chez les derniers arrivés, comme une forme de « *violence symbolique* », que l'on peut définir comme une « *violence euphémisée des rapports de force, de pouvoir ou de domination*¹¹ », qui s'exprime dans les interactions au cours des réunions partenariales. C'est le cas de

¹⁰ Cette remarque est également valable pour le temps consacré à mesurer et évaluer sa propre activité : Le temps passé à ce travail demande un investissement logistique et administratif qui est pris au détriment de la mise en œuvre du partenariat en pratique.

¹¹ Dubois Jacques, Durand Pascal and Winkin Yves, « Aspects du symbolique dans la sociologie de Pierre Bourdieu », CONTEXTES [Online], URL : <http://journals.openedition.org/contextes/5661>

cette travailleuse sociale d'une asbl d'éducation permanente, dont la jeunesse de l'existence se double d'une arrivée récente sur son poste, et à Bruxelles (elle travaillait auparavant en France) :

« Quand j'ai entendu [une maison de quartier] parler de son projet, c'était un peu performatif, et très assuré, très « nin-nin, on fait ça », j'ai fait « boah ben... ». Nous on est dans le début d'un truc, on cherche, et moi ça fait qu'un an que je suis là. Pour le moment on n'a pas de liens ».

L'assurance qu'elle perçoit dans le discours du représentant de cette maison de quartier, ancrée depuis plusieurs décennies, centrale, aux partenaires multiples (son site internet en recense 19 - 7 régionaux et 12 locaux - et met en avant 9 pouvoirs subsidiaires) lui renvoie un « complexe d'infériorité », qui la pousse à en parler en le raillant.

De la même manière, la coordinatrice d'une asbl nous parle de la coordinatrice d'une grosse asbl présente depuis plusieurs décennies dans une commune, et dont les locaux accueillent de nombreuses activités. Elle indique la côtoyer en réunion, où elle ressent qu'elle dégage non seulement un sentiment de légitimité historique, mais aussi une capacité à prendre souvent la parole et à souvent orienter les discussions et les solutions proposées dans la lignée de ce qu'elle pratique elle-même depuis des années. Agacée, elle nous confie qu'« avec [nom de la coordinatrice], on ne peut pas en placer une ». Le récit de cette relation conduit à penser que les formes de domination peuvent aussi s'exprimer dans la capacité et la fréquence à prendre la parole. A ce titre, c'est une compétence qui n'est pas le monopole des « historiques » ; cette directrice d'asbl de défense des locataires en témoigne : « eux [nom d'un représentant d'asbl], on les connaissait pas trop mais ils sont très bavards, on a été un peu surpris au départ... on les découvre ».

Le sentiment de légitimité supérieure que peuvent ressentir des acteurs peut aussi se traduire par la mise en avant de sa connaissance du terrain, de ses structures et de leurs missions, pour la comparer à celle d'autres, perçue comme moindre. C'est ce qu'on perçoit dans les propos de cette directrice d'asbl, qui regrette le temps perdu en réunion car « un truc qui manque énormément dans le secteur, c'est la connaissance de la carte sociale. Je ne connais personne qui la connaît entièrement ! (...) Chaque ASBL ou chaque organisation fait son plaidoyer dans chaque réunion d'équipe, moi, je pense que ce n'est pas vraiment utile parce qu'après c'est vite oublié. Il y a un souci de formation »¹².

Cette dernière réaction montre de manière latente l'idée que la légitimité est liée à l'ancienneté. Pour les acteurs « historiques », il n'y pas nécessairement, dans les partenariats, d'opposition de principe. Cependant, ces protagonistes ont nécessairement à considérer leur place dans la conception et la réalisation des partenariats, ainsi que leur espace dans le quartier.

Des acteurs différemment impliqués

L'ancienneté des structures et des travailleurs, la configuration des partenariats, la « culture partenariale » historique de chacun (vue précédemment), le temps dont disposent les uns et les autres déterminent le degré de familiarité avec les enjeux en présence et la capacité à s'y impliquer. En somme, l'implication des acteurs et des structures dépend des configurations dans lesquelles chacun se trouve. Une référente quartier constate que l'implication dépend « du temps de chacun », et qu'aucune réunion ne ressemble à une autre, ne serait-ce que parce que les participants ne sont pas les mêmes. Dans un secteur où le turn-over des personnels est importants, la possibilité de fidéliser les travailleurs aux contrats courts est par définition difficile à établir. Dès lors, la continuité de l'engagement de la structure est saccadée. La complexité du dispositif CLSS suppose une acculturation progressive qui ne peut être accomplie en cas de participation à peu de réunions.

« Quand il y a du turn-over dans l'équipe, c'est plus compliqué, pour des gens qui arrivent dans une structure, on leur dit 'ah oui, demain, il y a l'AG du projet CLSS'. Faut déjà comprendre ce que ça veut dire, vas-y... Là, en l'occurrence, il y a quelqu'un de l'association de promotion de la santé qui suivait le projet depuis longtemps, qui est parti récemment suite à la fin d'un projet. Je ne sais pas si on aura quelqu'un d'autre de cette structure. L'asso était très impliquée aussi, donc je ne dis pas qu'ils ne seront pas là ».

Par ailleurs, même si leur structure l'est, la plupart des participants aux réunions CLSS ne sont pas spécifiquement et personnellement rémunérés pour leur participation au dispositif. En outre, il arrive que soient présents aux réunions des travailleurs dont la structure n'est même pas financée par le CLSS. Leur présence se justifie par la possibilité pour eux d'entretenir leurs relations institutionnelles ou d'accéder à des publics qu'ils ne touchent pas avec leur activité propre. Cependant, ils ne sont pas financés pour ce temps qu'ils donnent au

¹² Consciente que cette connaissance de la carte sociale requiert un long travail d'acculturation, elle suggère qu'au sein de chaque CPAS un poste soit dévolu à la formation des professionnels afin que ceux-ci sachent orienter les publics de façon plus efficace.

projet, temps qui leur est difficile de le valoriser dans un rapport d'activités. Le dispositif contient donc un large éventail de degrés de participation, et révèle aussi un travail partenarial invisible pour ceux qui ne sont pas financés mais trouvent un intérêt à y venir.

On remarque aussi que lorsqu'un projet a passé le cap de la mise en route et de ses lourdeurs administratives, certains acteurs se permettent plus facilement de ne pas participer aux moments collectifs, comme cet animateur d'une asbl luttant contre le sans-chez-soirisme : *« le projet tourne bien depuis quelques semaines, et comme j'avais d'autres urgences, je ne suis pas allé aux deux dernières AG »*. En plus du temps disponible, la participation dépend ainsi de la perception que le CLSS prend dans la hiérarchie des préoccupations ou des « urgences » de chaque structure. Ici, une petite asbl financée à hauteur de 16 000€ par le CLSS « oblige » sa directrice à s'y rendre, même si elle manque de temps ou ne trouve pas les réunions toujours utiles : *« c'est beaucoup d'argent. Il faut quand même le faire. Mais quand tu vois, par exemple, [nom de l'asbl] est financé par 15 sources différentes, tu peux t'imaginer que je peux pas aller partout... »*.

Pour d'autres raisons, l'assistante sociale de cette asbl place la participation aux réunions liées au CLSS comme tout à fait prioritaire, car l'agenda de sa structure est justement orienté vers la recherche de liens et de partenariats :

« Moi je trouve hyper important toujours d'être en réunion justement pour créer ce lien avec les partenaires et pouvoir être beaucoup plus facilement joignable si besoin de notre service. Je pense que venir au Copil, ça permet un autre type de lien encore plus fort peut-être qui permettra d'appeler le partenaire plus facilement. C'est de ça dont on a besoin »

Pour d'autres, la relation au CLSS est fort différente. Comme on l'a précédemment vu, l'appel à projets peut susciter des réactions « opportunistes », dans le sens où il permet de prolonger un projet qui sans cela aurait pris fin. En pareil cas, le CLSS n'est pas nécessairement innovant mais offre la possibilité de maintenir des activités qui sont sur les rails. Dans une telle configuration, on comprend que le nouveau financement ne perturbe pas des routines de travail bien établies dans la structure. Or, le prolongement de ces habitudes invisibilise le fait qu'elles s'inscrivent désormais dans un autre cadre, celui du CLSS, avec ses contraintes propres, et notamment la réinscription des projets dans une dynamique collective en partie nouvelle. C'est ce qui explique que certains se rendent alors aux réunions à reculons, avec une certaine crainte de voir

changer des modes de faire très ancrés. Par exemple, cette directrice d'asbl ne voyait au départ pas l'intérêt de se rendre aux moments collectifs, considérant que son action restait la même avant et pendant la durée du CLSS. Mais après avoir perçu quelques modifications dans la manière de prendre en charge les publics, elle a commencé à s'y rendre, avec une stratégie « conservatrice » qui, dans les faits, allait à l'encontre de la nouvelle dynamique impulsée par les autres structures :

« En fait on a eu moins de visite, et on comprenait pas que des personnes ne reviennent pas. Et on a compris qu'ils se rendaient chez [asbl] accueil de sans-abri. Je vais pas dire que notre activité devenait sans objet car on a toujours du monde mais... Moi je trouve que l'intérêt est de s'appuyer sur ce qui existe depuis des années, et d'asseoir ça avant de penser à autre chose. Donc voilà, moi j'y vais euh... je fais pas obstruction mais je rappelle que je suis là ».

Ce discours reprend quelques-uns des éléments vus auparavant : sentiment de légitimité « supérieur » du fait de l'ancienneté, rupture dans les habitudes de travail d'une structure, irruption de nouveaux acteurs et d'un nouveau projet qui redéfinit les objectifs et la répartition des publics... On note aussi le sentiment de propriété projeté sur ses publics (un discours que nous n'avons entendu qu'avec cette interlocutrice). Ces facteurs l'incitent à freiner certaines idées novatrices, ce qui certes ralentit dans un premier temps une dynamique que l'on imaginait plus fluide, mais qui fait entièrement partie du processus de déploiement des projets, qui nécessitent ajustements, révisions, et questionnements pour que l'équilibre d'un quartier ne soit pas chamboulé.

À l'extrême, nous avons aussi été confronté à une stratégie d'évitement complètement assumée. Au sein d'un service social de quartier, le CLSS permet de financer deux travailleuses, et le rapport au projet d'une de ses animatrices semble s'arrêter là :

« Je vais pas te mentir : on s'en fout un peu. Nous, ce qui nous intéresse, c'est d'avoir nos deux temps pleins qui peuvent travailler et puis après ça, il y a la recherche de crédits. Et au final, que ce soit CLSS, truc, machin, on s'en fout (...) Je pense que d'autres pensent différemment. Mais moi ça me dépasse, je ne comprends plus rien et moi je m'occupe de mes deux travailleuses pour qu'elles puissent mettre en place un projet qu'on a repéré et qui est sur le territoire (...) Les CLSS vont pas changer la complexité des questions. Ce sont des problèmes structurels ».

La distance au projet semble ici justifiée par l'urgence dans laquelle travaille la structure : puisqu'il faut parer au plus pressé et assurer aux travailleuses de bonnes conditions de travail afin qu'elles mènent à bien leurs missions, le CLSS est avant tout perçu comme la possibilité d'obtenir un financement, comme si la structure était dans une position passive de « consommatrice », sans rendre au CLSS la contrepartie théoriquement attendue d'un partenariat, en interaction avec d'autres acteurs. Le propos est cynique et révèle aussi des problématiques liées aux travailleurs, sur lesquelles nous nous attardons dans la deuxième partie. Pour cette structure, participer au collectif se limite à s'assurer que le financement perdure, et pas de s'inscrire dans une démarche de groupe.

C'est ici que certaines impressions évoquées plus haut nous apparaissent davantage interprétables : la gêne, l'ennui, le silence, révèlent finalement les différences d'implication de chacun, et la plus ou moins grande distance au projet, selon ses priorités et ses intérêts propres. Ce regard distant ou oblique que des participants portent sur le dispositif et sur leur participation aux réunions est, au moins en partie, à l'origine de l'impression d'ennui et de gêne de certains participants. Pour certains participants, les échanges paraissent décevants (de fait il n'y en a pas beaucoup, ils ne changent pas leurs habitudes de travail, et n'apparaissent pas innovants). Pour d'autres, il tient au fait qu'ils ne sont pas venus pour discuter : ils sont présentes afin de vérifier que les subsides demeurent ou que l'on n'empiète pas sur leur activité. On constate donc des inégalités (tant de possibilités que d'intérêts) dans la mise en œuvre et le suivi du partenariat.

La possibilité de dépasser ces contraintes

La nature du dispositif CLSS contribue à une redéfinition voire à une complexification des réseaux d'action publique (Lascoumes, 1996). Si les objectifs en termes de réduction des inégalités sociales de santé sont clairement énoncés, leur déclinaison et mise en œuvre concrètes sur le terrain relève des professionnels de terrain. Dans un premier temps, les contraintes organisationnelles sont prégnantes : le poids de l'architecture des projets l'emporte bien souvent sur la question des moyens nécessaires à leur réalisation. Pour dépasser ces contraintes, porteurs et coordinateurs de projets exploitent la liberté qui leur est laissée en se montrant « créatifs », pour reprendre un terme fréquemment énoncé en entretien : parallèlement aux espaces de discussions institués et nécessaires à une mise en œuvre minimale des projets, ils mettent en place d'autres espaces de discussion, plus ou moins formels, et mieux adaptés aux situations locales. Cette

référente-quartier fait part de cette transition entre le constat des contraintes « d'en haut » et les moyens de les dépasser :

« Quand on a mis en place le CLSS, il restait énormément d'interrogations : on savait pas quel genre de projets on allait mettre en place, quel genre de compétences, de relations. Au début, coordinateurs et directeurs de structures étaient présents, mais on savait pas ce que ça pouvait donner sur le terrain avec nos travailleurs. Donc laissons ce blanc, ce flou, et place à la créativité. On a laissé les trous aux bons endroits pour que chacun et chacune puisse les remplir. Et au bout de 3 mois, ils sont arrivés avec une panoplie de tous les trucs qu'ils trouvaient flous ».

Le travail d'adaptation est un travail de coordination, qui échoit le plus souvent aux référentes-quartier : elles tentent d'harmoniser les situations rencontrées et faciliter la rencontre entre les attendus du politique et les réalités du terrain. Si, en raison de certaines difficultés évoquées plus haut, tout ne peut pas se faire dans les espaces formalisés, il est alors nécessaire de prolonger et de consolider le travail réalisé au sein d'espaces informels, propices à des échanges délestés de contraintes administratives, et à des discussions plus fines sur les projets. Ainsi, l'équipe mobile de Forest a mis en place les « midis du Delta », une fois par mois sur le temps de midi : ceux-ci consistent concrètement en un lieu de liens, un espace non contraignant qui est un prolongement du travail réalisé dans les espaces formels. Ils sont envisagés comme une « clé de voûte » (selon la référente-quartier) pour atteindre les objectifs des CLSS (culture de travail commune, interconnaissance, réseaux) en dehors des réunions instituées. En outre, ils ne sont pas limités aux structures et acteurs engagés dans le CLSS, mais à quiconque, dans le quartier, souhaite s'engager ou garder sa place dans la dynamique collective. De même, l'équipe mobile a pris l'initiative de faire appel à une structure qui organise des ateliers en intelligence collective. Ces rencontres valident les orientations choisies ou les prolongent, contribuent à instituer un fonctionnement qui devient un repère et une sécurité pour le groupe.

La dimension organisationnelle des CLSS est donc d'un côté contraignante, mais elle laisse à ses acteurs des marges de manœuvre permettant de contourner ces difficultés voire de les transformer en atouts. Autrement dit, le partenariat peut se construire et être vécu comme une contrainte sur le travail social, mais aussi comme l'ouverture d'un champ de possibles et d'innovations, comme l'énonce le président d'une asbl notamment centrée sur la prévention des expulsions locatives :

« Quand on identifie des couacs ou des sujets qui méritent un peu une attention, on essaie de mettre en place des dispositifs qui font qu'on peut discuter ensemble de telle ou telle chose, décider et voir comment on s'en sort ».

Ces partenariats débouchent en partie sur des situations « *semi-structurées et semi-aléatoires* » (Remy, 2015), dans lesquelles les acteurs sont soumis à des contraintes fortes, mais en conservant des marges de manœuvre pour influencer la construction de l'action publique. Les partenaires parviennent souvent à élaborer un sens partagé et des principes d'accord aboutissant à des « transactions » (Blanc, Foucart, Stoessel-Ritz, 2016) qui résultent d'une invention permanente pour concilier injonctions contradictoires, intérêts divergents et rapports de pouvoir inégaux. Les dynamiques créées ne reposent pas sur des procédures qui contraignent les acteurs, mais sur un partage de valeurs, d'objectifs et de méthodes. Les désaccords existent mais ils ne débouchent pas sur des conflits. Ils permettent de discuter des orientations communes qui emportent au final l'adhésion relativement consensuelle des acteurs.

Ces espaces informels permettent de se dégager des tutelles hiérarchiques, dont les représentants sont présents lors des réunions institutionnalisées. Ici, elles se retrouvent dans une position périphérique : leurs responsables ne connaissent pas très bien ces espaces de travail. Mais ils font confiance à leurs professionnels, valident ce que ceux-ci leur proposent et autorisent de ce fait le développement d'une dynamique instituante. L'assiduité constatée dans des espaces informels témoigne de la confiance que les acteurs se font : en effet, ils s'engagent les uns par rapport aux autres sans que des procédures instituées garantissent que les partenaires apporteront au collectif ce qu'ils se sont engagés à fournir (en information, en engagement, en compétence). On peut en conclure qu'ils estiment qu'ils peuvent raisonnablement se fier aux engagements initiaux de chacun.

Le processus partenarial ne se limite pas donc à la rencontre des acteurs et à leur reconnaissance réciproque. La dynamique de ces partenariats conduit leurs participants à structurer leur collaboration. La plupart des CLSS 2.0 ont pris acte de la possibilité d'ajustements au fil de l'eau, comme en atteste, par exemple, l'existence de règlements ou de chartes de fonctionnement, l'un d'eux énonçant par exemple : « *la participation d'expertes ou de personnes ressources peut être sollicitée en fonction des besoins spécifiques de la réunion* ».

Même contractualisé, le partenariat garde donc une part d'informel : il formalise une part de ce qui était informel (des réseaux pré-existants mais non liés par des conventions juridiques ou des financements communs) ; et il repousse les limites de l'informel précédent en intégrant de nouvelles structures qui, elles-mêmes, ne sont pas forcément financées dans le cadre des CLSS. La logique à l'œuvre dans ces partenariats laisse donc une capacité d'initiative aux professionnels qui travaillent dans une logique plus horizontale que verticale (qui serait descendante, venant du politique).

3. Comment rendre compte du partenariat ?

La question partenariale rencontre enfin la question de sa mesure et de son évaluation. Comme on l'a précédemment vu, ses appropriations varient et, s'il est possible de s'entendre sur un contenu pour partie commun, on ne peut pas, épuiser dans une seule définition l'ensemble des configurations rencontrées. Comment mesurer une activité qui est elle-même très diverse et qui n'a pas de contenu consensuel, partagé ? C'est pourtant bien ce à quoi sont confrontées les structures : la plupart d'entre elles évaluent leurs propres activités, parmi lesquelles le partenariat et, pour les structures porteuses de projets, il s'agit d'en rendre compte auprès de l'administration. Puisque le partenariat est à la fois une condition (en amont de la contractualisation) et est aussi censé être une conséquence des CLSS, cette réalité doit exister à travers les divers rapports et remontées. Alors, comment alimenter le contenu de l'évaluation des structures, et en particulier du partenariat ?

Un partenariat avant tout inter-personnel

Les acteurs rencontrés identifient plusieurs manières de mesurer les effets du partenariat : nombre de personnes (bénéficiaires) touchées, nombre de réunions effectuées, création de nouveaux projets, meilleur référencement... Ces éléments sont principalement quantitatifs, et peuvent ne pas être très parlants en termes de degré d'investissement : si un habitant participe à une réunion sans y prendre la parole, sa seule présence doit-elle être considérée comme une « réussite » ? Chez les travailleurs se pose la question du « sens » donné à leur action : les modes d'évaluation peuvent mesurer un ensemble d'activités, mais comment dégager celles qui, pour eux, permettent de dessiner au plus près les qualités requises pour exercer leur métier ?

Spontanément, ce sont des éléments quantitatifs qui viennent à l'esprit. Mais à partir de quel seuil peut-on considérer la pertinence ou l'utilité d'une action ?

« On voit des familles, on a des référencements... Et là, ce qu'on peut toujours dire, c'est à partir de quand ce que tu fais a du sens ? Imaginons qu'il y a trois personnes isolées, peu mobiles, qui arrivent chez nous, via le CPAS, pour lesquelles on arrive à mettre en place un réseau social autour d'elles, est-ce que ça vaut la peine ou est-ce qu'il faut le faire pour 30, 50, 200 ? Et ça, pour moi, c'est un truc super important dans notre secteur, c'est à partir de quand est-ce que quelque chose a du sens, à partir de quand, de combien, notre salaire est justifié ? » (directrice d'asbl d'entraide entre voisins)

Sur le terrain, on en arrive rapidement au constat que les indicateurs quantitatifs sont insuffisants, et que les indicateurs qualitatifs sont difficiles à construire puis à interpréter : comment rendre compte de la naissance d'une relation de confiance, d'une médiation, ou d'empowerment chez les habitants ?

« Il y a plein d'occasions de rencontrer des gens qui font à peu près la même chose que nous dans d'autres assos. Et là, c'est une question d'affinités. Tu rencontres Micheline qui travaille dans l'association X et qui est assistante sociale, vous vous entendez super bien, vous échangez les numéros, elle te dit : « tiens, si jamais tu as une question par rapport à tel truc, moi j'ai fait par exemple mon mémoire pendant mes études sur ça, donc tu n'hésites pas à m'appeler ». C'est marqué nulle part. Cette association-là, dans laquelle elle travaille, n'est notée nulle part dans nos rapports d'activité. Mais moi, je bénéficie de son soutien dans mon travail. Et inversement, parce que je vais lui dire : « appelle-moi si tu as besoin ». Et je pense qu'en fait, la majorité des partenariats, c'est ça. Et à l'inverse, s'il y a quelqu'un qu'on ne peut pas encadrer même s'il a des superbes infos à donner, on ne va pas l'appeler. Au final, ça reste quand même ça. Et les partenariats officiels qu'on va marquer, qu'on va mettre en valeur autant que possible, et ben on va broder quatre paragraphes dans nos rapports d'activité parce qu'on a fait deux maraudes avec la personne, mais parfois, c'est moins riche que moi qui appelle Micheline ». (Travailleuse sociale d'une asbl contre le sans-chez-soirisme)

Cet extrait d'entretien souligne la difficulté à valoriser un travail invisible, c'est-à-dire qui échappe largement à toute classification, toute taxinomie, et qui puisse ensuite être valorisé comme une réalisation dont on peut rendre compte. Nombreux sont les travailleurs à mettre en avant l'idée que le « bouche-à-oreille » est probablement la modalité d'extension du partenariat la plus efficace et, en tout état de cause, la plus répandue. Cela met en

avant l'idée que le partenariat se fait moins entre structures qu'entre personnes : les partenariats sont lus et visibles à travers les institutions (telle asbl collabore avec telle autre) alors qu'il s'agirait plutôt de valoriser le fait qu'en leur sein, le partenariat se fait surtout à travers et par certains travailleurs, individuellement. Le partenariat ne percole pas naturellement : il se fonde avant tout sur la confiance interpersonnelle. Comme le résume un animateur de rue : *« Qu'est-ce qui marche dans notre secteur ? M, qui est sur le terrain, a un bon contact avec A qui est sur le terrain, et puis S, et puis ils font des choses ensemble »* ; ou cette directrice d'asbl :

« Ce qui est fort utile pour nous, c'est par exemple le CPAS de [commune 1] nous réfère des gens depuis longtemps, mais le CPAS de [commune 2], très peu. Parce que comment fonctionne tout ce qui est les soins zéro-ligne, si je peux l'appeler comme ça ? C'est sur la confiance. Si M connaît D qui travaille là-bas, et il a confiance en M, tout d'un coup, les référencements vont venir »

On comprend bien avec cet exemple que, sur le papier, cette asbl pourrait avoir des relations similaires avec les CPAS - même s'ils sont divers - dans la mesure où leurs missions sont les mêmes, mais en pratique, les relations sont fluides d'un côté et laborieuses de l'autre, et la cause de cette asymétrie est attribuée à une question de personnes, et non à une question institutionnelle. Ce qui est identifié comme principal pourvoyeur de partenariat est donc considéré comme peu « évaluable » et donc peu visible.

De manière générale, cette remarque est valable pour les autres indicateurs qualitatifs : *« le quantitatif est flagrant, le qualitatif est plus compliqué »*, résume le responsable d'un centre social. Ce dernier supervise entre autres un restaurant social. Depuis le lancement du projet dans lequel sa structure est impliquée, au-delà du nombre de collaborations, il a tenté diverses méthodes qualitatives pour objectiver son activité (profil des personnes), y compris avec les publics du restaurant (questionnaires de satisfaction en plusieurs langues, recours à des smileys pour les plus éloignés de l'écrit...). Cependant, aucune ne le satisfait et encore moins ne le convainc, d'autant plus pour un lieu ouvert où les habitants vont et viennent : la fragilité du public lui donne l'impression de le « ficher », tandis que la présence d'habitants ne permet pas nécessairement de mesurer le non-recours : comme le résume une référente-quartier : *« on ne sait pas mesurer des portes pas ouvertes »*.

La frustration créée par la difficulté à mesurer et à mettre en valeur sa propre activité a poussé certaines référentes-quartier à être tentées de faire appel à une structure d'accompagnement méthodologique (en plus de l'accompagnement de l'asbl Cerapss¹³ - ex Sacopar), mais cette piste a été abandonnée car la demande prise en charge financière de ce recours n'a pas été acceptée par l'administration.

Quand la visibilisation du partenariat devient un travail en soi

Les remontées opérationnelles, les rapports d'évaluation, la mise en chiffres de l'activité, contribuent à visibiliser le travail effectué. Cependant, ce travail de mise en forme masque parfois une forme de « disjonction » (Breton, Perrier, 2018) mise en avant par des travailleurs que nous avons rencontrés : disjonctions entre les attendus de ce travail de visibilisation et la matérialité du travail réalisé. Comme vu auparavant, une bonne partie des activités ne se traduit pas par un chiffre ou toute autre donnée objective. Dans ces conditions, les travailleurs sont pris entre la volonté de cultiver leur singularité et la nécessité de mettre en récit des partenariats dans des termes immédiatement et facilement compréhensibles. Là encore, ce travail dépend des pratiques propres à chaque structure.

Un travail de conformité à l'injonction partenariale

« On a dit là la psychologue de rue que les objectifs étaient dans un premier temps de créer du lien » ; « on aimerait bien développer un partenariat » ; « on va faire des zonages, créer du lien » : ces bouts d'entretiens mettent en avant les objectifs déjà mentionnés autour de l'idée de partenariat. Tels qu'ils sont exprimés, ils donnent parfois la sensation d'être envisagés comme des obligations à assumer, sans qu'il n'y ait de preuve de leur pertinence puis, a posteriori, sans en retracer les conditions. Ainsi, l'affichage de la démarche partenariale importe presque autant que sa réalité matérielle, et ses effets. Si personne ne conteste l'idée que le principe du partenariat est bénéfique, nombreux sont ceux qui s'interrogent sur la place que prend ce processus pour mesurer la pertinence du travail fourni. Cette animatrice de rue soulève un problème auquel elle est confronté :

« Moi j'ai été engagée sur une espèce de... d'injonctions hyper contradictoires. Il faut que tu fasses ce qui n'est pas possible de faire parce qu'on n'a pas les fonds, mais il faut que tu le fasses un peu parce que sinon on n'aura plus les fonds. Et là-dedans, en fait, c'est difficile de naviguer (...) Si je peux me permettre d'être un peu critique, il y a une injonction à trouver plein de partenaires, quitte à ce que ce soit juste écrit quelque part que machin est mon partenaire, alors que ça n'ajoute rien de concret. Il n'y a pas de plus-value, en fait, au travail qui est fourni. Mais au moins, on pourra dire qu'on aura 15 partenariats. Donc il y a un peu cette course aussi à trouver des partenaires, qui manque un peu parfois de réalité. On s'inscrit complètement dans cette espèce de nouvelle obsession du partenariat. Et ça fait partie des critères d'évaluation, pour le coup, qu'on est censé remplir ».

Au sein de son asbl accompagnant des populations sans chez-soi, elle estime ne pas avoir suffisamment de moyens financiers pour s'attarder sur le partenariat institutionnel (entre sa structure et d'autres), tant elle a à faire sur les soins à porter à ses publics. Cependant, les attendus du projet CLSS lui commandent de travailler cette dimension et de la valoriser, sans quoi les subsides n'auraient pas servi à ce pour quoi ils ont été engagés. Mais la mise en avant du partenariat étant constituée comme une des grilles de lecture préférentielles des CLSS, elle se résoudra à mettre en récit une activité qui s'en approchera, bien qu'elle considère, à ses yeux, qu'il ne s'agit pas de la manière la plus pertinente d'approcher la réalité de son travail.

Une directrice d'asbl, suspicieuse, si elle admet que le politique souhaite visibiliser et justifier l'usage de ses subsides, envisage la mise en avant du partenariat comme un « instrument de surveillance » des travailleurs :

« Il faut rentrer dans les cases, ou alors on risque de se voir retirer le subside. Donc, pour moi, ce n'est pas 'bottom-up'. C'est plutôt que ça vient d'en haut, depuis les institutions. Parfois, c'est un peu un non-sens »

La visibilisation du changement devient donc souvent un travail en soi auquel les travailleurs sont contraints, notamment par des procédures administratives. Il peut s'agir d'afficher des résultats - de préférence positifs - ou bien, comme pour le

¹³ Centre de Recherches et d'Actions pour des Projets en Social-Santé

partenariat, des normes devant orienter les pratiques de travail, mais aussi de faire valoir son implication dans la mise en œuvre des projets.

Ce travail de présentation de l'activité peut avoir un lien assez distant avec la réalité des changements de pratiques professionnelles constatés. Reste qu'il remplit une fonction politique majeure : parce que ce travail démontre une conformité (partiellement fictive) aux injonctions réformatrices, notamment partenariales, il contribue à faire exister l'idée de changement, de dynamique, de modernisation, idée tant mobilisable dans l'espace public qu'exploitable chaque structure ou pour le politique.

Un exemple, sur la thématique de la participation des habitants, illustre bien le décalage qui peut exister entre d'un côté la possibilité de mettre en avant une action collective, et de l'autre la capacité de cette action à modifier concrètement la situation de ces habitants. L'animateur d'une maison de quartier, Romain, qui agit notamment pour l'amélioration du logement, nous indique que sa hiérarchie l'incite à inclure les habitants du quartier dans des démarches « citoyennes » et « collectives » - objectifs qui figurent aussi dans les feuilles de route des CLSS (vagues 1 et 2) et dans le PSSI.

« On fait aussi une démarche collective, c'est-à-dire qu'on met les gens ensemble et on va avoir une réflexion citoyenne sur «OK, mais pourquoi je suis dans ce problème? En quoi mon problème individuel fait partie d'un souci collectif plus structurel? Et qu'est-ce qu'on pourrait faire pour réaliser le droit au logement?» Dans ce cadre-là, ils ont fait des manifs, fait des calicots. Ils ont écrit une bande dessinée, qui est super chouette, ils ont fait des capsules vidéo, ils ont fait une intervention en commission logement. Et voilà, il y en a qu'ils le font, il y en a qui... Monsieur S., en bas, il est chaud, il prend le micro et il parle. En même temps, sa situation de logement ne s'est pas du tout améliorée. Mais vraiment, ça les aide, ça les aide à devenir des acteurs, à trouver... en disant «OK, en cherchant un logement, en cherchant mon portefeuille, je vais finalement trouver autre chose». Voilà, et c'est un peu ça qu'on essaie de faire, d'améliorer aussi leur connaissance du quartier. Et ça, je pense que c'est ça qui répond aussi fort au CLSS, même si eux sont vachement attentifs au résultat ».

Dans cet extrait d'entretien, Romain nous indique qu'il organise des ateliers collectifs visant à ce que les habitants se saisissent de leurs problèmes afin d'être en meilleure capacité de connaître leur situation et de faire valoir leurs droits, ce que l'on peut

rapprocher de l'idée d'« empowerment », définie comme « le processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, à la fois individuelle et collective » (Bacqué et Biewener, 2013). Ces ateliers permettent effectivement des rencontres, fait des habitants des acteurs, et ont probablement des effets en termes de politisation. Cela étant, on peut être surpris d'entendre que, prenant le cas de Monsieur S., « sa situation de logement ne s'est pas du tout améliorée », comme si l'initiative collective, même sans solution en termes de logement, se suffisait à elle-même. Il souligne enfin que son initiative « répond fort » aux CLSS, tout en apportant un bémol : en termes de « résultat », l'objectif n'est pas nécessairement rempli. Ce témoignage met en avant le décalage qui peut exister entre le fait de remplir des attendus en termes administratifs (la participation des habitants) sans que ceux-ci ne soient systématiquement connectés à un changement effectif de situation, en l'occurrence une amélioration des conditions de logement. En d'autres termes, et sans nier les apports de ce projet sur d'autres registres, les objectifs des structures et les finalités des habitants peuvent être en décalage, et la réussite d'une structure n'est pas nécessairement celle des habitants.

La difficile interprétation d'un partenariat « réussi »

Dans la mesure où les partenariats sont variés, différemment définis et perçus, les remontées opérationnelles concernant l'activité de chaque projet doivent être lues avec précaution. En pratique, il n'y a pas d'homogénéité dans la production de chiffres ou dans l'évaluation qualitative de pratiques qui sont elles-mêmes très variables. Cette diversité est source de craintes chez certains acteurs, et en particulier chez ceux qui ont une culture partenariale ancienne et très développée. Silke, la responsable CLSS d'une grande structure, pluridisciplinaire, et proposant de multiples activités (créatives, gymnastique, massages pour bébés, cuisine...) nous fait part de son inquiétude quand arrive le moment de reporter son activité :

« Moi j'ai une définition assez stricte du partenariat, il faut vraiment qu'il y ait mise en œuvre et suivi d'un projet commun, sinon je parle de simple collaboration. Mais une autre structure qui a une définition du partenariat plus large que moi rentrera des résultats qui feront apparaître qu'elle réalise beaucoup de partenariats, alors que peut-être son volume d'activité est plus faible que le mien. Et alors, l'administration peut penser que je n'en fais pas assez »

Silke, en raison de sa propre expérience professionnelle (éducatrice spécialisée depuis 8 ans au sein de plusieurs structures pluridisciplinaires), confie avoir une définition « stricte » du partenariat, dont on comprend qu'elle désigne la conception et la mise en œuvre d'un projet à plusieurs, et elle opère une distinction avec une « collaboration ». Cette hiérarchisation entre « partenariat » et « collaboration » révèle la connaissance d'un continuum d'ententes entre structures, dont l'un des pôles, le plus « qualitatif » et poussé, semble être le « partenariat ». Familiarisée à l'interdisciplinarité, au partage de pratiques professionnelles, le partenariat est pour elle une évidence, et travailler aujourd'hui dans cette structure est dans la continuité de son parcours professionnel. Dans ces conditions, le CLSS ne change pas grand-chose à la culture partenariale déjà présente : le partenariat n'est pas, tant pour elle que pour sa structure, une pratique nouvelle ou innovante. Dès lors, il ne lui est pas possible de faire apparaître des extensions ou des gains de partenariat, puisque ce travail est déjà fait préalablement.

À l'inverse, si on prend l'exemple d'une structure jeune, que le CLSS emmène dans une aventure partenariale inédite, celle-ci pourra être reportée comme une « réussite » : puisque le terrain partenarial n'était que peu défriché avant le CLSS, alors la plus-value paraît évidente. La perception sera la même chez un professionnel peu socialisé aux collaborations institutionnelles.

Il en ressort que la mesure des impacts est tributaire des pratiques d'encodage des structures : en l'occurrence, selon l'acception que l'on a du « partenariat », la lecture des résultats n'est pas la même. Les activités d'une structure répondent avant tout à des finalités et des routines organisationnelles spécifiques, à la culture professionnelle de leurs travailleurs. Lorsqu'on regarde comment une structure évalue l'effectivité d'un partenariat, il se peut qu'en réalité on ne sache pas très bien ce que l'on évalue, et que la comparaison de l'activité de deux structures fort différentes s'apparente à comparer des choux et des carottes.

En cela, il manque un « *travail de traduction* » (Callon, 1986), c'est-à-dire d'un travail de « problématisation impliquant un diagnostic partagé, permettant de donner du sens à l'action collaborative » : il n'existe en effet pas de template relatif à ce que l'administration entend par partenariat. Cela étant, la production d'une définition officielle du partenariat est porteuse d'autres risques : homogénéisation des pratiques, logique de performance par rapport à un indicateur pré-défini... Il s'agit seulement ici de rappeler que les données sont des constructions et qu'une documentation qualitative complémentaire

aide à comprendre les pratiques mesurées afin de réduire les risques de mésusage des données.

Conclusion de la première partie : la question partenariale n'est pas associée aux mêmes enjeux

À rebours de l'idée selon laquelle le partenariat serait une évidence et s'imposerait aux acteurs sans forme de résistance et même de réticence, on observe une diversité des formes de partenariats et des manières de s'en saisir. Elles traduisent une hétérogénéité des motivations des participants au dispositif CLSS, qui va de l'adhésion intellectuelle ou « idéologique », à la participation intéressée (du fait des ressources allouées), liée à des logiques de survie pour des petites structures, ou à la participation contrainte (par les tutelles hiérarchiques) avec, dans chacune de ces configurations, des inadéquations ponctuelles entre temps et contraintes collectives du partenariat et temps et contraintes propres des structures.

En somme, l'observation des réunions et les discours sur les CLSS montre que, derrière la version idéale du « partenariat », les motivations des participants sont parfois éloignées de l'« esprit partenarial » tel qu'il a été initialement pensé ou tel qu'on se le représente spontanément. Les intentions partenariales, la volonté de développer un échange horizontal entre partenaires dans un cadre participatif sont contrecarrées par des concurrences professionnelles, la culture partenariale de chacun, une histoire propre à chaque territoire (le fonctionnement des coordinations, la plus ou moins grande légitimité/ancienneté des acteurs, une certaine répartition des publics entre structures, autant d'éléments qui dessinent l'équilibre d'un quartier), des structures aux moyens et aux stratégies diverses. Dans ces conditions, les CLSS peuvent être perçus comme un dispositif contenant le risque de déstabiliser les réseaux d'acteurs déjà constitués. Si les acteurs engagés dans les CLSS partagent des éléments rhétoriques communs et l'idée d'une nécessaire collaboration interprofessionnelles/interinstitutionnelles, **la question partenariale n'y est pas associée aux mêmes enjeux**. Ces enjeux hétérogènes sont surtout visibles au début du processus, au moment où des acteurs qui par après se retireront sont présents ; ou alors quand les intérêts communs ne sont pas encore discutés ou définis. Ils perdurent dans une certaine mesure et rappellent que la réussite de tout dispositif est le produit d'une rencontre entre un programme politique venant d'

« en haut » avec autant de réalités territoriales qu'il existe de contrats. Et les formes concrètes de cette rencontre reviennent à celles et ceux en charge de son déploiement.



Du côté des professionnels : une identité en questions

Même si la question n'est pas toujours frontalement abordée par tous, on peut mesurer à quel point les politiques partenariales questionnent les identités professionnelles des acteurs qui en sont parties prenantes. L'identité professionnelle est avant tout « *une identité sociale ancrée dans une profession. Elle est le produit d'une incorporation de savoirs professionnels* » (Gentili, 2005). En ce sens, elle constitue une socialisation secondaire. De plus, comme l'énonce Claude Dubar (2000), les identités professionnelles sont aussi « *des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi* ». Autrement dit, les identités professionnelles sont à la fois le produit d'une trajectoire professionnelle faite de compétences acquises, et elles s'inscrivent également dans une perspective relationnelle : elles se construisent aussi par ce que d'autres professionnels vous renvoient.

Le développement du partenariat et de ses objectifs affichés font appel à des formes de polyvalence et de multiples compétences professionnelles : s'intéresser au travail d'autres structures, s'en inspirer, mettre en commun des réflexions et des pratiques... Cette gouvernance territoriale pousse à un processus d'homogénéisation des approches entre professionnels relevant de différents secteurs. Cette dynamique est soulignée partout avec différentes qualifications : mise en cohérence, complémentarité, décroisement, recherche d'un langage ou encore d'une culture commune, etc.

Ces processus interrogent les modalités d'action propres à chaque profession. Ils peuvent même peut-être être vécus comme la remise en cause de sa propre expertise. Comment se positionner en tant qu'assistant social si l'on a des difficultés à appréhender le travail de catégorisation psychopathologique des personnes suivies, et donc trouver sa place dans un travail interdisciplinaire social-santé ? De la même manière, la question se pose pour des structures qui ont progressivement construit leur autonomie grâce à des subsides de fonctionnement, et qui doivent désormais s'accommoder ou se plier à une logique d'appels à projet et de subsides ponctuels lancés par le politique, favorisant une mise en concurrence. Cela suppose de nouvelles compétences de leur part pour y répondre et surtout une capacité à intégrer un projet collectif qu'ils ne sont pas les seuls à concevoir. En France, Françoise Liot (2020) s'est par exemple intéressée au partenariat « Culture et Santé » initié à partir de 1999 : il s'agit d'une collaboration originale entre le « monde culturel » et l'hôpital, dominé par ses

missions curatives, en vue de proposer notamment aux personnes âgées ou en situation de handicap des projets culturels. Dans ce projet, on trouve des similitudes avec les enjeux des CLSS, dans la mesure où il s'agit de considérer l'individu comme une personne à part entière, et non pas seulement comme un corps souffrant. La sociologue souligne bien les risques de « *dilution* » de la place de la création artistique » dans une pluralité d'objectifs propres au monde de la santé avec comme conséquence de cette acculturation un « *éloignement de la reconnaissance artistique*¹⁴ ». Autrement dit, la collaboration entre plusieurs secteurs peut se faire au détriment de l'un d'eux, qui y perdrait de la reconnaissance, de la légitimité, de l'influence. Des groupes professionnels ont pu mettre des années à se constituer une légitimité, une certaine autonomie par rapport à d'autres groupes, plus ou moins associés ou concurrents. Or, désormais, l'incitation, l'injonction, ou l'aspiration au partenariat les conduisent à coexister, à « *coconstruire* » des projets, à tendre vers des objectifs identiques qui, inmanquablement, interrogent l'actualité de cette autonomie et cette légitimité, le sentiment d'avoir des spécificités ou un savoir-faire propre.

Ces paradoxes, ces contradictions, mais aussi ces volontés exprimées de coopérer et d'être conciliants avec des partenaires, constituent un objet de réflexion. Dans quelle mesure, dans les CLSS, peut-on observer et mesurer ces tendances qui commencent à être documentées dans la littérature scientifique ?

A. Des identités professionnelles à ajuster

Comme vu précédemment, les cultures partenariales préexistant au CLSS sont inégales selon les configurations locales, les missions de chaque structure, ou encore l'expérience des professionnels. Dans les cas où cette culture partenariale est ancienne et bien ancrée, les interrogations énoncées ci-dessus trouvent une réponse simple : les CLSS s'inscrivent dans la continuité des pratiques professionnelles. En ce sens, les routines professionnelles perdurent, et les nouveaux projets n'apportent des modifications qu'à la marge. C'est ce que soutient le directeur d'une maison de quartier, associée à une maison médicale :

¹⁴ « La diversification des acteurs impliqués dans l'action culturelle publique conduit à une multiplication des enjeux et des attentes en direction des projets culturels avec le risque d'aboutir à leur dilution dans des objectifs pour lesquels la dimension artistique n'est pas perçue comme centrale mais où elle est secondaire, voire marginale » (p. 47).

« On a toujours eu des relations avec [la maison médicale]. Maintenant, **ce n'est pas que repensé complètement pour le CLSS**. Ils ont leur catalogue et le donnent à notre public. Et nous, **on essaie de donner pendant le déroulement de l'activité une touche un peu plus « logement »**. Ils ont un catalogue de 20 possibilités et on en choisit cinq ou six, qui sont ceux le plus proches du logement. Et pendant l'activité, on essaie de mettre un peu plus l'accent sur le logement, avec **parfois l'animatrice qui freine des quatre fers parce qu'on sort de son truc (...)** Et il nous arrive de faire des ateliers collectifs où on invite des acteurs santé. Pareil : on a notre discours et eux apporte leur touche santé. Et à nous de rester dans nos clous ».

Cet exemple constitue une bonne illustration d'un juste équilibre entre deux institutions qui ont chacune leur domaine d'expertise, un ancrage territorial, et une collaboration antérieure au CLSS. On comprend donc que celui-ci s'inscrit dans une continuité, comme l'indique le fait que le projet n'est pas perçu comme un « projet CLSS », mais comme un projet que le CLSS prolonge, en le modifiant partiellement, par une plus grande fréquence de réunions.

Cela étant dit, le propos introduit la problématique que s'attache à étudier cette partie : il semble que chacun soit attentif à ce que les discussions et réalisations prennent en compte la manière dont ils l'envisagent isolément, comme en témoigne le fait que l'action de l'animatrice « santé » soit perçue comme une forte résistance (elle « freine des quatre fers ») à une orientation qui laisserait trop de place à ce que défend et envisage la Maison de quartier. Inversement, dans ses locaux, le représentant de la maison médicale s'attache à rester « dans [ses] clous », façon de dire que, cette fois, son identité professionnelle doit être conservée.

On perçoit donc dans cet exemple un intérêt bien compris à travailler ensemble, mais à condition que le « partenaire » n'en profite pas (trop) pour imposer ses vues sur une problématique donnée. Dans la mesure où ces deux institutions sont depuis des années dans cette logique, cet équilibre est routinier et chacun semble trouver sa place : nous n'avons pas entendu chez leurs représentants de discours hostile que l'on aurait pu interpréter comme le symptôme d'un conflit ou d'une menace. Dans ce cas, la « CLSSisation » du partenariat prolonge un mode de fonctionnement établi : les acteurs s'inscrivent dans le CLSS, sans pour autant changer radicalement leur façon de faire, leur « habitus » professionnel. Mais on constate que celui-ci est fait d'une attention pour son maintien, face à un partenaire qui pourrait potentiellement le transformer.

B. Combiner des intérêts professionnels paradoxaux

Les rencontres avec les professionnels engagés dans les CLSS révèlent, le plus souvent sans réserve, l'approbation de la démarche partenariale et la volonté de travailler collectivement. L'expression de ces ambitions est cependant précédée du constat d'un obstacle à dépasser : il existe des « chapelles » (c'est le mot qui revient le plus), des « chasses gardées » et des « prés carrés » (qu'il s'agisse d'actions ou de publics). Bien entendu, personne ne les revendique pour soi : ces obstacles sont identifiés ou soupçonnés chez les autres. En somme, les chapelles, c'est les autres !

Il en est ainsi de ce coordinateur d'asbl au sein d'un projet, qui évoque deux autres asbl qui, à ses yeux s'adressent au même public que la sienne :

« Dans mon métier précédent, instinctivement, moi, j'ai été... mon parcours m'a amené à avoir une fibre et à avoir une adhésion instinctive à cette notion de réseau, à cette notion de mailage. Enfin, voilà, ça fait partie de l'ADN de mes études (...) Et moi j'observe quelle réponse ils [les deux asbl] apportent aux demandes que les gens font, parce qu'ils rencontrent le même public que nous potentiellement. Là ils considèrent que c'est vraiment leur chapelle. Il y a d'abord eu une résistance gigantesque de la part de leurs services. Ils nous « accusaient » pas mais enfin, bon, c'était « on fait déjà votre boulot ». Mais il y a un dialogue, il y a de la discussion, c'est vraiment ce que j'identifie comme ça, ça prendra du temps, mais ça se tisse doucement ».

Nous avons souvent rencontré un discours construit de la sorte : tout d'abord, un rappel de sa propre trajectoire professionnelle, visant à asseoir l'idée que la démarche partenariale est intégrée (ce qui revient à dire que si un partenariat ne fonctionne pas, « c'est pas moi, c'est l'autre ») ; ensuite, quelques éléments sur des difficultés rencontrées, où apparaissent ces notions liées à l'accaparement par d'autres structures d'une spécialité ou d'un public ; enfin, le constat que les premières difficultés rencontrées sont en voie de résolution grâce à une progressive connaissance mutuelle.

En investiguant davantage, on se rend compte que, du côté des deux autres asbl en question, la formation universitaire de ceux qui occupent un poste similaire à notre interlocuteur sont exactement les mêmes (hormis les spécialités de Master), et leurs expériences professionnelles relèvent également de structures très proches : on peut donc

raisonnablement estimer que tous ont la même culture partenariale et que leur identité professionnelle relève de la même socialisation. Pourtant, l'extrait mentionné soulignait l'existence de cette culture chez soi pour la relativiser chez les autres. On peut donc considérer que les difficultés rencontrées révèlent des préjugés sur les « partenaires », préjugés qui, dans ce cas, semblent peu à peu surmontés grâce au « dialogue » et à la « discussion ». Si tel est le cas, alors l'un des objectifs des CLSS, travailler ensemble grâce à l'interconnaissance, est ici parfaitement rempli : le projet permet à des structures et des professionnels qui ne se connaissaient pas, ou mal, cohabitant dans la méfiance, de se rendre compte qu'elles ont davantage à partager qu'à garder pour eux seuls.

On peut aussi considérer qu'en pointant les « chappelles » supposées des autres, on rappelle aussi les siennes propres. La perception de ce que revendiquent les autres n'est-elle pas un rappel de ce que l'on estime nous revenir ?

La discussion avec ce coordinateur est illustrative d'un positionnement ambivalent des professionnels : d'un côté, ils mettent en avant leur bon-vouloir et les efforts concrets qu'ils déploient pour atteindre les objectifs des CLSS, notamment en termes d'interconnaissance, avec des partenaires qu'ils présentent comme ayant des activités et des missions très proches, si ce n'est similaires, aux leurs. En cela, ils valorisent une homogénéisation des pratiques, des manières de concevoir et de répondre aux problèmes. En même temps, ils rappellent volontiers leurs spécificités professionnelles, et une manière propre d'agir, qui s'inscrit dans un contexte particulier (culture de travail d'une structure, trajectoire personnelle singulière, appétence ou sensibilité individuelle pour tel ou tel dimension du travail).

« Leur responsable de l'équipe de prévention répétait encore et encore que « oui, bon, c'est pareil ». Et au début, je me dis : « Oui, c'est vrai, il a raison ». Et petit à petit, je me rends compte qu'on ne fait vraiment pas le même boulot, vraiment pas. Nous on est là depuis toujours, on sera là toujours. Et on est une ressource indéfectible pour les habitants du quartier, pour trouver toutes les solutions à leurs problèmes et on va leur trouver des solutions. On va activer tous nos réseaux. On va leur trouver un logement. On va téléphoner à l'échevin. On va activer tel truc. On va faire jouer un peu l'entre-soi du quartier pour être sûr que la problématique se solutionne. C'est tout à fait autre chose comme approche. Et en fait, ça doit se nourrir l'un et l'autre ».

Ces oscillations dans le discours, d'un pôle partenarial et collectif à un pôle spécifique et individuel, souligne bien le fait le dispositif questionne l'identité professionnelle des travailleurs. Amenés à se fondre dans un collectif, ils mettent en avant leur adhésion (sincère) à la démarche, tout en entretenant une identité qui vient rappeler leur spécificité et, par là même, leur raison d'être, et leur incontournable présence. Chacun a à cœur à la fois de donner des gages à ses partenaires, et de s'affirmer comme indispensable. Dans un contexte d'austérité budgétaire, il s'agit de combiner deux intérêts professionnels paradoxaux : un intérêt professionnel à s'allier (pour obtenir d'indispensables subsides) et un intérêt professionnel à se distinguer (pour justifier l'octroi de subsides).

C. La crainte d'une « déprofessionnalisation »

Si nous avons vu dans la première partie que le partenariat pouvait aboutir à une redéfinition extensive de ses missions et de son activité, il arrive aussi que des craintes, dans le sens inverse d'une restriction, soient exprimées. Nous avons précédemment présenté le projet « Activités collectives contre l'isolement », présenté comme « idéal ». Dans l'un des extraits d'entretien, nous avons toutefois laissé de côté une phrase qui exprime là encore la possibilité, voire la nécessité, que chacun trouve sa place au sein du collectif :

« On a un projet commun en fait, donc on doit pouvoir s'entendre sur le fonctionnement du lien qui doit profiter à nos publics. Chacun doit s'y retrouver ».

Les récits des premiers mois de partenariat mettent en avant la rencontre de difficultés liées à la compatibilité des contraintes de chacun. Celles-ci sont de divers ordres et ont déjà été présentées, qu'elles soient logistiques et organisationnelles (agenda, répartition des tâches administratives, diversité des statuts des professionnels...) ou quant à la conduite du projet et la réalisation de ses ambitions. « Contraintes », « équilibres », « renoncement », font partie des termes qui reviennent le plus souvent, soit qu'ils aient été rencontrés et interprétés a posteriori comme un « mal nécessaire », soit qu'ils soient perçus comme une menace :

*« Travailler avec eux, c'est important. Mais c'est quelque chose qui **demande du temps** parce qu'ils ont leurs contraintes, on a les nôtres et donc ça veut dire qu'on doit **renoncer** ou ça veut dire qu'on doit travailler plus à d'autres*

moments parce qu'on a renoncé pour pouvoir aller à une audience. Et ça, c'est chaud quand on est en manque d'effectifs » (Directeur d'une Maison de quartier)

« On est constamment à flux tendus entre équilibres à trouver là-dedans. Les cultures de travail sont différentes, les attentes sont différentes. Par exemple on n'a pas la même perception de l'outreaching selon les assos. Au jour le jour, y a ces petites tensions mais qui font que la toile peut se tisser » (Coordinatrice d'un CLSS)

Là encore, les difficultés ont l'air de s'estomper à mesure que les projets avancent et que les individus y trouvent leur place : l'orientation prise par certains d'entre eux a écarté de potentiels participants. Si cette évolution est considérée comme « naturelle », pour reprendre les termes d'une référente-quartier, elle doit plutôt à l'impossibilité de certaines structures à y trouver leur place, à cause d'incompatibilités de points de vue sur les missions menées, ou sur la nature des missions elles-mêmes, qui n'entrent pas dans leur champ de compétence, comme l'exprime cette animatrice d'une asbl, qui s'est un temps engagée dans une dynamique collective avant de s'en détacher :

« L'idée de participer au CLSS était intéressante, car le diagnostic reprenait une partie des constats qu'on fait depuis des années. On a fait quelques réunions, mais le projet s'est finalement orienté vers une dimension « logement » qu'on trouvait un peu trop au-delà de nos capacités. On a un peu d'expérience là-dessus mais on était plus preneurs que demandeurs quoi, en tout cas sur ça ».

Pour elle, l'équilibre logement/santé déterminé collectivement ne permettait pas que l'asbl trouve sa place dans le projet : un décalage trop grand a été perçu entre ce qui pouvait être apporté et ce qui pouvait être mis à profit. L'engagement dans les CLSS ne relève donc pas d'une volonté « naturelle » mais bien de la capacité à combiner une identité professionnelle s'inscrivant autour de certaines missions, valeurs et routines, et une identité plus incertaine, collective, constamment en redéfinition.

C'est ce que l'on retrouve de façon plus marquée au sein du CLSS formé en équipe mobile. Une fois les premiers professionnels réunis, l'objectif, constant, est d'inclure un nombre toujours plus grand de structures, via un coordinateur opérationnel. Mais la diversité des profils engagés dans le consortium - qui montre que cette hétérogénéité est possible, le consortium étant aussi divisé en divers groupes de travail sur des thématiques spécifiques - a rendue floue l'identité du collectif, comme l'exprime sa coordinatrice :

« Il fallait se présenter à toutes les assos [du quartier]. Mais se présenter en tant que quoi ? On est qui ? C'était déjà pas très clair pour nous, alors c'était pas très clair pour eux. Alors parfois, ils allaient visiter des associations qui avaient participé vraiment à tout l'ensemble du consortium, donc qui savaient qui ils étaient, qui étaient ravis de les accueillir et tout. Parfois, c'était un peu plus compliqué quand les associations n'avaient pas bien tout suivi (...) Je crois que ça a questionné un petit peu comment on va fonctionner : c'est quoi l'identité de cette équipe au milieu de tous ces identités différentes ? »

Le brouillage des frontières professionnelles amène à penser que la logique partenariale est porteuse de « déprofessionnalisation » entendue comme « un affaiblissement ou une perte de repères professionnels (identitaires, culturels, éthiques, déontologiques, etc.) auparavant considérés comme les caractéristiques fortes d'un groupe professionnel » (Roquet, Wittorski, 2013). Comme l'ajoute cette référente-quartier : « notre équipe fait sens, mais est-ce que ça rajoute pas une couche au travail des AS qui est dénaturé ? Elles font de l'administratif et non du social, le social est fait par des universitaires... ». Ces interrogations sont très présentes : elles révèlent que des habitudes professionnelles sont mises à l'épreuve. Elles ne sont pas nouvelles pour tous, tant certains professionnels ont précisément des tâches qui nécessitent des adaptations constantes. Pour d'autres, on peut les voir comme un préalable inévitable et nécessaire pour de futures hybridations. Enfin, on peut se demander si, à travers des reconfigurations fréquentes des missions et du cœur de métier, ces dynamiques ne donnent pas le sentiment de toucher à tout sans être spécialiste de rien. Dans tous les cas, la volonté d'hybridation professionnelle et d'échanges de pratiques ne se décrète pas « d'en haut » : son appropriation dépend des configurations locales et des identités professionnelles de celles et ceux qui composent entre les attendus du dispositif et leurs routines de travail.

D. Les formes de la socialisation

Les questionnements autour des reconfigurations des identités professionnelles nous amènent à nous interroger sur les effets de ces interactions entre professionnels. Ces rencontres répétées ne peuvent manquer d'avoir des effets de socialisation. Ce concept est souvent utilisé à propos des enfants : on le définit généralement comme « *la façon dont la société forme et transforme les individus* » (Darmon, 2006, p. 6) ; une autre acception la définit comme « *le processus par lequel les individus intègrent les normes, les codes de conduite, les valeurs, etc. de la société à laquelle ils appartiennent* » (Dortier, 2013). Cette dernière définition, plus large, ne se limite pas aux processus des premiers âges, mais s'étend à toutes les formes de socialisations secondaires, parmi lesquelles celles que l'on retrouve dans le monde du travail.

Cette volonté d'hybridation des pratiques, par des rencontres, a des effets incertains, ne serait-ce qu'en considérant la distance au dispositif que l'on retrouve parfois et qui a été évoquée dans la première partie : dans ce contexte, les effets de socialisation professionnelle ne peuvent être considérés comme acquis. Également, la socialisation est un processus dont les effets sont perceptibles (si tant est qu'on puisse les isoler d'autres sources de socialisation) sur un temps long, plus long peut-être que la durée du CLSS. Enfin, on peut se demander si le turn-over important chez les participants aux projets et parmi les postes de coordination permet véritablement l'existence d'effets de socialisation. Cela étant dit, même si tous ceux qui ont enquêté sur l'action publique partenariale soulignent le décalage entre les objectifs affichés et les réalisations effectives des approches « partenariales », il est évident que cette action publique partenariale produit des effets, notamment en institutionnalisant les interactions, les rencontres entre des acteurs qui dans d'autres circonstances ne se seraient pas forcément rencontrés.

En dépit de ces mises en garde méthodologiques, on peut quand même tenter de réfléchir à une socialisation potentielle ou « probable » dans ces réunions partenariales en essayant de repérer des agents *socialisateurs* et des agents *socialisés*, c'est-à-dire repérer des asymétries entre les participants, et se demander quel registre interprétatif tend à s'imposer, et par qui il est porté. En d'autres termes, qui socialise qui ? Comment un problème donné est-il cadré ? Et quelle(s) réponse(s) ce cadrage amène-t-il ?

Dans l'absolu, on peut poser comme hypothèse que l'appartenance à certaines professions ou institutions, l'occupation de certaines positions, plus ou

moins légitimes ou prestigieuses, permettent d'éclairer les relations et influences mutuelles. Cette idée, documentée dans la première partie, suppose que, à rebours de la conception partenariale que font ses promoteurs (horizontalité, égalité, bottom-up...), il y a des rapports de forces entre « partenaires ». Dans le cas de collaborations interinstitutionnelles social/santé, le prestige associé à la profession de médecin peut conférer une autorité particulière sur ses interlocuteurs ; et entre acteurs du social, on peut penser qu'il y a aussi des professions plus ou moins reconnues (animateur socio-culturel, assistant social, médiateur familial) ; appartenir à telle ou telle institution procure-t-il des ressources particulières qui bénéficient à ses représentants (une asbl présente sur un territoire depuis 40 ans est probablement perçue comme plus légitime) ? ; ou même, simplement, une aisance orale, relationnelle ?

Plus spécifiquement, ces questions introduisent le concept de *sanitarisation du social* (1). En partie admis par les professionnels, il est peu opérant dans le cas des CLSS car on y trouve peu de représentants du milieu de la santé (2). Cependant, en arrière-plan, une hiérarchie entre « social » et « santé » est parfois exprimée par les travailleurs du social et ceux-ci, bien que se sentant dominés, entendent bien faire entendre leurs identités professionnelles (3). Finalement, les configurations actuelles présentent, davantage que des échanges de pratiques, des échanges de savoirs (4).

1. Une « *sanitarisation du social* » (Fassin, 2010) ?

Le concept de *sanitarisation du social* renvoie à « *la traduction sanitaire d'un problème de société* » (Fassin 2010, p. 105). Il évoque la construction d'une réalité en tant qu'atteinte au bien-être physique et mental d'un individu. En d'autres termes, il s'agit d'une perception d'un problème selon une grille de lecture « sanitaire », c'est-à-dire en voyant avant toute autre considération des « *corps altérés et souffrants* », ou qui risquent de l'être. Le risque sanitaire, corporel ou psychique, devient ainsi « *un signifiant dicible* » qui permet d'orienter la façon de répondre à un problème et de penser aux stratégies à mettre en place. Dans un exemple, D. Fassin observe que des pouvoirs publics sont plus prompts à agir sur les conditions de vie des immigrés lorsque ceux-ci sont atteints dans leur santé, davantage que « *lorsque les règles élémentaires de la dignité sont bafouées* » (p. 105). Selon lui, il est possible d'agir sur d'autres registres (le registre humanitaire) ; plus clairement, il n'est pas nécessaire d'attendre que des problèmes sanitaires surviennent pour prendre en charge des personnes fragilisées. La

sanitarisation est souvent traduite comme une médicalisation du social : or, il s'agit d'un processus qui dépasse la seule entreprise des médecins, comme le montre Chloé Bussi (2023). Il relève du soin au sens large, et désigne tout ce qui relève du bien-être (comme les soins d'esthéticiens, ou faire prendre une douche à sans-abri par exemple) : il s'agit des pratiques concrètes d'acteurs parfois peu visibles.

Ce concept est actualisé dans un exemple plus récent : dans un article de 2023, Laurence Ossipow et Anne-Laure Counilh avancent l'idée d'une « *diététisation* » de l'aide alimentaire. En effet, elles constatent que l'aide alimentaire est soumise à des impératifs moraux, budgétaires et sanitaires qui tendent à imposer aux populations financièrement démunies un mode de nutrition à visée diététique : les colis évitent tout aliment riche en sucre, proposent une alimentation relativement austère, et qui ne tient pas compte des goûts et des préférences de ceux à qui ils sont destinés.

Comment se servir de ce cadre théorique dans le cas des CLSS ? La collaboration social/santé aboutit-elle à une domination de la « santé » sur le « social », ce qui conduirait à adopter une vision des problèmes davantage « santé » que « social » ? Il est toujours délicat de définir précisément ce qui relève de la « santé » et du « social » (les frontières étant poreuses, ayant évolué au cours de l'histoire, et connaissant aujourd'hui une injonction au décloisonnement), mais les professionnels rencontrés sont largement d'accord avec l'idée que les questions sociales auxquelles ils sont confrontés ne sont que rarement envisagées pour elles-mêmes : s'il existe un consensus sur l'existence de certains problèmes sociaux (logement insalubre, délinquance...), c'est souvent quand ceux-ci sont accolés à un autre enjeu qu'ils acquièrent une force plus légitime, comme le soutien cette assistante sociale :

« Les questions de précarité des publics, on s'en fout tant que ça n'a pas un impact sur la santé de la population et sur la sécurité de la population. On devrait militer pour que le social revienne peut-être un peu plus à l'avant-plan de la façon dont on doit traiter les problématiques. Mais c'est pas du tout le discours ambiant ».

Dans le cas des CLSS, certains remarquent que l'argument de la santé est décisif : ils témoignent avoir eu des difficultés, par le passé, à obtenir des subsides en ne proposant, dans des réponses à des appels à projets, que des actions liées à la « lutte contre la précarité ». C'est en reliant celle-ci à une autre thématique qu'elle devient plus « porteuse » auprès des pouvoirs subsidiaires. Selon un éducateur spécialisé d'un service social, on retrouve cette logique dans les CLSS :

« Tu vois, par exemple, par rapport aux questions du logement, on va tourner la problématique en disant « regardez ça va avoir un impact sur la santé. Si on laisse les gens dans des logements insalubres, ça va avoir un impact sur la santé publique ». C'est ça qui les intéresse. Donc en fait on joue le jeu dans les argumentations qu'on remonte, on joue le jeu des politiques puisqu'on sait que c'est comme ça qu'il faut leur parler. Pourquoi ? Pour avoir les enveloppes, pour faire notre travail social sur le terrain ».

Les CLSS sont axés « logement » et « santé », et le lien entre les deux thématiques est toujours considéré comme pertinent ; cela étant, cet éducateur constate que, auprès des pouvoirs publics, il n'y a de problème de logement que si cela entraîne un problème de santé. En somme, la question « sociale » est un problème qui ne s'impose pas de lui-même. Tout se passe comme si le « social » jouait le rôle de symptôme, c'est-à-dire la manifestation indésirée d'un problème sur lequel il faut agir (la « santé »). Est-ce le signe d'un lien de subordination entre social et santé ? Quoi qu'il en soit, cette perception est intégrée par les professionnels du social, qui accompagnent la construction et le cadrage des problèmes en plaçant la santé comme une finalité qui dépasse les finalités originelles de leurs missions. En cela, on peut considérer que l'hybridation social/santé est en cours, mais les professionnels du social n'y sont pas toujours consentants tant elle répond aussi à une stratégie de captation des subsides dans un contexte de raréfaction des subventions. C'est, là encore, un indicateur supplémentaire de la manière dont les identités professionnelles sont atteintes.

2. Une faible représentation des acteurs du « sanitaire »

Si une orientation « sanitaire » dans le cadrage et la perception des problèmes publics semble s'imposer, qu'en est-il des pratiques concrètes ? Une bonne part des professionnels rencontrés évoquent, en arrière-plan, l'existence d'une hiérarchie entre « social » et « santé ».

« Quoi qu'on en dise, toutes les institutions qui fonctionnent en social-santé, il y a toujours une mainmise de la part du médical sur le social, et il y a toujours une primauté des médecins sur les autres professionnels, dans toutes les institutions qui cohabitent (...) Je n'ai jamais vu un psychiatre venir dans une réunion avec des assistants sociaux. Un psychologue va y aller, de temps en temps, le plus ouvert, ou celui qui a eu son diplôme après une autre expérience. Mais le psychiatre, il ne va jamais foutre les pieds dans un service pour discuter avec des assistants ».

sociaux, des animateurs ou des éducateurs. Ou alors c'est pour prendre l'ascendant sur la réunion et récupérer le projet » (éducateur spécialisé)

Ce propos relate l'idée d'une hiérarchie de prestige entre professions aux approches parfois divergentes des problèmes. Dans le partenariat, se côtoient, pour reprendre les termes d'E. Hughes (1996), des « professions prétentieuses » et des « métiers modestes ». Les premières, dotées d'une identité et d'un prestige professionnel établis, disposent d'un pouvoir symbolique sur les secondes sur lesquelles elles cherchent à imposer leur définition de la « bonne » professionnalité tout en s'en arrogent le monopole. Dans le même temps, comme si elles regardaient le travail social avec condescendance, elles cherchent à lui déléguer la part la plus ingrate du travail.

Dans les faits, il nous est difficile de savoir sur quelles bases et à partir de quelles expériences ces considérations se fondent puisque, dans les réunions des CLSS, nous avons rarement croisé de professionnels de la santé. Et, quand il y en a, il s'agit en effet des travailleurs sociaux des institutions de santé, notamment les assistants sociaux. Dès lors, les discussions et la construction des projets se font entre acteurs de même domaine et de même « rang » : les asymétries et hiérarchies liées aux statuts professionnels sont peu voire pas existantes. Dans ces conditions, les discussions peuvent difficilement s'orienter vers ou conforter une « *sanitarisation du social* » évoquée plus haut. L'hybridation social/santé est alors loin d'être faite.

3. Une « socialisation du sanitaire » ?

La faible présence des représentants des secteurs sanitaire et médical au sein des réunions CLSS est l'occasion pour les travailleurs du social d'affirmer leur identité propre. Le discours sur l'absence de professionnels de santé oscille entre compréhension de leurs contraintes et agacement quant à ce qui est parfois perçu comme de la mauvaise volonté à s'engager dans des démarches collectives. D'un côté, on admet aisément que les professionnels du « sanitaire » rencontrent des difficultés qu'ils partagent (« *ils ne vont pas bien non plus* », « *soumission à une idéologie productiviste* », à propos des hôpitaux ; de manière générale, « *forte demande et peu de professionnels sur le terrain* » ; « *ils sont surchargés aussi, ils ont pas assez de leviers* ») ou non (logiques de rémunération différentes). De l'autre, on déplore certains arguments entendus, considérés comme pas (toujours) valables (« pas le temps »). Et, de manière générale, chacun regrette une vision restrictive du bien-être des individus,

considéré du seul point de vue « médical », et sans que les diagnostics émis ne soient accompagnés d'explications quant à sa bonne compréhension et quant aux démarches à suivre.

« [Les médecins] donnent un diagnostic, ils disent, « il faut de la psychomotricité relationnelle », et ils n'expliquent pas ce que c'est. Et les parents, ils arrivent ici, ils disent, « qu'est-ce que c'est que ce truc ? Qu'est-ce que je dois faire ? Pourquoi je dois faire ça ? ». Donc, ce n'est pas souvent qu'ils prennent le temps d'expliquer ce que c'est. Et donc on leur demande : « Vous savez pourquoi vous venez avec ça ? ». On nous répond : « c'est le médecin qui a dit » (...)

Ils posent jamais la question non plus au niveau de la famille, comment ça s'est passé. Donc, toutes les violences intrafamiliales, ils ne s'en tiennent pas compte chez les enfants. Certains. Des enfants développent des troubles relationnels. Souvent on dit que c'est des troubles à spectre autistiques, mais c'est pas ça. C'est tellement aussi que le milieu a été violent. Et que voilà, mais ça, ils préfèrent mettre ça, et ça, plutôt que travailler sur les conditions de vie de ces enfants (...)

Ils sont là pour diagnostiquer. Oui, on a besoin du corps. Mais ils n'ont pas le temps de faire tout ce travail social, en fait. Donc, je pense qu'ils sont un peu aussi... Ils font ce qu'ils peuvent. Et donc, ils prescrivent, et voilà, débrouillez-vous avec ça. On prescrit, et puis ils vont pas chercher à savoir si la famille va savoir se débrouiller avec la prescription ou pas ». (Animatrice d'un service d'assistance à la jeunesse)

La distance à la démarche collaborative des professionnels du médical est attribuée notamment à leur formation : ils seraient dans des « *logiques de cabinet* », où les routines professionnelles, même dans un cadre associatif, s'inscrivent dans des interactions en face-à-face, dans un bureau, avec une suite de consultations ; de plus, on leur prête facilement une capacité à ne pas communiquer leurs savoirs (« *on se cache beaucoup derrière des notions de secret médical, sauf quand ça les arrange bien. D'une manière générale, quand on parle de secret médical, j'ai toujours l'impression qu'il se passe quelque chose...* », éducateur spécialisé). On se rend compte ici qu'il y a une incompatibilité entre une logique de partage à propos d'un individu, et une logique confidentielle à propos d'un patient. Pour les travailleurs du social, les médecins devraient naturellement être sensibilisés à des approches interdisciplinaires, mais si leur formation ne le permet pas forcément : « *c'est quand même des médecins, hein,*

ils devraient ». Ce dernier propos souligne à la fois le respect que suscite le statut médecin, mais c'est aussi ce statut, aux yeux de cette animatrice, qui devrait justifier l'implication des médecins dans le travail de coordination. Mais hormis quelques spécialistes, notamment ceux des Services de Santé Mentale ou de Maisons Médicales (soit des institutions au fonctionnement interdisciplinaire), les travailleurs sociaux s'estiment très peu sollicités ou, quand ils le sont, ce n'est pas dans une logique de dialogue mais de « *délégation* », à l'issue de laquelle il leur revient d'assumer la charge logistique, l'intendance, et les explications relatives à un suivi dans un parcours de soin : « *ça prend du temps. Parce qu'on a besoin de passer avec une famille une heure. Et une heure, c'est énorme* ».

L'agacement à l'égard d'une culture professionnelle différente est motivé par la domination du sanitaire sur le social : aux yeux des professionnels du social, l'approche « incomplète » des médecins est pourtant celle qui est considérée comme la plus légitime :

« Les médecins et tout ça font des diagnostics : il est ça ». Ils voient une fois, deux fois la famille, quelques fois la famille, l'enfant. Et ils diagnostiquent des trucs et tu es là, wouah ! Et c'est éti-queté, quoi. C'est ça qui fait autorité ».

L'évocation des pratiques des médecins et de leur formation, telles qu'elles sont perçues, est aussi une manière pour les travailleurs du social de rappeler leurs singularités professionnelles, en les tournant à leur avantage : les rappels fréquents à leur culture collective, à leur familiarité avec le partenariat, permettent de s'inscrire dans la complémentarité du travail des médecins, et presque du travail que ces derniers ne seraient pas capables de faire.

On sent donc que malgré l'affirmation d'une situation d'infériorité par rapport au « sanitaire » et au « médical », les travailleurs du « social » ont des stratégies non seulement de résistance mais aussi d'affirmation de leur place, même en l'absence des professionnels du « médical ». La « *sanitarisation du social* » se heurte ainsi à une autre dynamique, inverse, que l'on pourrait désigner comme la « *socialisation du sanitaire* », c'est-à-dire l'entreprise de professionnels du social cherchant à faire valoir les considérations, orientations et pratiques de leurs métiers. « *La santé fait partie de la vie sociale d'une personne* » nous affirme une assistante sociale : cette formule ne place pas la santé comme étant

uniquement une finalité, mais comme étant une composante d'un individu avant tout défini par sa « *vie sociale* ».

On peut alors faire un constat paradoxal : parce qu'ils sont les plus présents sur les projets CLSS, les travailleurs du social sont ceux sur qui retombe la presque totalité du travail partenarial social/santé, avec ses fortes contraintes ; néanmoins, cela leur permet de réaffirmer leur identité professionnelle en rappelant qu'il existe d'autres formes de légitimité que la légitimité médicale et son approche « *physique* ».

L'investigation sur ce point spécifique est à prolonger pour l'avenir : comment certaines propriétés sociales, comme le sexe et l'âge (ou l'expérience), l'appartenance à certaines professions ou institutions, l'occupation de certaines positions, etc. donnent une valeur inégale aux partenaires et introduisent des formes de hiérarchisation implicite ? Sur quels éléments se base la maîtrise des interactions propres aux espaces de discussion. L'hypothèse d'une émergence d'une sorte de capital spécifique partenarial, qui commence à être scolairement construite dans certaines institutions (dans des masters de management ou de gestion des ressources humaines qui forment aux postes de coordinateurs) est sans doute intéressante à explorer pour comprendre les logiques des dispositifs partenariaux. De même que la mobilisation de l'approche écologique des professions, et plus précisément la théorie des juridictions partagées¹⁵.

4. Des échanges de savoirs, surtout entre professionnels du social : prémisses d'une socialisation intersectorielle « *diffuse* »

Les échanges de pratiques ne peuvent se faire qu'entre professionnels dont les activités sont proches. Comme nous le dit une référente-quartier :

« On travaille, on se voit, on se réunit, mais ce n'est pas comme si quelqu'un allait... c'est pas comme si, je sais pas moi, quelqu'un de la maison médicale allait travailler à l'école et voyait comment les éducateurs travaillent ».

¹⁵ Dans l'approche développée par Andrew Abbott (1988), les juridictions partagées désignent des configurations où plusieurs groupes et segments professionnels sont reconnus légitimes à intervenir dans la résolution d'un problème donné, produisant des partages plus ou moins stables entre eux (settlements). Engagés dans des stratégies de légitimation déployées auprès d'auditoires différents, ils luttent pour l'appropriation d'espaces, de tâches, de problèmes et de publics auprès desquels leur expertise est susceptible d'être reconnue, luttes qui se trouvent au cœur de la plupart des travaux s'inspirant de cette approche (Demazière et Jouvenet, 2016).

Si les identités professionnelles sont touchées, on ne demande pas aux travailleurs de changer de métier ; s'il est sans doute péremptoire de parler d'échanges de pratiques entre professionnels, les éléments avancés permettent d'avancer qu'il existe à ce stade des échanges de savoirs.

Les rencontres répétées entre professionnels contribuent à identifier des besoins et de faire des arènes de réunions des sortes de « *centres d'orientation* », pour reprendre les termes d'une RAQ (Relais d'Action de Quartier). On entend par là la capacité à diriger des publics vers une structure qu'on estime plus compétente ou plus spécialisée que la sienne pour répondre à un besoin. Il ne s'agit donc pas d'échanges d'un volume de savoirs, au sens d'acquis intellectuels ou professionnels, mais de savoirs en tant que connaissances (au sens relationnel), du moins dans un premier temps. Le secteur « social » est un domaine où l'échange est au cœur de la culture de travail : les divers groupes de travail constitués dans les projets permettent d'apprendre à mieux se référencer mutuellement, d'essayer de prendre en compte les spécificités des uns des autres quand un dossier est traité. Ce travail de passeur est notamment assuré par celles et ceux qui sont à l'intersection de plusieurs métiers, et dont la réalité concrète du travail, en plus de réunions collectives, est notamment marquée par son caractère nomade : ils n'ont pas forcément de bureau de travail fixe et facilitent la mise en réseau : on parle par exemple des éducateurs de rue.

Dans le même ordre d'idées, les temps d'échanges se formalisent parfois dans des formations d'une structure à l'autre, qui permettent non pas de parvenir à des échanges de pratiques, mais au moins de davantage connaître les pratiques des uns et des autres, et ce toujours dans une optique d'orientation optimale des publics, ainsi que l'énonce le responsable d'une asbl qui propose de l'aide juridique face aux problèmes de logement, et qui est associée dans le cadre des CLSS à une maison médicale :

« Alors ici, avec la maison médicale, ça prend mieux mais je ne dirais pas qu'on a des échanges de pratiques. C'est plutôt qu'on essaye d'apprendre à mieux se réorienter et à... comment dire ? À essayer de prendre en compte les spécificités les uns des autres quand on traite un dossier, mais je veux dire, il n'y a pas par exemple de... On ne s'est pas formé à comment traiter des problèmes de santé mentale. On a fait des formations, nous, pour détecter certaines choses, voilà, mais ce n'est pas du jour au lendemain qu'on est devenu des spécialistes. Mais par contre, je pense qu'on se connaît déjà mieux, on s'oriente mieux des usagers et on communique plus, je pense, sur certaines problématiques

qu'on peut rencontrer. Mais au-delà de ça, je ne pense pas qu'on puisse dire qu'il y ait une contamination de pratiques. Il y a des bonnes pratiques générales : prendre en compte la souffrance de la personne, ne pas parler en son nom, ne rien faire contre sa volonté, des choses comme ça ».

Selon lui, se développent donc de « bonnes pratiques » générales, fruits d'une interconnaissance renforcée par des rencontres et des discussions. Cependant, il semble que les échanges entre professionnels des secteurs de la santé et du social ne se fassent pas sur le même registre : en effet, les professionnels du « social » évoquent des échanges qui leur apportent des connaissances supplémentaires sur des comportements à adopter face aux individus, pour leur sécurité mentale, à savoir un ensemble d'attitudes visant à entrer en empathie et dans une posture compréhensive de leur santé mentale, ce qui correspond d'ailleurs déjà pour certains à des routines professionnelles. En revanche, du côté des professionnels de la « santé », nous n'avons pas relevé de propos qui évoqueraient une montée en compétence sur des aspects spécifiquement liés au logement et ce qui caractérise une insalubrité (présence de nuisibles, état des installations électriques, humidité...). Il n'est question que d'« orientation » : les professionnels de santé orientent car ils connaissent désormais des structures spécialisées dans les difficultés de logement. Autrement dit, on a l'impression que les échanges de la « santé » vers le « social » permettent une prise en compte plus globale des individus (les habitants sont aussi des patients), tandis que les échanges du « social » vers la « santé » portent sur un meilleur référencement, d'une structure à une autre (et dès lors les patients ne deviennent pas des habitants). Faut-il y voir le signe d'une plus grande légitimité du savoir « sanitaire », qui parvient davantage à faire valoir ses grilles de lecture professionnelles chez d'autres professionnels ? Ou est-ce lié à une plus grande technicité du travail des spécialistes du « logement » ?

Dans un autre cas, qui soulève les mêmes questions, une maison de quartier travaille avec une psychologue : celle-ci reçoit des habitants qui rencontrent divers problèmes de logement. Ce partenariat existait avant la mise en place des CLSS ; l'instauration de ceux-ci a permis d'augmenter le volume horaire des échanges entre cette professionnelle et la permanence logement de la maison de quartier. Dans ce cadre, il semble que seule la psychologue retire des « profits » de ce partenariat : selon le responsable de la maison de quartier, le CLSS permet à la psychologue de se former à des problématiques sociales ; cependant, elle ne prend pas en compte ces dernières dans sa pratique avec les habitants :

« Elle dit qu'elle trouve ça intéressant, notamment la supervision qu'on a, parce que ça doit répondre à des interrogations qu'elle avait, de ce que les gens disent. Elle se sert de ça et elle peut aller chercher sur des blocages psychologiques, elle sait qu'elle a pas à se préoccuper de la situation sociale de personnes, elle sait que c'est déjà en cours, donc elle se focalise sur les problèmes psy, en connaissant les difficultés de la personne, sachant qu'elles sont prises en charge par ailleurs ».

Le responsable de la maison de quartier relate les rendez-vous bimensuels avec cette psychologue comme si ce n'était que celle-ci qui apportait son savoir aux autres : *« elle nous aide à prendre de la hauteur et à réfléchir. Une fois par mois, on va venir avec un texte, et l'idée c'est de réfléchir : en quoi ça résonne, on a envie d'écrire car des blocages psy particuliers existent »*. Ainsi, c'est la psychologue qui aide à *« prendre de la hauteur »* : l'image est spatiale, mais on peut se demander si elle n'est pas surtout symbolique, témoignant d'une hiérarchie entre deux espaces professionnels, l'un davantage lié au savoir, l'autre lié à des compétences pratiques, perçues comme moins légitimes.

Dans la grande majorité des cas, les réunions CLSS se déroulent entre professionnels du social, et les discussions s'accordent en général sur des projets dans lesquels la prise en charge des publics connaît trois modalités, pas forcément cumulatives :

- La première est une intervision professionnelle : à propos de situations particulières rencontrées par des individus, des travailleurs d'une structure sont interpellés par des travailleurs d'une autre structure. Les échanges exposent chaque situation, et la structure interpellée propose à des collègues d'orienter le public vers tel ou tel accompagnement. Soit l'accompagnement proposé s'avère satisfaisant ; soit il ne l'est pas, et alors les professionnels réfléchissent à une autre solution ;
- La deuxième est la réorientation : le processus est similaire, mais directement avec le public, du moins pour les structures qui proposent une permanence. Par exemple, une personne est avisée d'une fin de bail pour rénovation de son logement, et doit d'urgence trouver une solution pour se loger. Si la structure d'accueil n'est pas compétente, elle oriente vers une autre plus pertinente par rapport à la problématique rencontrée ;
- Enfin, la troisième possibilité est le relais. Si la précédente configuration n'est pas satisfaisante (une personne n'ose pas aller vers une autre

structure qu'elle connaît peu ou pas, ou alors elle est éloignée, ou encore il y aurait la barrière de la langue...), est proposé un accompagnement physique. De plus, puisque la personne a manifestement des fragilités ou des difficultés, un accompagnement plus global est proposé. Il s'agit d'établir un état des lieux de la situation et d'identifier des besoins, pour un accompagnement dans la durée avec plusieurs services.

Au-delà de leur déroulement en eux-mêmes et de leurs modalités d'organisation, les échanges entre professionnels produisent donc des effets concrets sur le travail de prise en charge et sur celles et ceux qui le mettent en œuvre. On y perçoit les structures du travail pluridisciplinaire et plus spécifiquement l'influence des professionnels et savoirs relatifs à la « santé » sur le travail « social ». Si les professionnels du « social », et en particulier du logement, ne sont pas en capacité de soigner, puisque leurs compétences thérapeutiques se situent en deçà du regard clinique, ils sont amenés à *« faire soigner »* (Schlegel, 2021) en suspectant, à tort ou à raison, des affections de différentes natures. En première ligne de l'accompagnement des publics, les professionnels du travail social peuvent les amener à intégrer des filières de prise en charge sanitaire. Dans ce contexte, on peut ainsi dire que, dans le partenariat, les professionnels de santé, y exercent une influence *« diffuse »* (ibid.).

Comme on l'a vu, la domination du « sanitaire » sur le « social » n'est pas totale : les professionnels du social tentent de s'aménager des espaces dans lesquels faire valoir leurs conceptions des prises en charge. La domination n'est donc pas incompatible avec des formes de collaboration.

E. Faire tenir des enjeux parfois contradictoires : le rôle fondamental des métiers de la coordination

Pour répondre aux contraintes liées au croisement des problématiques et à la nécessité de créer des lieux où se définissent des objectifs communs, où se mettent en partage et en récits les projets et où s'élaborent des méthodologies de travail spécifiques, les référentes-quartier apparaissent comme des ressources essentielles au service des projets et des opérateurs de la fabrication de l'intersectorialité (1). En tant que figures de liaison entre les différents acteurs du social et de la santé, elles sont aux premières loges des tensions concernant la définition de l'action et son pilotage (2).

1. Une pluridisciplinarité nécessaire face à la complexité et l'hétérogénéité des enjeux

On l'a vu précédemment : peuvent s'exprimer des tensions au sein des espaces formalisés, notamment en début de projet ; par après, elles diminuent, à mesure que les projets se développent.

« C'est une collègue, là, qui parlait de leader charismatique toxique. Elle disait juste, heureusement, qu'il n'y en avait pas dans le CLSS. C'est ça qu'elle disait, mais donc, oui, des personnalités qui monopolisent, qui prennent le dessus, qui tirent la couverture à eux, bien sûr. Mais j'ai quand même le sentiment que la façon dont tout ce projet est animé cherche à contrer ça ».

Le propos ci-dessus est tenu par une travailleuse d'un centre social. Elle compare la situation d'un projet dans lequel elle est impliquée au projet CLSS. Elle estime que celui-ci est pensé de sorte à éviter des problèmes qu'elle rencontre par ailleurs. Plus tard dans l'entretien, elle fait clairement référence aux référentes-quartier. Ces postes sont prévus par les deux feuilles de route (CLSS 1.0 et 2.0) : celles qui les occupent ont un rôle de coordination, depuis l'élaboration du diagnostic au suivi des projets. Cette organisation est à relier avec la nécessité de faire se rencontrer des secteurs en partie différents, dont on cherche, aussi bien chez les acteurs du social que chez les acteurs de la santé, à ce qu'ils développent de nouvelles compétences. Si la plupart des professionnels du secteur social sont formés et habitués à travailler collectivement, et ont à ce titre déjà un langage commun, les cultures professionnelles et l'organisation des structures ne suffisent pas à appréhender l'ampleur et la nouveauté des partenariats dans les CLSS. Par conséquent, le poste de référente-quartier concrétise le rôle d'intermédiaire et de coordination entre les cultures professionnelles ; il incarne le lieu « d'articulation des espaces institutionnels » (Nay, Smith, 2002). Comme le souligne une assistante sociale :

« Y a une différence entre les demandes de première ligne et les demandes des directions. On a besoin de personnes qui soient dans du pluridisciplinaire, capables de maîtriser l'ADN de chaque association, que chaque ADN percole dans ce projet collectif, pour dire que personne ne tire la couverture de son côté ».

Les prises de poste ont parfois été complexes (voir le premier rapport), bien que les CLSS transitent par les coordinations pour s'insérer dans des relations déjà établies. Chez les acteurs et actrices rencontrés, les référentes-quartier sont unanimement

perçues positivement. En vrac, voici ce que nous avons entendu à leur sujet : « *soutenant* », « *pleine d'idées* », « *fait des propositions concrètes* », « *accessible* », « *a des compétences méthodo chouettes et riches au niveau de l'animation d'équipe, au niveau de l'animation de réseau* »... Un responsable de maison de quartier développe davantage en valorisant la proximité de la référente-quartier avec le projet, et ainsi l'importance d'avoir un poste entièrement dédié à la supervision :

« [La référente-quartier], c'est vraiment quelqu'un qui montre du souci comme de l'autre côté de... personne, aucun autre pouvoir subsidiant ne le fait, qui est là, qui vient, qui fait une visite, qui pose des questions, qui connaît les projets, qui s'intéresse, qui lit ça avec un diagnostic local. Il dit : « ça, c'est incroyable, c'est génial ». Personne ne fait ça aussi bien dans tous les quinze pouvoirs subsidiant qu'on a »

Cette unanimité témoigne du caractère indispensable et, en creux, de la difficulté de travailler « naturellement » avec d'autres partenaires. Elles sont perçues comme ceux qui impulsent, cherchent des solutions pour dépasser les spécificités administratives et professionnelles de chaque partenaire, qui créent beaucoup de lourdeur organisationnelle. Au croisement de nombreuses problématiques, elles doivent définir des objectifs communs, ce qui n'a rien d'évident tant, comme on l'a vu, les motivations de la participation aux CLSS sont hétérogènes.

À cette hétérogénéité des projets et des motivations de participation répond l'hétérogénéité des profils des référentes-quartier, témoin de la diversité des tâches effectuées et des compétences demandées pour les mener à bien. Leurs trajectoires professionnelles sont en effet très variées : éducateur, universitaire, assistante sociale, commerce... Il est difficile de voir dans ces spécialités un métier qui les convoquerait toutes. Cela semble illustrer l'idée que la fonction de référente demande de nombreuses compétences, et condense plusieurs métiers en un. Il est d'ailleurs intéressant de constater qu'au-delà de quelques traits communs, les référentes ne mettent pas en avant les mêmes compétences et qualités pour définir le travail ou justifier le fait qu'elles ont été choisies pour ce poste comme l'illustrent ces trois exemples distincts : « *moi je sentais vraiment qu'ils cherchaient quelqu'un pour faire un diagnostic* » ; « *ma formation en communication a sans doute été bien vue* » ; « *comme j'ai une formation en économie pour gérer des budgets, mon profil les a intéressés* » ; parallèlement à ces qualités professionnelles, sont mises en avant des qualités personnelles perçues comme des atouts : « *débrouillardise* », « *souplesse* », « *adaptabilité* » et

« être bien psychologiquement ». Ainsi, la maîtrise des problématiques en santé communautaire, évoquée dans les fiches de poste des CLSS 2.0, est une compétence nécessaire et non suffisante : il est indispensable d'avoir des dispositions à faire travailler les gens ensemble et à maîtriser les aspects bureaucratiques de ces collaborations.

2. Un rôle en recomposition permanente

Le travail de référente-quartier, de la phase de diagnostic au suivi du déploiement des dispositifs, sollicite diverses compétences, inégalement activées selon les phases des projets. À certains moments, et notamment s'agissant des CLSS 1.0, elles ont composé avec un dispositif qu'il fallait davantage définir et investir, pour donner corps à la trame commune indiquée dans la feuille de route et balisée par l'accompagnement méthodologique : traduire concrètement l'intention politique, tenir compte des réorientations des projets, se confronter aux réticences de certaines professions (du côté médical), composer avec les enjeux politiques des CPAS... Demeurent quelques fils rouges, comme la mise en relation des partenaires, la publicité des projets, ou encore l'évaluation de ses retombées. Le point commun de ces missions est de placer les référentes à l'interface de multiples acteurs et enjeux.

Dans le précédent rapport, nous avons souligné qu'une répartition des rôles restait à éclaircir pour séparer la conception de la politique publique et sa mise en oeuvre opérationnelle. En effet, les référentes, dans la première vague des CLSS, se sont souvent trouvées dans une situation ambivalente, à la fois porte-parole du terrain et du politique. Dans ces conditions, les référentes se situaient dans un entre-deux pas toujours très clair, se rapprochant tantôt du politique comme aide à la stratégie, tantôt des opérateurs car ils accompagnent les réalisations. Nous avons alors recommandé que les référentes puissent se concentrer sur le déploiement opérationnel, tandis qu'un temps, au sein de la coordination, devait être consacré aux aspects de pilotage.

Dans les faits, cette distinction des rôles a été établie : les CLSS 2.0 n'ont pas rencontré les difficultés rencontrées lors de la vague 1, et les CLSS 1.0 les ont largement corrigées, ainsi que l'illustre le témoignage de ce membre d'une asbl en charge de la prévention des expulsions locatives :

« Les questions d'orientations plus politiques, c'est menaçant pour une équipe comme la nôtre qui vit par ailleurs des réalités de terrain assez intenses. Et donc, le fait d'avoir une espèce de double protection de l'une membre de la

coordination] qui prend et puis [la référente-quartier] qui prend et puis ça nous arrive, ça filtre quand même vachement (...) Ça permet de nous focaliser sur notre travail de terrain et de ne pas nous mettre dans ces tensions-là et de prendre soin de pouvoir vraiment nous investir, mettre notre énergie là où elle doit être. Construire notre méthode, notre cadre, notre mission, notre moyen, notre public, etc., tous ces trucs-là, c'est quand même un truc qui demande beaucoup d'énergie déjà. Donc, si en plus, on devait réfléchir à orienter tout ce travail-là en fonction...

_Oui, en termes stratégiques, politiques ?

_C'est ça.

_Donc, ça, ce n'est pas votre préoccupation.

_Pas du tout ».

Dès lors, les référentes sont considérées comme « l'incarnation du CLSS », pour reprendre les termes d'un animateur, expression qui souligne bien de quel côté se situent les référentes : avec les acteurs, du côté opérationnel, pour soutenir les projets.

« Elle est une ressource aussi, parce qu'elle représente le CLSS. Et que donc, si j'ai un doute, effectivement, sur est-ce qu'on peut faire ci, on peut faire ça, ou est-ce qu'il y aurait moyen d'activer telle ressource ou je n'en sais rien. Je peux y réfléchir avec elle et je souhaite avoir la réponse, soit elle va me dire « écoute, j'en parle et je te reviens » ».

Pour cette salariée d'une SISP, la référente est une « arbitre » : non pas entre le politique et la dynamique du projet, comme cela a été vu durant la première vague, mais entre les propositions des acteurs de terrain.

« Elle a un regard extérieur. C'est [le projet] une construction avec deux structures différentes, même si le projet est beau et qu'il marche bien, c'est quand même deux réalités institutionnelles qui parfois vont pas dans le même sens, pas forcément contradictoires mais pas toujours complémentaires. Donc [la référente] peut arriver avec un regard un peu plus tranchant ».

Même si la référente est ici évoquée comme étant une personne « extérieure », il faut comprendre l'utilisation de ce terme comme ne prenant pas parti a priori en faveur de l'une ou l'autre composante du projet (structure ou personne) : elle est non partisane au sein du projet, mais bel et bien dans le projet.

Ces perceptions s'étendent au poste de « coordinateur » dont disposent certains CLSS : pour les acteurs qui en disposent, c'est même « une condition sine qua non » pour atteindre les objectifs fixés, tant cette configuration permet de clarifier les positions et les rôles de chacun.

Les seules réticences que nous avons relevées quant au rôle des référentes se situent sur le terrain des livrables à rendre auprès de l'administration, une tâche qui est à la lisière du terrain et du politique, mais que prennent en charge les référentes. Cette situation est perçue - très minoritairement - comme un temps où le ou la référente n'est pas du côté du terrain, mais comme « un intermédiaire entre le pouvoir subsidiant et le projet » : « je trouve [la référente] très procédurière, très en quête que la COCOM ne vienne pas dire derrière «vous avez mal géré le projet». Elle porte ce genre d'inquiétudes ». Cela renvoie au maintien d'une verticalité du projet que nous évoquons dans la troisième partie.

F. Des secteurs saturés qui impactent le bien-être et la santé des travailleurs

« Parfois, quand tu veux appeler quelqu'un du CLSS : « ah, il travaille plus, il est en maladie » »
Une directrice d'asbl

C'est une dimension que nous n'avions pas envisagée comme objet d'investigation en entamant le travail alimentant ce rapport : nous nous sommes rapidement aperçus que plusieurs de nos sollicitations sont restées lettre morte pour cause d'absence ou de départ, pour raisons médicales. Également, nous avons appris que des personnes que nous avions rencontrées avaient quitté leur poste ; d'autres que nous avons vues avaient remplacé le ou la titulaire initiale du poste, et se trouvaient alors, parfois, dans l'incapacité de nous restituer la genèse des projets et leurs premières réalisations. Avec des collègues des personnes contactées, sans entrer dans les détails, on nous a évoqué des questions de « burn-out », d'« épuisement », de « surmenage », ou de lassitude face à l'impossibilité de se projeter dans des missions longues (contrats de travail temporaires). Dans un cas rapporté, c'est même au CLSS qu'est attribué le départ d'une travailleuse d'un CPAS, spécialisée la prévention des requêtes en expulsion : selon un responsable de projet, elle est désormais en burn-out car le CLSS aurait été pris comme un camouflet : « tu mets de l'argent public, régional, tu le dis à quelqu'un qui galère, qui est en pré-burnout, épuisement total, ça fait 15 ans

qu'elle s'échigne et ça ne fait qu'aller pire. Tu dis à cette dame : 'on a mis de la thune, mais sur un truc qui est... on te dépossède d'un truc... Voilà, je pense qu'elle a vraiment vu ça comme une giflette. Et je pense que c'est à titre personnel qu'elle l'a, voilà, entre nous, elle est partie en burn-out après, quoi ». Bien sûr, ce n'est pas le CLSS en soi qui est en cause mais l'arrivée d'un financement qui, en miroir, souligne le manque de moyens dans le travail.

Ce phénomène ne manque pas d'interpeller et est à prendre en considération tant il semble constitutif du paysage social bruxellois et, par-là, vecteur de la bonne conduite des politiques en général, des CLSS pour ce qui nous intéresse ici.

Le turnover des personnels (1) est le symptôme le plus visible d'une tendance de fond : la situation d'incertitude professionnelle des travailleurs du social, tant due aux exigences protéiformes de leurs missions (2) que d'évolutions plus générales de leur environnement professionnel (3), facteurs d'épuisement et de désenchantement. En bout de chaîne, c'est bien le service fourni aux populations qui est fragilisé.

1. Un symptôme : le turnover, entrave au travail sur le temps long

Les échanges de savoir et socialisations professionnelles, objectifs des CLSS, outre les conditions de leur réalisation abordées précédemment, rencontrent un obstacle majeur : ils ne concernent pas toujours les mêmes personnes (a), ni les mêmes publics (b). De plus, le manque de lisibilité et de continuité des financements empêche d'envisager les projets à long terme (c).

a) Turnover des personnels

La socialisation est un processus qui s'inscrit dans la durée, et produit des effets grâce à des échanges répétés. Or, la fréquence des absences interrompt la continuité nécessaire aux socialisations réciproques.

Ces obstacles à la socialisation peuvent être dus à des recrutements tardifs (temps de la définition des profils, de rédaction des fiches de postes, de sélection des candidats, si bien que quelques structures ont été initialement représentées, dans les moments collectifs, par des membres de la direction ou d'autres salariés n'ayant pas vocation à travailler durablement au sein des CLSS) ; des départs volontaires suite à une offre professionnelle considérée comme plus satisfaisante, comme le cas de cette RAQ dans une commune ; mais les motifs les plus

fréquemment rencontrés sont médicaux. Cela a des conséquences très concrètes sur l'évolution des projets et la fonctionnalité des services, comme le résume le directeur d'une maison de quartier :

« Il y a tellement de burn-out et de fatigue et des machins que ça prend trop de temps. Une des raisons de l'incompétence supposée des différents services, c'est que, très vite, on est bloqués : « Allô, ouais, machin n'est pas là, truc n'est pas là ». On sait gérer son propre dossier, mais dès qu'il faut travailler avec des autres, si les autres travaillent à 50 % de leur dynamique, c'est compliqué. Donc pour moi, le fait qu'il y a eu un surmenage dans le secteur social, ça impacte sur la qualité qu'ils ont à travailler avec leurs bénéficiaires, mais aussi à créer des ponts qui seraient nécessaires parce que c'est énergivore de travailler en réseau ».

Dans ces conditions, le remplacement d'un travailleur par un autre (quand cela est possible) demande un travail d'acculturation qui ne va pas de soi dans des projets complexes. La directrice d'une asbl d'entraide entre voisins témoigne de sa crainte permanente de voir l'un de ses salariés s'en aller, et de devoir recommencer à prendre du temps pour en former un autre, ce qui est autant de temps à ne pas travailler sur le fond des projets :

« Marine a repris le dossier en avril de cette année. Le fait que tu galères, ce n'est pas grave, parce que tu apprends plein de choses. Mais sur un truc, la précédente avait dit que ce serait pas possible, et Marine a mis 3 semaines pour en arriver à la même conclusion parce qu'on s'est pas rendus compte que l'analyse avait déjà été faite. Elle doit refaire un peu les mêmes erreurs, pas toutes, mais un petit peu quand même (...) Et elle va rester combien de temps ? Elle m'a dit pour toujours, mais on sait très bien que ce n'est pas vrai. Le jour où elle part, on recommence à zéro. Mais voilà, le turnover est élevé, parce que la pression au travail et tout ça... »

Ces contraintes sont d'autant plus prégnantes au sein de petites structures, qui ne peuvent pallier facilement ces difficultés. Le même directeur de maison de quartier constate une souffrance au travail au sein de sa structure et, même s'il le dit sur le ton de la plaisanterie, s'agissant de son cas personnel : « ma femme, qui est médecin, elle fait « toi, t'es en palliatif, mais on ne te donne pas de morphine » ». Il s'estime toutefois mieux paré que d'autres pour compenser les absences grâce au nombre de ses salariés : « On a un turnover, c'est pas grave parce qu'au lieu de cinq, on est trois. Si t'es deux et qu'il y en a deux qui sont en burn-out, t'es zéro. Donc ici, on peut assurer un minimum de continuité ».

« Zéro », c'est ce qui est arrivé à une asbl d'accompagnement des ménages dans leur recherche de logement, partenaire d'une maison médicale : la travailleuse sociale chargée des relations partenariales est partie en congé maladie longue durée ; cependant, l'un de ses coordinateurs a confié que « [la maison médicale] avait été super compréhensive », si bien que les ateliers prévus, reportés, ont repris après qu'une remplaçante a été trouvée et suffisamment informée des habitudes mises en place. Si cette péripétie se termine positivement, ne peut-on pas poser l'hypothèse que l'identité du partenaire, une maison médicale, avec des contraintes bien moindres, tant en temps qu'en matière de financement, y a grandement contribué ? Autrement dit, cet exemple n'illustre-t-il pas l'importance des moyens accordés aux structures pour la bonne marche des projets ?

b) Turnover des habitants

La continuité des dispositifs mis en place est également contrariée par un renouvellement fréquent des habitants : c'est du moins l'impression qu'évoquent de nombreux professionnels de terrain, qui évoquent pêle-mêle, pour et dans leur territoire, « un quartier de passage », des « gens qui en ont marre », « beaucoup de nouveaux », « beaucoup de déménagements ». Selon eux, ces mouvements sont dus à plusieurs facteurs, plus ou moins mesurables : jeunes migrants en errance, jeunes couples bruxellois qui s'installent pour un premier achat immobilier dans un quartier qui leur est financièrement plus accessible, primo-arrivants, départ de certains habitants pour cause de « sentiment d'insécurité »... Ce turnover aurait pour conséquence d'empêcher que ne se créent ou que ne se consolident des liens entre professionnels et habitants, mais aussi entre habitants.

On conçoit l'idée : comme pour la socialisation entre professionnels évoquée ci-dessus, l'intermittence des relations freine la possibilité de créer des habitudes, de se familiariser à de bonnes pratiques, ou de se sentir aidé sur le temps long. Comme nous le dit un travailleur d'une maison de quartier : « si tes voisins sont différents tous les deux-trois ans, à un moment donné, tu as moins de contact avec eux. Et ce n'est pas spécialement parce qu'il y a une méfiance entre voisins. C'est à chaque fois se rencontrer, s'apprécier, ça prend du temps ».

Cependant, ces éléments sont peu étayés, dans un sens ou dans un autre. Les professionnels évoquant ce phénomène disent l'avoir pris en compte par ouï-dire (« moi j'étais à Forest la semaine dernière, où on me disait qu'il y avait un fort turnover au niveau

des habitants » - une psychomotricienne ; « *« je n'avais pas pensé à ça, mais on m'a dit aussi que les gens ont tellement marre qu'ils se disent 'je pars'. Et il y a beaucoup de nouveaux dans les bâtiments et qui partent. On m'a juste donné cette information-là* » - une directrice d'asbl). L'existence de ce phénomène semble bâti sur une croyance, qu'il est difficile de soutenir et d'infirmer, mais qui est justifiée par un sentiment basé sur une expertise professionnelle.

Cela étant, on peut objectiver certains éléments : on sait que Bruxelles n'a jamais été autant peuplée¹⁶ et que, sur une période récente, la part des nouveaux habitants est élevée. Par exemple, au 1er janvier 2024, seulement 60 % des habitants qui composent la Région bruxelloise étaient déjà présents en 2014. La part de « nouveaux habitants » qui n'étaient pas présents 10 ans auparavant (au 1er janvier 2014) est donc de 40 %¹⁷. Au cours de l'année 2022, toutes les communes bruxelloises ont connu une croissance de leur population et « *les quartiers centraux (Pentagone et première couronne) de la Région sont souvent caractérisés par une intensité migratoire plus marquée*¹⁸ ». Enfin, les personnes sans-papiers, dont le nombre est évalué à 50 000, ne figurent pas dans les statistiques.

Les mouvements de population complexifient les tâches des travailleurs : quelle que soit leur ampleur, l'essentiel est bien de prendre en compte que cette donnée est perçue comme vraie, et qu'elle agit comme un élément explicatif des difficultés rencontrées pour mener à bien les missions. Qu'est-ce que cette croyance dit de/fait au travail mené ?

On peut probablement émettre deux interprétations, qui traduisent là encore les difficultés rencontrées : premièrement, les travailleurs ne maîtrisent pas tout. S'ils sont les acteurs spécialistes de leur quartier, ils sont spectateurs de certains phénomènes, sur lesquelles ils n'ont aucune prise, et ne choisissent pas « leurs » publics ; deuxième point, cumulatif au premier, cette croyance est alimentée par le fait, cette fois documenté, comme on l'a vu avant, qu'il faut sans cesse s'adapter à des changements inattendus, imprévus. En ce sens, elle fonctionne comme une des grilles explicatives des re-compositions permanentes du travail et souligne là encore l'adaptabilité dont il faut faire preuve.

c) « Turnover » des financements

Enfin, un dernier élément de discontinuité se trouve dans la difficulté à pouvoir se projeter à long terme dans des projets. Si certains perdurent, c'est rarement avec un financement unique et stable. Cette donnée structurante est génératrice d'incertitude : quel engagement investir dans un projet dont on sait qu'il n'excédera pas quelques mois ? Par ailleurs, et notamment pour des petites structures, le financement par le CLSS est aussi vecteur de complications administratives : par exemple, une directrice d'asbl nous indique que le salaire d'une de ses travailleuses est pris en charge à 50%. Cela signifie qu'elle doit trouver 50% par ailleurs pour offrir un salaire complet. Dès lors, elle s'engage dans un autre projet qui lui permet de combler le « déficit » salarial, mais l'oblige de nouveau par ailleurs. Une solution provisoire consiste alors à profiter de l'éparpillement des petits financements mais, dans une fuite en avant, cette solution provisoire est aussi porteuse de problèmes futurs.

Dans cet environnement éclaté (dispersemment des financements, complexité administrative, lasagne politique), bien des professionnels souhaitent un cadre plus stable, définissant clairement quelles stratégies subsidient quelles actions, l'un d'eux suggérant même « *un moratoire sur les CLSS tant que le PSSI n'est pas approuvé définitivement* » (au moment de l'entretien) pour que s'élabore une plus grande lisibilité du suivi des projets.

Ces différentes formes d'instabilités heurtent le temps nécessaire à un suivi de proximité, régulier et continu, donnant parfois le sentiment de pas avancer, comme le résume l'animateur d'une asbl :

« En fait, il y a une chose qu'on constate nous sur le terrain, c'est que j'ai l'impression qu'on travaille depuis 20 ans sur les mêmes choses, mais comme on n'accompagne pas les mêmes personnes, et que c'est exactement les mêmes projets, on est à chaque fois amenés à recommencer. On ne voit pas l'évolution des gens et des quartiers, en fait. C'est un éternel recommencement ».

¹⁶ Voir les derniers chiffres de l'IBSA (2024) à ce sujet : 1.1_population_evolution_annuelle_20240621.xlsx

¹⁷ IBSA & Statbel, calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

¹⁸ Baromètre social. Rapport social sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales de santé, 2023, p. 17.

2. Des missions de plus en plus diversifiées et parfois dissonantes

On a précédemment évoqué les formes d'hybridation professionnelle que l'on rencontre dans les métiers du social : elles sont recherchées dans le cadre de l'intersectorialité social/santé au cœur des CLSS et se créent par socialisation entre professionnels de divers horizons. Cette diversification en cours se double en réalité d'une diversification préalable à toute rencontre avec d'autres travailleurs. En effet, le travail social demande constamment de parer à certaines éventualités, comme le fait de pallier ponctuellement, une partie des missions du poste d'un collègue absent pour maladie. Nous avons souvent été confronté à des situations où, un travailleur étant en fin de contrat, c'est l'un des collègues de son service qui prenait le relais en attendant, éventuellement, une prolongation de contrat du titulaire initial, voire pour assurer l'achèvement du projet.

En outre, la multiplicité des missions, des financements, des partenaires, des situations individuelles, provoque des prises de poste complexes, longues, afin de bien les assimiler, notamment pour celles et ceux qui découvrent un quartier, comme le cas de cette travailleuse d'une association d'éducation permanente :

« Tu es recrutée dans ce poste-là, tu es bombardée. Tu as déjà 15 projets à suivre. Tu commences par où ? Déjà, tu travailles dans un quartier que tu ne connaissais pas, tu es choquée par tout ce que tu rencontres dans ce quartier-là. Il faut déjà un an, deux ans pour maîtriser un peu le quartier. Et puis tu as tous les gens qui connaissent mieux que toi le quartier. Tu te compares à eux et tu sens un peu conne ».

Les nombreuses formations, variées (« secteur du logement », « réseau associatif bruxellois », « réseau de santé mentale », « protection des données », « secret professionnel », « structures du CPAS », « guide Bruxelles Social », « parcours d'intégration pour les primo-arrivants », « santé communautaire »...) contribuent à répondre aux besoins et aux attendus des missions ainsi qu'aux hybridations professionnelles, au prix de fortes contraintes, qui dessinent le portrait de travailleurs flexibles, auxquels sont demandées de nombreuses tâches.

« Je connaissais pas le secteur du logement, [nom de l'asbl] m'a bien formée. J'ai dû assimiler tout ce qui existe. C'est très fatigant au début »
(Coordinatrice)

D'autres travailleurs nous disent naviguer dans des « *injonctions hyper contradictoires* » : en lien avec les nombreuses tâches administratives abordées dans la première partie, et avec la nécessité de répondre à des exigences formelles pour répondre à des appels à projets, ou de communiquer des « remontées opérationnelles » faite d'indicateurs qui ne reflètent qu'en partie leur activité, ils perçoivent l'obligation de réaliser certaines missions qu'ils ne peuvent mener à bien par manque de moyens, et on leur demande toutefois de les réaliser sous peine de se voir privés de subsides. Dans un secteur où une grande majorité de professionnels ont un rapport affectif à leur travail, perçu comme une vocation, répondant à une empathie pour l'autre et à une sensibilité aux inégalités sociales, la dissonance entre les raisons de l'implication et ses conditions concrètes d'exercice est perceptible et a des incidences concrètes sur des parcours professionnels, comme sur celui de cette animatrice qui révèle s'être réorientée pour ces raisons :

« C'est difficile de naviguer. Et c'est pour ça que je fais une réorientation aussi en milieu de parcours. Je suis en CDI. Auparavant, j'ai été engagée en CDD d'un an. Je ne sais pas si c'est important à dire, mais bref, j'ai fait une réorientation parce qu'en fait, ce n'est pas faisable. C'est un peu des sables mouvants, le truc. Donc est-ce que ma vision a changé ? Oui, parce que je crois que quand j'ai été engagée, j'avais une idée précise de ce que j'allais faire, enfin, relativement précise. Et ensuite, au fil du temps, assez vite, je me suis rendue compte que je ne pouvais pas faire ça, je me suis sentie quand même mise en échec dans le sens où on me demande de faire telle chose avec zéro outil pour le faire. Et ça, c'est assez décourageant ».

Les conditions de travail freinent les ambitions, et s'inscrire dans le temps long demande une énergie que tous ne sont pas capables d'assumer. Pour des travailleurs, notamment de petites structures, les normes d'évaluation du travail, quantitatives, et les exigences administratives qui leur sont imposées ont une conséquence concrète : la diminution du temps passé avec les publics, ce qui impacte la qualité de la relation et a une incidence directe sur la réussite et l'efficacité de l'intervention. Le plus difficile pour les travailleurs est de devoir répondre à des injonctions divergentes. Ils doivent tenir compte d'impératifs gestionnaires dans la double dimension du contrôle et de l'évaluation mais, aussi, trouver des solutions pour les publics, dans le cadre de relations d'un autre registre, faites de situations complexes qui nécessitent du temps pour bien intervenir à bon escient : « *intervenir n'est pas une simple activité technique mais bien réflexive* » (Bourque et Grenier, 2016, p. 18). Or, la manière

dont les professionnels auto-évaluent prioritairement leur activité et l'érigent en expertise n'est pas prise en compte, comme l'affirme cette assistance sociale, au sujet d'une personne âgée restant dans son domicile :

« L'impact, c'est qu'elle va vivre plus longtemps chez elle, plus heureuse. Elle va aller plus tard à la maison de repos, etc., qui a quand même un coût assez important aussi. Et pour moi, oui, si elle est plus heureuse, plus joyeuse, elle va coûter moins au niveau médecin, etc.. Par contre, je n'aurais jamais prouvé ça en chiffres sur papier. Mais après, moi, je suis un professionnel du secteur. Moi, je pense que ce que je constate, et mon témoignage, ça vaut quelque chose ».

Ces tensions portent atteinte à l'autonomie professionnelle et peuvent engendrer un sentiment d'impuissance et de perte de sens. De la sorte, les fondements de la relation d'aide sont questionnés.

3. Un cœur de métier en redéfinitions

Au cœur de discours clamant leur attachement, si ce n'est leur amour, à leur métier, il arrive que des travailleurs racontent des anecdotes personnelles malheureuses, comme cette directrice d'asbl qui, avant de nous recevoir, ne décolère pas d'avoir été quatre fois « klaxonnée dans la rue » alors qu'elle circulait à vélo. D'abord imputé à « la mobilité bruxelloise », l'incident est finalement mis sur le compte d'une « mauvaise humeur » et d'un caractère individuel : « je suis trop négative », puis « je n'en peux plus », « je suis frustrée ». Cette péripétie est alors l'occasion d'une tirade dont on ne sait pas trop si elle concerne le vélo ou le travail :

« Ce n'est pas si grave que ça. Mais c'est presque tous les jours alors tu es de plus en plus fâché. Et les gens qui travaillent depuis longtemps dans quartier-là, ils sont dégoûtés. Mais tu continues, tu continues. On ne peut pas abandonner. Nous on n'est pas encore frustrés, parce que ça ne fait que très peu de temps qu'on est là. Mais bon voilà, on essaie de s'en sortir, on doit se battre pour se faire une place ».

En réalité, les récits personnels sont régulièrement l'occasion de filer des métaphores avec le travail, comme cette AS qui « perd un temps fou à retrouver le nœud de [s]a fille le matin », puis qui précise qu'elle fait de même avec des justificatifs que des usagers ne lui fournissent pas. On peut y voir l'expression d'une continuité entre vie personnelle et professionnelle, mais aussi les symptômes d'une lassitude face aux nombreuses sollicitations dans un environnement pas toujours épanouissant. Là

encore, des témoignages pointent le fait que certaines organisations publiques sont désormais perçues comme des prestataires de services cherchant l'efficacité, plutôt que d'être les lieux de réalisation d'une éthique du bien commun et d'établissement de relations sociales. De ce point de vue, la finalité des services proposés reposerait davantage sur l'atteinte de résultats que sur le fait que les usagers aient reçu des réponses adaptées à leurs besoins.

Dans ces circonstances, les travailleurs du social constatent des tensions entre d'un côté leurs idéaux professionnels, ou du moins ce qu'ils ont pu connaître, et de l'autre les exigences des organisationnelles des structures dans lesquelles ils travaillent : en effet, un décalage est observé entre la qualité de la pratique souhaitée par les professionnels (disponibilité, temps, suivi des dossiers) et, parfois, la pratique prescrite par les normes organisationnelles et gestionnaires (notamment les formes d'évaluation de l'activité, comme on l'a vu précédemment), ce qui engendre un stress pouvant nuire à leur jugement, leur santé, et finalement aux services offerts aux usagers, et qui est en partie source du turnover constaté.

Ainsi, l'un des objectifs des CLSS, la lutte contre le non-recours au droit, est très marginalement présent des projets. Pourtant, l'initiative est saluée et est considérée par de nombreux professionnels comme « innovante ». Si quelques réseaux constitués permettent d'attirer de nouvelles personnes, les travailleurs déplorent cependant que les personnes non-régularisées soient largement absentes de leur projet. Pour certains, c'est en raison de la nature même de leurs missions : un lieu de liens, par exemple, a vocation à accueillir des publics et non à aller les chercher. Pour d'autres, la difficulté à aller chercher ces « invisibles » ne résulte même pas de stratégies qui ne donnent pas satisfaction : par manque de temps, de disponibilité, il n'est même pas possible de réfléchir à comment les atteindre, comme le regrette cette travailleuse d'une permanence logement :

« On a tellement de monde qui vient pour la permanence logement, car le bouche-à-oreille se fait beaucoup, on est identifiés par les structures du quartier qui nous renvoient des gens. Donc on se pose même pas la question [d'aller chercher les plus éloignés], car ceux qu'on voit sont tellement dans des galères... Quand j'étais à ATD Quart Monde, on avait vraiment cette vigilance d'aller chercher les plus exclus, et de mettre des choses en place, partir du principe qu'on voyait pas forcément tout le monde. Alors qu'ici, y a déjà tellement de gens qui viennent que j'ai pas l'impression qu'on mette des choses en place ».

Face à certaines de ces difficultés, les professionnels développent des stratégies de défense et de protection : ainsi, s'ils ont des raisons légitimes de déplorer certaines évolutions, ils aiment se rattacher aux « *belles histoires* », ce qu'ils appellent parfois des « *quick-wins* » : une maman solo qu'on a fidélisée, des parents qui acceptent de faire garder leur enfant, une solution de logement, la capacité à orienter un habitant vers la structure adéquate, un mot de remerciement en français d'un homme dont on croyait qu'il ne s'exprimait qu'en arabe, un accueil café qui attire du monde malgré une météo défavorable...

« Parfois, on attend un peu des miracles avec des cacahuètes. Mais je ne veux pas râler, parce qu'on a quand même, on a de très, très belles histoires. La semaine passée, on a fait des shootings à [commune, quartier]. Tu vois trois dames, isolées, sur lesquelles on a mis les voisins en contact. C'est magnifique à voir. Je prends l'histoire de Ludivine, qui râlait, qui ne bougeait pas, qui était etc. Là, on a deux voisines qu'on a matchées. Il y a une dame qui va tous les jours, une petite heure, juste pour dire coucou, parce qu'elle habite à côté. Et une autre, une Africaine, qui va une fois par semaine, toutes les deux semaines, et qui amène la joie. Elle dit encore qu'elle n'en a pas besoin, mais tu la vois changer. Et ça, pour moi, ma journée, elle est bonne. Ma semaine, mon mois, il est bon. » (Directrice ASBL)

« Moi j'ai parfois eu des baisses de moral.. Je suis pas politique mais je ferais pas comme ça (rires). Et en même temps, il se passe quelque chose, on va se raccrocher au petit. Le CPAS, c'est un acteur essentiel, y a plein de gens qui loupent les aides, alors si on peut le rapprocher des assos, c'est des petites victoires, si une personne a un logement pour un an... » (Coordinatrice CLSS)

De même, a souvent été évoquée une croyance : « *il y a pire ailleurs* ». Ainsi, un travailleur du CPAS de la commune A va affirmer que le CPAS de la commune B est réputé pour être complètement débordé, tandis que des travailleurs du CPAS B vont qualifier de la même manière le CPAS de la commune C, et ces derniers pointeront le A... Ces propos sont toujours accompagnés d'un cas critique entendu. Légendes urbaines ou non¹⁹, elles permettent, par comparaison, de se rassurer sur ses propres conditions de travail. En dernier recours,

certaines, en réaction à ces conditions, affirment que « *ça marche dans les deux sens* » : si ces conditions sont perçues comme inacceptables, ils peuvent aussi partir, phénomène qu'illustre le turn-over. Sur l'un des projets entamé en 2024, déjà une troisième coordinatrice arrive en juin 2025, la première ayant renoncé à accepter un nouveau contrat court, et la seconde ayant pris le poste en attendant d'entamer un autre emploi plus rémunérateur pour lequel elle s'est précédemment engagée.

Ces éléments amènent chez certains la volonté l'idée de faire apparaître le « *bien-être des travailleurs* » comme objectif des CLSS. Sans mettre, évidemment, leur situation en équivalence avec les publics suivis, ils espèrent que le dispositif pense à ce qu'ils peuvent ressentir, eux sur qui repose le poids et la responsabilité d'impulser, d'accompagner des changements dont les effets se font sur des années, et qui viennent toucher leurs professionnalités, partie intégrante de leur identité. Il est donc important de souligner que les partenariats participent de la fabrication des existences, tant de celles des professionnels engagés que des cibles des partenariats.

Conclusion de la deuxième partie : l'efficacité des partenariats dépend de l'effectivité des socialisations

Si les CLSS, dans leur principe visant à rapprocher social et santé et à encourager une approche territoriale, suscite presque unanimement l'adhésion, leur mise en application en va pas de soi et demande de nombreuses adaptations. Ces difficultés sont déjà mises en évidence dans la première partie du rapport ; elles sont particulièrement centrées ici sur les travailleurs eux-mêmes, sur qui repose le déploiement des projets.

L'incitation à l'intersectorialité touche les identités professionnelles, entendues comme des savoir-faire propres à un métier. Ceux-ci, acquis après des années d'études, d'emploi, et propres à des professions elles-mêmes associées à des pratiques et des traditions spécifiques, sont mises en question : beaucoup de professionnels se demandent ce qu'ils ont à perdre dans cette redistribution et ce nouveau partage des compétences. Un savoir technique, ou une légitimité acquise par une structure depuis plusieurs années va-t-elle être remise en cause,

¹⁹ On peut poser l'hypothèse que les cas sont « vrais » puisque chaque commune rencontre des difficultés, mais que la connaissance des cas les plus complexes dépasse les frontières communales car c'est surtout d'eux qu'on parle. On a alors l'impression que des cas exceptionnels sont répandus, puis qu'on parle moins des routines de travail « positives ».

partagée, retirée... ? La diversité des intérêts et des implications (vue dans la première partie), pose la question de la combinaison de cette diversité : elle ne va pas de soi et met en avant la centralité de la coordination pour faire tenir ensemble des enjeux qui ne sont pas toujours communs, et des travailleurs dont le métier est en constante adaptation.

D'abord perçues de façon distante, voire comme une menace, elles peuvent être progressivement surmontées à la condition que les projets rassemblent effectivement des professionnels, de façon répétée et stable. En effet, le préalable nécessaire à la réussite des partenariats repose sur la socialisation entre professionnels, c'est-à-dire la capacité à entretenir des relations à même de réaliser l'ambition d'échanges entre secteurs du social et de la santé. Or, ce préalable n'est pas toujours appliqué ; et certaines de ses applications ne concernent que des acteurs du « social ». Les collaborations entre professionnels révèlent également des luttes pratiques et symboliques pour faire valoir sa propre professionnalité. Ces difficultés ne sont pas propres aux CLSS : on les retrouve dans tous types de dispositifs impliquant de la collaboration. Mais elles sont d'autant plus saillantes dans un contexte de précarité, notamment marqués par des financements sur projets, qui obligent parfois des structures à avoir d'abord pour urgence la recherche de financements, au détriment de la qualité de l'offre et ses soins apportés aux publics.

Il ressort de ces éléments que la première condition de réussite des partenariats repose sur des emplois et des missions pérennisées, afin que des habitudes de travail partagé, vecteurs de socialisations, puissent s'établir et devenir pérennes. Autrement dit, la réussite partenariale est indissociable de l'environnement de travail de celles et ceux qui sont chargés de les mettre en œuvre. Par environnement, on entend aussi bien les éléments statutaires (notamment la durée des contrats de travail) que les configurations partenariales locales, comme vu dans la première partie.

Cette deuxième partie rappelle **donc l'efficacité de partenariats s'ils s'appuient sur un réseau d'acteurs caractérisé par l'interconnaissance, la confiance et la stabilité des relations.**



**Les CLSS,
vecteurs d'une
« territorialisation
par le haut » ?**

Les reconfigurations territoriales, dont les CLSS sont à la fois un symptôme et un accélérateur, sont à l'origine d'un mouvement de balancier entre local et régional : d'un côté, elles concrétisent l'avènement d'un pouvoir local, conçu à l'échelle du quartier ; de l'autre, l'ancrage territorial ne fait pas disparaître la région qui se positionne en « *chefe de file* » (Loncle, 2009) en ce qu'elle apporte des financements et sélectionne les « opérateurs ».

Ce mouvement valorise tantôt le territoire, puisque les contrats d'action publique, tels que les CLSS, ambitionnent une meilleure prise en compte des propositions locales. Pour ce faire, ils s'adaptent à l'impulsion donnée par le pouvoir subsidiant : par leur flexibilité, ils introduisent une différenciation prenant en compte des spécificités territoriales. La philosophie des CLSS s'inscrit donc dans ce que la littérature a identifié comme la « *territorialité* » (Faure, 2007). Le territoire, sa localité, serait le support de certaines représentations, de principes, de définitions de problématiques, sources d'une politique relativement autonome en matière social/santé. Il y aurait ainsi un renforcement du pouvoir local, puisque c'est localement que l'action publique se définit désormais. Ce pouvoir local ne se réduit pas aux autorités locales : le « local » et le « territoire » sont un ensemble d'acteurs qui agissent dans le cadre d'un espace infrarégional, un espace ad hoc mis en place autour d'un enjeu d'action publique particulier (le quartier pour les CLSS, le bassin pour le PSSI).

Les analyses en termes de territorialisation de l'action publique s'accompagnent de nombreux écrits évoquant une forme de « *retrait de l'Etat* », ou de « *desserrement du verrou de l'Etat* » (Le Galès, 1999), ici l'échelle régionale. La montée en puissance des pouvoirs locaux peut alors apparaître comme le pendant de ce retrait de l'Etat. Cependant, comme le résumait Duran et Thoenig, les travaux sur la territorialisation de l'action publique opposent moi l'Etat aux autorités locales que l'Etat central aux territoires : « *le territoire, plus que l'appareil d'Etat, constitue aujourd'hui le lieu de définition des problèmes publics* » (1996). Dès lors, il n'y a pas forcément de retrait de l'Etat/région, mais plutôt des reconfigurations étatiques/régionales.

Dans ces conditions, dans quelle mesure les CLSS contribuent-ils à un renforcement du pouvoir local ? Dans quelle mesure permettent-ils à l'échelon régional de marquer son empreinte ? Autrement dit, qui, du « local » ou du « régional », tire son épingle du jeu ?

Nous verrons dans cette partie que si l'échelle quartier est plébiscitée par les acteurs territoriaux, et qu'elle favorise des synergies locales (A), elle n'est

pas non plus sans poser un certain nombre de questions, faisant des bienfaits de la « territorialité » un argument en partie réversible (B). En retour, l'échelon régional, bien que promouvant une politique locale, ne s'efface pas, et peut, par certains aspects, être considéré comme asseyant son autorité, ce qui correspond à la valorisation du « fait régional » (C).

A. Agir à l'échelle du quartier : « quadriller le terrain »

Que signifie une grille de lecture des problématiques social/santé à l'échelle du quartier ? Pour nombre de travailleurs, agir à l'échelle locale est le meilleur moyen de « *quadriller le terrain* », pour reprendre une expression fréquemment entendue. Par là, ils entendent la possibilité pour les habitants de bénéficier de services essentiels (tant de structures publiques que privés, avec l'exemple de « *l'épicerie du coin* ») dans un rayon, depuis leur logement, de 300 à 500 mètres. Les « *points de référence* » (avec un personnel stable) sont réputés rassurer certaines populations (notamment les personnes âgées isolées), ce qui leur permet d'investir l'espace public et donner vie au quartier. Selon eux, l'une des conditions d'une telle réussite est précisément de rapprocher les structures des quartiers, même si les frontières de ces derniers sont mouvantes en pratique, certains intérêts aboutissant à un certain pragmatisme (1). Outre les éléments de collaboration mis en avant dans les parties précédentes, les CLSS permettent de rapprocher les structures de quartier avec le pouvoir communal, via les CPAS (2). Cependant, l'échelle quartier ne paraît pas (encore) pouvoir dépasser l'obstacle de la participation des habitants, difficilement mobilisables dans les projets (autrement que comme bénéficiaires) (3).

1. Le quartier : un échelon extensible

Tout le monde s'accorde sur l'idée que toute politique publique se doit d'être circonscrite à une échelle géographique ; chaque base a ses avantages, ses inconvénients, et surtout ses aménagements : le choix de cette base correspond à une manière de considérer et prendre en charge un problème. Nous l'avons ressenti quand un coordinateur nous a rapporté la manière dont il a perçu la réaction de la responsable Habitat de sa commune à l'annonce de la création des CLSS :

« Elle ne croyait pas du tout dans l'approche quartier, vraiment, elle considérait qu'elle était une... elle est une 'communale', et elle ne voit

pas pourquoi on ne vient pas renforcer son cadre à elle, et pourquoi est-ce qu'on rajoute une couche d'un truc qui est sur un quartier, alors que c'est des matières communales, et voilà. Et elle m'a clairement fait comprendre qu'on lui avait dit qu'il fallait qu'elle collabore avec moi, donc elle allait faire comme ça, mais que je n'avais pas intérêt à venir la faire chier, quoi ».

En réalité, la réaction négative suscitée ici par les CLSS doit sans doute moins liée à une opposition au dispositif qu'à une crainte de la remise en cause d'une expertise professionnelle, comme évoqué dans la deuxième partie de ce rapport. Cela montre qu'au-delà des interactions partenariales et de leurs conséquences, sur lesquelles on a mis l'accent, la question du choix de l'échelle vient aussi toucher les identités professionnelles.

Mais de manière générale, les avantages du niveau quartier sont mis en avant : ils sont liés à la rhétorique de la proximité, mise en avant par le politique, et validée par les acteurs de terrain qui y projettent leur niveau d'expertise. La réduction du périmètre géographique serait ainsi compensée par une plus grande finesse de l'expertise, localisée. Cette proximité est à la fois institutionnelle (entre structures) et tournée vers les publics (entre structures et publics). Les populations les plus vulnérables s'orientent spontanément vers les structures locales, et ces dernières se connaissent mutuellement et se les réfèrent, comme le résume cette assistance sociale chargée entre autres d'un « accompagnement logement » au sein de son asbl :

« Les gens qui ont des soucis de logement, les premiers acteurs qu'ils vont solliciter, c'est les acteurs du quartier, donc moi je les connais un peu, on se parle, on se donne des tuyaux, on cherche des solutions ensemble. Je pense que si c'était à une échelle plus large, ça se mettrait pas aussi bien ».

Cela étant, le périmètre défini est aussi l'objet de discussion : doit-il être entendu de façon stricte (selon les frontières administratives, repère fondamental mais en partie arbitraire) ou de façon plus souples (en fonction des « lieux de vie » entend-on souvent) ? Les réponses à cette interrogation montrent que les travailleurs s'adaptent aux contextes locaux, et favorisent donc la deuxième option. Dans les faits, la question ne se pose pas de la même manière pour tous les quartiers, car certains d'entre eux sont bornés par une frontière géographique « infranchissable » (le long du canal) ou « visuelle » (une grande avenue). Mais dans les cas où l'on passe d'une rue à une autre semblable, il est impossible de savoir que l'on passe d'un quartier à un autre.

Nous avons été confronté à un seul discours qui considérerait que son action devait se déployer dans un « périmètre strict » : « s'ils sortent du périmètre, on ne peut pas travailler avec eux. Ils doivent travailler dans une autre association, [nom de l'asbl] ». Cette intransigeance est justifiée par la crainte de ne pas pouvoir répondre à toutes les demandes (« si on dit 'ah, vous cherchez un logement, vous voulez que quelqu'un vous aide à chercher, eh bien venez chez nous', notre service va exploser »). Surtout, quand bien même ce risque serait limité, c'est la nature même de la structure qui justifie ce discours : nous avons en effet ici affaire à une maison de quartier, communale, et son directeur considère qu'à ce titre, son domaine d'action n'est pas extensible à un autre quartier, et a fortiori à une commune voisine.

Mais hors ce cas « administratif » particulier, la souplesse quant aux frontières des quartiers s'impose, et ce avec plusieurs justifications.

Il peut tout d'abord s'agir de personnes déjà suivies, qui ont été amenées à changer de quartier et même, parfois, de commune. Cependant, elles restent attachées à leur quartier d'origine, y ont gardé des connaissances, et souhaitent parfois une continuité dans la fréquentation des structures, notamment dans un souci de fidélité aux professionnels de santé et de suivi de leurs dossiers médicaux.

« Moi je continue à les accompagner un temps après, car l'idée est de pouvoir vérifier que tout se passe bien, de leur dire les aides auxquelles ils ont droit, de les renseigner sur les nouvelles structures locales qui existent, dans leur nouvelle commune éventuellement, et pas juste parce que c'est plus à [commune d'origine], 'ben démerdez-vous quoi' (...) Pour nous, ça peut dépasser un peu le quartier ».

Ci-dessus, le discours de la responsable d'une Permanence Logement coïncide d'ailleurs avec les missions de son asbl. Celle-ci agit en effet hors du quartier, et même hors de la commune : en effet, les recherches de logement s'avèrent peu concluantes dans la commune même (« c'est bouché »). Elle nous indique alors que le quartier circonscrit par le CLSS peut tout à la fois être l'espace dans lequel se fait un relogement, mais aussi qu'il peut tout aussi bien être un point de départ, vers une autre commune. L'accompagnement peut donc se faire au-delà des limites pensées par le politique.

Dans le même ordre d'idée, un projet porté par une maison médicale fait intervenir une école de yoga située hors du territoire de la commune concernée. De fait, cette école est donc partenaire de ce CLSS. Pour le responsable du service de santé mentale

également impliqué dans le projet, l'appel à cette structure se justifie par « l'interconnectivité, le réseau », pour répondre au fait qu'une école équivalente n'est pas dans le quartier. En quelque sorte, on s'affranchit (un peu) des règles du CLSS (zone géographique dépassée) par une justification qui s'inscrit dans leur philosophie (ouverture, partenariat).

Ensuite, si des quartiers se côtoient indistinctement, les travailleurs prennent en compte les « lieux de vie » : comme le dit la salariée d'un centre social, *« les besoins ne diffèrent pas d'une rue à l'autre »*, ce qui relativise l'application stricte de l'échelle « quartier ». Beaucoup d'entre eux confient leur embarras s'ils ont connaissance d'une personne qui entrerait dans les critères sociaux de prise en charge mais qu'ils ne pourraient accepter : *« c'est difficile de dire 'au nom de l'administration parce que vous n'êtes pas dans notre découpage administratif, vous ne pouvez pas venir' »*. Il s'agit alors de s'arranger à la marge avec les frontières du dispositif en arguant du fait que ces habitants, bien que non-résidents, participent à la vie du quartier.

Enfin, avant même que ne se présentent des situations ambivalentes, des projets ont intégrés dans leur programme l'éventualité que se présentent des personnes hors du périmètre strict du quartier. C'est par exemple le cas dans un quartier très doté en équipements et services, qui jouxte le quartier d'une autre commune qui n'accueille pas de CLSS. La coordinatrice du projet, destiné aux mères de famille, a établi en amont un nombre de personnes « extra-communales » qu'il sera possible d'accueillir si les mères du quartier d'origine ne pourvoient pas toutes les places du projet. Un animateur résume : *« notre critère géographique et n'est pas celui du domicile, mais bien celui de l'ancrage quartier »*.

2. Un rapprochement avec le CPAS et la commune

Les CPAS sont des acteurs incontournables pour mener à bien les objectifs des CLSS, car ceux-ci transitent via les coordinations. Pour beaucoup d'habitants en situation de précarité, franchir les portes du CPAS peut constituer le dernier filet de sécurité avant de se retrouver à la rue. Il est donc associé à des situations desquelles on veut se détacher, mais est également un acteur qui demande à ceux qui y ont recours de justifier leurs demandes, leurs activités, leurs revenus. Intégrés à cette structure, les CLSS peuvent alors porter les représentations négatives projetées sur les CPAS, chez des personnes qui, probablement, y ont un rapport contrarié, ainsi qu'aux institutions de manière

générale. Comme cela a été évoqué dans le premier rapport, cette double casquette des CPAS (à la fois recours et sanction) est porteuse d'un risque quant à la possibilité pour les CLSS d'être associés à une démarche perçue comme « positive ». Cependant, une manière de dépasser cette méfiance supposée est précisément de passer par le CPAS pour en modifier la perception. À ce titre, référentes et porteurs de projets identifient désormais le CPAS comme « incubateur de projets », c'est-à-dire comme une structure pourvoyeuse de subsides.

Le CPAS : un incubateur de projets

Si cette situation ne garantit pas des relations par lesquelles tout le monde sort gagnant, elle oblige à un dialogue, des négociations. Les processus de sélection des projets, tant pour les CLSS 1.0 (appels à projets puis sélection des candidats) que 2.0 (recherche de consensus entre les candidats) nécessite une première forme de partenariat : la recherche de compréhension des logiques professionnelles, des contraintes, des disponibilités de chacun. Nicolas, un porteur de projet, note une inflexion après quelques mois : *« la collaboration avec des services communaux »*. Cette collaboration a notamment un effet concret : des habitants contactent sa structure après avoir été orientés par le CPAS, *« alors qu'au début, pas du tout »*. Autrement dit, il perçoit une circulation du public, du CPAS vers le CLSS. Il développe l'exemple d'une maison de quartier communale avec laquelle, après un temps de méfiance réciproque, des relations constructives se sont établies :

« Dans l'équipe prévention des expulsions, il y a la maison de quartier [nom]. Et effectivement, les premiers temps d'échanges montraient une réserve assez forte. Et en fait, dans la collaboration, maintenant, ça se fait... En tout cas, on a maintenant de chouettes échanges ».

Comme vu précédemment, le temps et la disponibilité des travailleurs sont fondamentaux pour la continuité des projets. Tous les acteurs rencontrés mettent en avant ces deux conditions, sans lesquelles la mise en place des collaborations serait très longues. Quand elles sont remplies, le processus est déjà suffisamment complexe ; à leur évocation, sont prononcés des propos tels que *« ça se tisse doucement »*, *« ça prend du temps »*, *« il faut le temps »*, *« avec de la patience... »* (extraits d'entretien avec divers acteurs).

Nicolas rapporte que le projet qu'il mène rogne sur les compétences traditionnelles du CPAS mais, dans la mesure où l'approche réseau est pertinente pour y répondre, la relation entre les structures

finir par se faire en bonne intelligence. Il constate « un changement radical (...) : que le responsable du service prévention ait rencontré le CPAS et d'autres et tout, ça, pour moi, c'est vraiment un des aspects les plus positifs du projet CLSS. C'est vraiment la mixité des institutions qu'on y retrouve ». On voit dans cet extrait d'entretien que le CLSS, en plus de jouer un rôle d'intermédiation entre structures d'un projet, permet l'intermédiation entre le projet (c'est-à-dire les structures qui le constituent) et le CPAS.

Une diminution des préjugés entre CPAS et secteur associatif

Plusieurs référentes-quartier soulignent un renversement de dynamique : comme cela a été souligné précédemment (et dans le premier rapport), la méfiance initiale a progressivement laissé place à une atmosphère favorable à la réalisation d'un partenariat efficace. Ainsi, une coordinatrice nous confie que le moment consacré aux reproches adressés au CPAS ont progressivement diminué puis ont disparu :

« Quand [la référente quartier] a commencé le groupe de travail CLSS, on représente le CPAS aussi, les premiers temps étaient dédiés à « mais le CPAS a pas fait ceci ! », y avait un temps où on réglait ses comptes avec le CPAS. Ça a été le cas pendant longtemps, y avait quelqu'un qui faisait une remarque, et tout le monde s'y mettait. Mais lors des dernières AG, il n'en est plus question du tout »

On constate donc que la relation de méfiance (voire d'« inimitié » indique une référente quartier) entre CPAS et secteur associatif peut être dépassée : le partenariat lève des représentations, des méconnaissances sur les possibilités de chacun. Surtout, dans la mesure où les intérêts sont mis en commun, le CPAS profite pleinement des retombées positives projets. Même de manière officieuse (les CPAS ne sont pas tous parties prenantes des projets, du moins en tant qu'institution spécifiquement subventionnée), le CPAS n'est plus perçu avant tout pour ses manquements.

Le CPAS : un facilitateur

Grâce à ces relations de confiance, le CPAS apparaît comme un facilitateur pour les structures des CLSS dans au moins deux dimensions.

Tout d'abord, sur le fonds des projets, le CLSS peut servir de relai pour bénéficier de certains services des CPAS : dans un sens (du CPAS vers les CLSS), il peut s'agir de l'accès à des nouveaux publics : des

personnes rattachées au CPAS peuvent être orientées vers les structures du quartier (et notamment ces personnes âgées isolées peu visibles dans l'espace public) et dans l'autre (des CLSS vers les CPAS), les projets peuvent servir de « cheval de Troie », en ce sens qu'ils offrent la possibilité aux structures associatives d'accéder au rang des compétences (juridiques, politiques) des CPAS. C'est ce qu'indique le directeur d'une asbl d'aide au logement :

« Il y a des choses, en tant qu'asbl, on peut faire, et on est subventionnés pour ça, c'est de l'intérêt public, mais il y a des choses où, avec toute la bonne volonté du monde, on n'a pas de prérogative publique, on n'a pas de gestion de la puissance publique, on n'a pas les moyens affectés, et il y a forcément des choses qui sont du ressort des pouvoirs publics, et notamment du CPAS, quand il s'agit de logement et d'aide sociale. Et maintenant, avoir ce contact-là avec le CPAS, ça nous permet quand même aussi de mieux mener et visibiliser nos missions »

Ensuite, sur des aspects organisationnels, des acteurs du CLSS « profitent » de la centralité du CPAS pour transmettre certaines demandes qui, sans lui, seraient certainement moins audibles. Ici, la référente-quartier, en tant qu'agent de liaison entre CLSS et CPAS, fait figure de porte-voix pour les acteurs de terrain :

« Via [la référente-quartier], le CPAS permet de relayer des informations qu'on a, notamment financières, le fait que ça arrive toujours après les délais. Même la reconduction du projet est toujours annoncée à la fin, ce qui est difficile pour nous, car il y a des salaires qui en dépendent, un paiement de loyer, c'est une des difficultés qu'on relaie à [référente-quartier], qui fait le nécessaire pour essayer de faire entendre nos voix »

Également, une référente rapporte que certaines structures associatives de son CLSS, parfois démunies en personnel, recourent au CPAS afin d'être renseignées et aidées sur des questions comptables et budgétaires. En cela, elles bénéficient de l'ingénierie des CPAS.

Des difficultés persistantes, mais non spécifiques aux CPAS

Cela étant, le discours sur le rapprochement entre quartier et commune, via les CLSS, n'est pas unanime. Des difficultés évoquées précédemment (sous-effectif, rotation des travailleurs...) obèrent les coopérations : une directrice d'asbl estime ne « pas savoir leurs limites à eux, leurs contraintes à eux, et parfois, ils ne sont pas capables de fournir ce

qu'on demande ». Elle estime également que le CPAS a tendance à renvoyer vers elle des personnes pour lesquelles elle n'a pas plus de réponses à apporter que peut en avoir un CPAS. En ce sens, elle perçoit là aussi une forme de délégation du public vers sa structure, comme si le CPAS se dégageait d'une situation qu'il ne sait pas résoudre :

« Le CPAS renvoie des gens vers nous... (rires) Je trouve ça outrant, ça m'outre... Je comprends hein, c'est pas les individus auxquels j'en veux mais ils ont quand même plus d'outils que nous et ils renvoient vers nous qui avons pas d'outils. Nous on n'a pas de maison d'accueil, pas de logement. Ils en ont pas beaucoup non plus, mais ils ont des dispositifs que nous on n'a pas. Si ils nous renvoient des situations parce que c'est pas possible pour eux, ce sera pas possible pour nous non plus... »

Présente dans deux CLSS de deux communes différentes, sa structure n'est pas identifiée, selon elle, par l'un des CPAS, ce qui renvoie au fonctionnement et aux contraintes propres de chaque CPAS, mais cette asymétrie souligne l'inégal accompagnement dont les acteurs des CLSS peuvent bénéficier.

3. Une participation des habitants toujours lointaine

Si la participation des habitants est érigée en objectif important des CLSS, elle apparaît davantage comme une préoccupation du politique que comme une préoccupation de la population elle-même. En outre, le contenu de cette participation reste à définir.

Une priorité difficile à mettre en oeuvre

L'objectif de participation des habitants, énoncé dans les deux feuilles de route des CLSS, se heurte à de nombreux obstacles. Beaucoup d'acteurs constatent leur impuissance à mobiliser les personnes qui sont les premières concernées par les CLSS, ce qui a déjà été le cas durant la phase de diagnostic. Par définition, les plus éloignées, absentes ou exclues des dispositifs classiques de concertation et de participation sont les plus complexes à atteindre. Les acteurs rencontrés évoquent, les concernant, des formes de « lassitude », de « désespoir » et un « sentiment d'abandon » : « les gens ne croient plus au sens de la communauté » nous indique un éducateur de rue. Selon lui, la répétition d'expériences négatives, tant aux niveaux du vécu individuel (logement insalubre, vols, sentiment

d'insécurité, rapports de voisinage tendus, pollution sonore...) qu'institutionnel (rapports avec des institutions auprès desquelles il faut fréquemment exposer et justifier de sa situation précaire, ce qui provoque un sentiment honteux de contrôle social) aboutit à une sollicitation minimale de « l'extérieur », ce que résume à ses yeux le témoignage de cette concierge d'immeuble, au sujet des habitants qu'elle côtoie quotidiennement :

« Ils sont très déçus. À chaque fois, qu'ils ouvrent la porte, on les écrase ; une fois qu'on fait confiance, la personne abuse de la confiance (...) ; elle expliquait qu'à force de se brûler, on se dit 'alors je ne tends plus la main'. Et du coup, mettre la confiance en place, c'est ultra dur parce qu'il y a la méfiance et les gens disent : 'Oui, laisse tomber, j'ai tout essayé, je n'ai que des mauvais exemples autour de moi' ».

On constate donc que, hormis pour quelques initiatives localisées çà et là, la plupart des travailleurs ont du mal à construire la « méthodologie adéquate » pour favoriser la participation des habitants. Bien entendu, ils connaissent quelques ficelles, car cet objectif n'est pas neuf : cela a été évoqué à travers quelques exemples précédemment. Cependant, les difficultés elles aussi mentionnées, notamment le manque de continuité des projets, les urgences, rendent difficile la possibilité de créer un espace de réflexion quant à ce qui pourrait être mis en place pour y remédier.

Dans ces conditions, au regard des nombreuses contraintes auxquelles ils sont confrontés, les travailleurs se concentrent sur ce qui leur apparaît essentiel, à savoir ce sur quoi ils ont immédiatement prise, et qui s'inscrit dans des habitudes de travail. C'est comme si engager un nouveau chantier demandait une énergie trop importante au regard des gains escomptés. Les renoncements se trouvent donc aussi chez les professionnels de terrain. Parfois, ce renoncement est lié aux spécificités supposées du quartier dans lequel il travaille, dont les caractéristiques ne se prêteraient pas à l'élaboration d'une méthodologie efficace de participation :

« Je pense que les modèles qu'on a essayé d'appliquer dans les autres communes, dans les autres quartiers, ça ne fonctionne vraiment pas à [nom du quartier]. Vraiment, vraiment pas. Et on a essayé de chercher les éléments qui pourraient expliquer ça. On se dit, au niveau culturel, peut-être que c'est une méfiance aussi qui fait qu'ils ne font pas confiance aux instances, aux organisations. Il y a aussi une question d'habitude de chacun chez soi... C'est bête parce qu'on descend un peu plus loin, [nom d'un autre quartier] c'est différent ».

Ce discours a été entendu plusieurs fois, avec différents acteurs de différents quartiers. On a le sentiment que beaucoup de professionnels attribuent à « leur » quartier des spécificités qui n'en sont pas, comme si c'était plus « facile » ailleurs ; il faut peut-être voir dans ce constat une manière de justifier l'impossibilité de développer une méthodologie de participation quand il y a déjà tant d'urgences à gérer ; renoncer à ce chantier, c'est préserver un lien fragile qu'une seule « maladresse » (la demande de trop) pourrait rompre.

La directrice d'une asbl traitant le logement insalubre nous dit qu'elle a renoncé à créer un groupe de travail citoyen sur cette thématique car « *leur logement, pour quasiment tout le monde, il est lié à la misère, à des choses qui ne vont pas bien, etc. 'Qu'est-ce que moi, je vais m'impliquer à aider un voisin ici' ?* ». Une salariée d'une asbl disposant d'une cantine sociale nous indique à quel point il est difficile de solliciter les publics, ne serait-ce que pour quelques renseignements personnels (nom, adresse, profession...). Elle raconte qu'elle doit souvent les rassurer tant est craint l'usage de ces données : « *je dis : 'mais non, nous, pas du tout. Vos données, on ne les envoie à personne, ça reste pour nous' !* ».

Il apparaît donc que la recherche de participation, vue comme prioritaire par le politique, ne l'est pas vraiment par la population et, partant, pour les professionnels de terrain (même si ceux-ci ont bien identifié la question). Comme on l'a vu précédemment, la quête des populations qui ne recourent pas à leurs droits suffisamment difficile pour envisager l'étape d'après.

« *Les problèmes de logement, les problèmes financiers sont dans tel ordre que tout le reste qui vient après, c'est-à-dire le contact, la cohésion sociale, l'accès aux soins, l'accès aux droits, c'est un peu... Si tes enfants sont dans une chambre insalubre avec des problèmes, qu'ils ont de l'asthme, toi, tu t'en fous un petit peu que ton voisin est à côté* ». (Salarié d'une maison de quartier)

Dans la mesure où l'aspect de participation populationnel est peu développé, les reconfigurations, à ce stade, sont surtout institutionnelles, autour de la question partenariale telle qu'elle a été abordée dans la première partie de ce rapport.

Quel pouvoir donner ?

Cette tendance de fond ne signifie pas que les professionnels ne rencontrent pas des habitants qui croient au changement ou cherchent à s'investir. Cela pose plus généralement la question de l'accompagnement : outre les problématiques quantitatives (a-t-on suffisamment de moyens pour accueillir X personnes ?), quelles sont les bornes de l'accompagnement (début et fin) ? Avec quel contenu ? Quels critères entérinent la fin d'un accompagnement ?

Dans les faits, les actions mises en place dans les CLSS, représentatives de celles des politiques sociales, sont traversées par des logiques en partie contradictoires, avec lesquelles et entre lesquelles les travailleurs doivent se situer. D'un côté, ceux-ci ambitionnent de donner ou de rendre aux individus leur autonomie. C'est, par exemple, la logique que poursuit la lutte contre le non-recours aux droits : faire connaître ses droits, c'est permettre aux individus de prendre connaissance de dispositifs qui leur ouvrent la possibilité d'être à l'initiative de démarches, en somme d'être acteurs, et de pouvoir agir en tant que citoyens.

C'est, par exemple, ce que propose une maison de quartier qui, dans le cadre d'une « Table de recherche de logement sur le marché locatif privé », propose à la fois un accompagnement individuel des ménages dans leur recherche de logement, ainsi que des ateliers collectifs sur le thème du logement et/ou de la santé et du bien-être. Sur ce dernier point (ateliers collectifs), le responsable, Filip, nous indique :

« *On fait une démarche collective, c'est-à-dire qu'on met les gens ensemble et on va avoir une réflexion citoyenne sur «OK, mais pourquoi je suis dans ce problème? En quoi mon problème individuel fait partie d'un souci collectif plus structurel? Et qu'est-ce qu'on pourrait faire pour réaliser le droit au logement ?* »

Les propos de Filip reflètent une volonté de politisation du discours son public, définie comme la capacité à monter en généralité une situation (c'est-à-dire la désindividualiser) (Boltanski, 1990) couplée à l'identification de sa dimension conflictuelle des positions adoptées (au sens où on reconnaît des rapports de forces entre plusieurs locuteurs, des intérêts divergents voire contradictoires) (Duchesne, Haegel, 2004). Selon lui, monter en généralité le problème, l'identifier au produit de rapports de forces, permet de contribuer à surmonter une situation de « *détresse face à un problème individuel* ». La table de logement, grâce à des échanges d'informations et des discussions entre participants, vise ainsi à

s'approprier une situation perçue comme problématique et/ou injuste. Ce travail est particulièrement difficile avec des participants qui, d'après Filip, sont peu politisés, dans le sens où ils ont peu d'intérêt pour la vie politique, et n'ont de plus pas d'expérience de l'engagement syndical ou des mouvements collectifs.

Seulement, à quel moment un accompagnement est-il terminé ? Dans le cas de cette table de logement, comme dans d'autres actions centrées sur la discussion et la volonté d'empowerment, une ambiguïté sur leurs effets concrets : certes, les habitants ont de meilleures connaissances pour agir, mais l'éventualité d'une action n'entre plus dans le même cadre ; *« on a rempli notre mission (...) Le problème individuel n'est pas résolu, mais tu sens que ça va » nous dit le responsable, « c'est difficile parce qu'on se rend compte qu'il y a une dynamique collective qui continue après que le problème individuel est résolu qui ne va pas beaucoup, beaucoup, beaucoup plus loin »*. Une fois les séances réalisées, qu'en reste-t-il ? Il devient difficile pour la structure à l'origine de la démarche de la renouveler avec les mêmes habitants qui, hors d'un cadre collectif, peuvent peiner à mettre en application ce qui leur a été dit. Les démarches mises en place pour favoriser l'autonomie peuvent donner lieu d'un côté à un abandon des habitants à leurs propres responsabilités, ou à leur solitude dans l'adversité.

D'un autre côté, les travailleurs du social souhaitent protéger les individus et ne pas les envahir, ne pas les « *fliquer* », pour reprendre un terme souvent entendu. C'est le cas par exemple d'une directrice d'asbl qui propose une formation relative au logement. Elle constate des absences d'une semaine à l'autre : doit-elle alors considérer que les absents sont en voie d'autonomisation, ou qu'ils se sont égarés, et auquel cas comment réagir ?

« J'ai hésité à le faire [les rappeler], mais au final, je ne l'ai pas fait. Pourquoi est-ce que vous n'êtes pas venu ? Je ne voulais pas non plus les opprimer, en me disant que la situation avait changé et qu'ils ne trouvent plus spécialement pertinent de venir chez nous ».

Chez beaucoup de professionnels, l'ambition est de fidéliser le public et de lui transmettre comment agir, mais on craint aussi que cette volonté de protection ne glisse vers des restrictions de libertés(s), par exemple en demandant de justifier une absence.

Ainsi, pour tenir compte des demandes et des potentialités des personnes vulnérables, les projets et les attitudes des professionnels oscillent entre deux

pôles, l'un libéral (recherche d'autonomie), l'autre plus coercitif (contrôle des personnes).

À ce stade, il apparaît donc que les deux approches - à la fois rationaliser une action publique définie au niveau local, et y impliquer les habitants dans ses orientations - ne se développent pas avec la même intensité, et ne s'articulent que très peu. Il y a là une difficulté majeure à faire advenir une politique territoriale social/santé au sein de laquelle les habitants sont des partenaires. Cela demeure un défi auquel il importera de prêter attention dans la suite du déploiement des CLSS.

B. Le quartier : un révélateur

Si le quartier est plébiscité en tant qu'il est perçu comme l'échelle la plus pertinente pour mettre en place et entretenir les réseaux, il ne constitue pas une fin en soi, mais est considéré plutôt comme un symptôme (1). À l'arrivée, si le traitement des problématiques se fait au niveau local, il ne doit pas omettre que celui-ci agit surtout comme un révélateur, et que la cause des phénomènes sur lesquels on cherche à agir le dépassent largement (2). La grille de lecture des problématiques par la seule approche quartier mérite donc d'être articulée avec une approche plus globale afin d'en saisir les causes.

1. Le symptôme de phénomènes qui le dépassent

Développer un tissu local, avoir une connaissance fine des acteurs, rencontre et accompagnement des publics sont la raison d'être des CLSS : c'est bien parce que ces processus sont les plus efficaces au niveau local que le politique a construit ce dispositif. Cela étant, les CLSS incluent des projets relatifs aux migrations, notamment dans les quartiers situés autour de la gare du Midi, lieux d'une forte concentration de populations sans-papiers. Par définition, la question migratoire dépasse largement le périmètre des quartiers, mais les institutions qui s'en occupent revendiquent les spécificités de Bruxelles quant à la prise en charge des populations migrantes (notamment mineures) : ainsi, si la question est internationale, elle s'inscrit aussi dans des dynamiques locales qui comment à être théorisées sous le nom de *Arrival Structures*, connues par certains acteurs. Ces études proposent des comparaisons entre villes « de passage », et le simple fait qu'il y ait des variations dans les pratiques des migrants semble attester l'idée que de la configuration des quartiers dépendent les prises en charge. Il

y aurait donc des spécificités locales qui rendent pertinentes une approche par le quartier : à problème spécifique dans un certain périmètre, réponse spécifique dans ce périmètre. Un assistant social qui exerce du côté de la gare du Midi nous dit :

« Si des gamins utilisent ce quartier, c'est parce qu'il y a toute une série d'éléments qui vont faire que ce quartier leur est utile. C'est un quartier qui est très marocain, très arabisé, donc ils sont dans un espace où ils sont un peu moins visibles. Ils ont quelques ressources dans lesquelles ils vont pouvoir trouver un peu de job, que ce soit la vente de came, mais c'est aussi la possibilité d'aller travailler aux abattoirs chez un mec qui parle leur langue, et qui va leur faire porter des caisses pour 5 € par jour ; et avec lequel ils vont pouvoir communiquer ».

Ainsi, certaines spécificités d'un quartier favorisent l'accueil de populations en difficulté (empreinte culturelle, langues pratiquées, lieux de squats...) : ce sont autant d'interstices à la lisière des institutions, parfois de la légalité (mais qui correspondent à des populations qui n'ont que rarement la possibilité de faire autrement), au sein desquelles elles peuvent avoir, tant bien que mal, des activités. Dès lors, pour cet assistant social, « une approche micro territorialisée sur des questions comme ça est super pertinente parce que cela permet à des quartiers qui sont profondément impactés par la présence de ce type de public de développer des initiatives ». Si l'accent placé sur la pertinence du quartier est aussi une façon de justifier son utilité professionnelle, le quartier est à la fois un facteur d'explication de la présence de populations, et espace d'élaboration des réponses à leur apporter.

Du côté d'une asbl en charge de l'accueil des demandeurs d'asile, on souligne que l'action au niveau local vise en partie à combler des manquements qui se situent à une autre échelle d'action : « tu te retrouves avec des gamins qui sont rejetés des dispositifs qui sont censés les prendre en charge a priori et qui se retrouvent sur le territoire ». En tant que service territorialisé, il est possible d'identifier des difficultés sur le terrain, tant pour eux que pour les habitants. Sur cette thématique, ces constats et les manières d'y répondre montrent encore le bien-fondé de l'approche quartier.

Cela étant, une responsable nous indique que « nous, on ne peut faire qu'à notre niveau », tandis que l'assistant social mentionné plus haut soutient que « pour un phénomène si transnational, avoir une approche locale, je pense que c'est indispensable, mais c'est pas suffisant ». Si la proximité, la fabrique de la confiance, et la rencontre des publics

sont dans le quartier, « toutes les réponses ne se trouvent pas dans le quartier », souligne l'animateur d'un CLSS. Ainsi, pour bon nombre de projets, agir au niveau local est considéré comme essentiel, mais aussi comme un point de départ à une réponse plus globale qui agirait sur les causes des symptômes qu'ils constatent.

2. Des causes à aller chercher à un autre niveau de décision

« Moi, j'estime que tout le secteur associatif du sans-abrisme et du sans-chez-soirisme est un secteur de gestion de l'urgence qui n'a pas de prise sur les causes de quoi que ce soit, mais uniquement sur les conséquences. C'est des pansements d'une situation globale qui dépend de politiques publiques sur lesquelles on n'a aucune prise »

L'exemple précédemment développé (les migrations) est le plus flagrant pour exposer les possibilités réduites d'agir sur une problématique mondiale à l'échelle du quartier, mais ce décalage peut se retrouver pour un grand nombre de projets des CLSS. Les actions d'entraide entre voisins demandent par définition une intervention de proximité et, à ce titre, leur existence se justifie par la possibilité d'agir localement, immédiatement, sur des problèmes visibles. On peut aussi les rattacher à des valeurs plus générales qui ne sont pas propres à un quartier, comme un « climat idéologique d'individualisme » (Barthélémy, 2000) ou un ensemble de constats transversaux sur les inégalités sociales qui affectent certains phénomènes comme les relations entre générations (Blöss, 2005). Ainsi, chaque symptôme observé dans les quartiers est la manifestation locale de problèmes plus globaux, sur lesquels les acteurs locaux n'ont pas de prise (et ce n'est pas ce qui leur est demandé), ce qui peut aussi les affecter personnellement, comme cela a été évoqué dans la deuxième partie. La grille de lecture locale d'un problème a donc sa pertinence, mais elle se combine avec une autre, sortie de l'urgence des situations et de leur proximité immédiate : une approche plus désincarnée, qui systématise les inégalités constatées localement comme le produit de rapports de forces politiques. Toutefois, les configurations administratives (le champ d'action laissé au niveau local et aux structures de proximité), le contexte socioéconomique, marqué par une pénurie d'emplois et le développement du travail précaire, ne sont guère favorables à l'articulation entre les projets de court terme et leur inscription dans une visée plus générale, ce qui limite la voie vers des formes de politisation liées à une désingularisation des discours (Hamidi, 2010).

« *Moi en tant que travailleur, je ne cherche rien à régler. Je ne peux pas le faire. Ce n'est pas que je n'en ai pas envie, c'est que je ne peux pas le faire et que je pense que nos associations ne sont pas pensées comme ça. Elles n'ont pas été dessinées pour solutionner. Elles ont été dessinées pour remplacer une action qui, à mon avis, devrait être étatique* ». (Directeur d'asbl)

Pour certains, une approche complémentaire est indispensable pour affiner la compréhension de problèmes complexes, comme l'indique cet animateur dans un CLSS : « *il est nécessaire, indispensable, de sortir de cet entre-soi-là, ce n'est pas obligatoire, mais si on ne fait que ça, on est limités dans notre analyse* ».

Ce que signifient beaucoup de nos enquêtes, c'est que les inégalités sociales de santé dans les quartiers sont la conséquence d'inégalités sociales auxquelles les individus sont exposés : « *les inégalités dans les corps sont avant tout sociales et donc politiques* » résume une assistante sociale, reprenant des concepts de sociologie critique (Fassin, 2020). Par conséquent, la vision territoriale des politiques publiques, ou de certaines actions comme dans le cadre des CLSS, a tendance à proposer une grille de lecture territoriale des problèmes : puisque la réponse est territoriale, c'est bien que le problème est territorial. Cette vision est contestée par les travailleurs de terrain, pour qui cette grille d'interprétation impute au quartier des problématiques qui se jouent à un autre niveau. La conséquence concrète est de banaliser le fait que certains territoires sont des « *territoires à problèmes* ». Selon le responsable d'une asbl logement, le « quartier » n'est pas un créateur/facteur de pauvreté, mais un révélateur d'inégalités. En d'autres termes, le prisme du quartier (compris comme périmètre géographique et social) ne doit pas être vu comme une variable explicative, mais comme la variable expliquée : ce n'est pas parce qu'on vit dans tel quartier qu'on est en mauvaise santé ; c'est parce qu'on est en mauvaise santé (avec une plus grande probabilités d'être en situation de diverses fragilités) qu'on est contraint de vivre dans tel quartier²⁰. Sans remettre en question les apports d'une approche quartier, la conséquence, pour lui, est de pointer du doigt des territoires (donc leurs habitants) dont la pauvreté apparaît alors naturelle :

« *Je trouve qu'il y a un peu une violence à dire : « on va faire des CLSS ou des projets en prévention des expulsions là » car ça nous empêche de voir quelle est l'injustice de l'accès au logement, pourquoi est-ce que d'autres publics n'arrivent pas à aller habiter à Woluwe ou à Uccle, pourquoi ils ont moins accès au vert, pourquoi ils vivent dans des espaces plus pollués. Je pense qu'il y a des choses qu'on peut territorialiser. L'état du bâti, OK, ça, je n'ai pas de problème. Mais les gens ne sont pas en plus mauvaise santé parce qu'ils vivent ici. En fait, les gens sont en plus mauvaise santé parce qu'ils sont plus pauvres ! Et parce que comme ils sont plus pauvres, ils ne savent pas aller ailleurs et ils viennent ici. Et je trouve que c'est un peu une manière d'individualiser ou de reporter la responsabilité sur les gens, alors que c'est des dynamiques qui sont clairement dues à des choix de société au niveau régional, fédéral (...) La perte de logement, ce n'est pas un problème qui est lié à la politique du logement, c'est un problème social. C'est un problème de répartition des richesses, en fait. Tu peux faire ce que tu veux, intervenir. Le fait est que les gens n'ont pas les moyens de payer* ».

Les inégalités ne sont pas territoriales : le territoire n'en est « que » le réceptacle, le lieu d'expression. Le risque de l'approche uniquement via le quartier est celui de « *l'illusion localiste* » (Douillet, Faure, Négrier, 2015) ou du « *tropisme territorial* » (Guéranger, 2012), qui consiste à spatialiser un concept de portée générale, en le qualifiant de « territorial ». L'explication des politiques menées est alors attachée à un territoire singulier et le territoire devient une explication en soi, ce qui rend difficile la montée en généralité et la mise en évidence de facteurs structurants l'action publique. Ainsi, si la prise en charge des problèmes au niveau local est plébiscitée par les acteurs locaux, elle est à relier avec d'autres niveaux d'analyse sous peine de risquer un « localisme » potentiellement trompeur pour en comprendre la complexité. Au-delà, les différentes échelles de décision et de production de l'action publique posent deux tendances en apparence contradictoires : la particularisation et l'homogénéisation de l'action publique. Dans ces reconfigurations territoriales, quelles sont la place et le rôle de l'échelon régional ?

²⁰ « Ce n'est pas le territoire qui détermine les problèmes sociaux, c'est parce qu'il y a des problèmes sociaux et que des territoires s'y prêtent que les gens s'y concentrent et qu'on a besoin de plus y investir ».

C. Une région cheffe de file

La mise en valeur des acteurs locaux est impulsée par le politique, au niveau régional : la valorisation de l'échelle quartier n'efface donc pas la place de la région, et les recompositions territoriales sont plus complexes qu'une simple logique de vases communicants, où un échelon augmenterait son aire d'influence au détriment de celle de l'autre. Dans un contexte d'incertitudes, certains acteurs anticipent de futures redistributions des compétences, et la revendication du « fait régional » au niveau du politique se traduit par la mise en place d'un cadre et de moyens concrétisant les ambitions régionales (1). Dans cette perspective, le partenariat apparaît comme un moyen au service des ambitions régionales (2). L'influence du politique se ressent sur le terrain, qui lui attribue souvent les dysfonctionnements rencontrés, ce qui questionne la perception de cette influence (3).

1. Le maintien d'une certaine verticalité

« *L'action publique partenariale est d'autant plus intelligible qu'on la rapporte aux intérêts des groupes qui en font la promotion* » (Morel, 2020 : 23) : s'il est important de rappeler les philosophies politiques qui encadrent et orientent l'action publique partenariale²¹, il faut aussi rappeler les propriétés et les intérêts de ceux qui promeuvent le partenariat. De ce point de vue, les choses sont assez compliquées, et les explications qui imputent les politiques partenariales à des idéologies politiques ne suffisent pas à restituer la complexité des intérêts en jeu. En l'occurrence, en entretien avec le politique, on nous a fait part de « *l'affirmation du fait régional* », principe qui se concrétise par un ensemble de mesures telles que le plan santé bruxellois, le plan de lutte contre la pauvreté, ou le PSSI. Un conseiller évoque « *une remise en équilibre des enjeux de pouvoirs* », à savoir le fait que la région ait, plus qu'avant, une autorité et une légitimité plus grandes en social/santé, au détriment, notamment, des communes et des CPAS.

Si certaines des initiatives de la région ne relèvent pas de compétences légalement établies, des incertitudes institutionnelles sont ressenties sur le terrain : dans un contexte général de précarité et de recherche de subsides, l'échelon régional est perçu comme un important pourvoyeur de financements. Dès lors, être identifié en tant que structure par un pouvoir auquel on prête pour l'avenir une influence toujours plus grande constitue un bon

« investissement ». Ainsi, en étant présente dans 3 CLSS, une directrice d'asbl est convaincue d'avoir pris « *le bon wagon* » :

« *On est à table avec les politiciens, les ministres, etc. On est connus, on est reconnus en tant que membres d'un réseau. Si tu vas chez un ministre et tu lui dis : « on est dans trois CLSS à Bruxelles », ils disent quand même : « c'est qu'ils ne sont pas tout à fait nuls, sinon, ils n'auraient pas été repris dedans ». Ce niveau-là, au niveau le plus macro, moi je suis contente, je peux dire : « on est dans trois CLSS ». On est bien positionnés pour le futur, parce que je sais pas ce qui peut se passer ».*

L'intégration de sa structure dans les CLSS constitue une double validation : d'une part, c'est, à ses yeux, la reconnaissance de la pertinence des actions de fond de l'asbl ; et d'autre part, c'est la reconnaissance de la pertinence d'une vision institutionnelle à long terme : il y a clairement dans ce propos l'expression d'une stratégie de placement dans le paysage institutionnel de demain. L'intégration dans les CLSS est perçue comme la reconnaissance de l'importance actuelle de la structure en question dans l'écosystème associatif bruxellois et, en même temps, comme un adoubement pour l'avenir, puisqu'elle ferait partie des acteurs qui vont « compter ». Les possibles reconfigurations institutionnelles sont donc ressenties sur le terrain, et contribuent aussi à alimenter la diversité des engagements dans les CLSS, évoquée dans la première partie. Puisqu'ils sont porteurs d'enjeux qui vont au-delà des objectifs du programme en lui-même, ces enjeux constituent aussi une raison de les intégrer.

Lors d'un entretien réalisé à trois (avec la coordinatrice CLSS et la coordinatrice générale de l'asbl) au sein d'une (grosse) asbl aux nombreuses activités en promotion de la santé, les deux interlocutrices s'expriment sur un registre très différent : à la coordinatrice CLSS les propos concernant les réalisations concrètes ; à la coordinatrice de l'asbl les propos sur l'intérêt stratégique à s'engager dans un CLSS, d'abord à court terme pour être actrices des dynamiques en cours :

« *Le dispositif CLSS nous permet notamment de nous inscrire dans le cadre du PSSI et de toute cette politique mise en place depuis quatre ans. Ça nous permet aussi de travailler de façon intersectorielle au niveau des bassins, via les ateli-ers du changement, alors heureusement qu'on a répondu à l'appel à projets. Pour moi c'est très clair qu'il y a une plus-value par rapport à la*

²¹ Certains auteurs la rapportent au « nouvel esprit du capitalisme » (Boltanski, Chiapello, 1999), au néolibéralisme (Laval, 2018), à la décentralisation (Frinault, 2012), à la force du management dans l'action publique et donc au New Public Management, avec une tendance à séparer la conception de la politique publique et sa mise en œuvre opérationnelle (Bezes, Le Lidec, 2016).

politique globale qui est mise en place, par rapport à tout ce qui est proposé au niveau des bas-sins avec lesquels on doit s'articuler ».

Et la dimension stratégique s'exprime aussi à partir de supputations sur des reconfigurations institutionnelles à venir :

« Je pense que le feuilleté institutionnel va évoluer... Je pense que la COCOF n'a pas les moyens, et que la COCOM avait les moyens. C'est très prosaïque hein. Maron est en train d'impulser de la promotion santé dans tous les secteurs, et c'est tant mieux ! C'est une partie des valeurs de la promotion santé que d'instiller de la santé dans toutes les politiques, dans tous les acteurs. Sauf qu'il a pas la compétence du secteur Promotion santé, et donc y a là des choses qui vont changer ».

De la même manière, une autre directrice d'asbl se demande en entretien si la promotion de la santé va être « cocomisée » ; une référente-quartier confie voir les CLSS « *comme un cheval de Troie, ou comme un virus informatique, c'est selon. Je crois que le cabinet parle de « programmation ». C'est ces images-là qui me viennent* ». Ces impressions sont renforcées par le fait que les CLSS sont fréquemment présentés comme étant « *la brique unitaire du PSSI*²² ». En somme, il se joue quelque chose d'important autour des CLSS, et donc mieux vaut en être.

2. Le partenariat, un moyen mais aussi un objectif

La région, cheffe de file, traduit concrètement ses intentions en adoptant un dispositif inspiré, est-il dit au cabinet, d'un dispositif présent à Utrecht, signe d'« *isomorphisme institutionnel* » (Di Maggio et Powell, 1983) et de standardisation transnationale des politiques locales :

« Y a eu dans la législature précédente un voyage d'étude à Utrecht, avec moi, [une chercheuse], [nom d'un membre du cabinet], [nom d'un membre de l'administration]. On y a passé 2 ou 3 jours pour voir leur approche quartier. Donc ça a certainement contribué à façonner ma vision des choses, parce que je trouvais leur truc super bien fait, intéressant et tout. On a visité plusieurs structures, plein de bonnes idées, des centres social/santé intégrés, intégrés à des centres de jour, des restaurant sociaux, et sur le volet opérationnel, contact patient, mais aussi

sur l'organisation du modèle par quartier avec des facilitateurs à mi-temps pour aller au contact des gens et les amener au service, mais aussi un centre de jour où ils avaient mis en place du sport pour les femmes voilées, enfin les femmes maghrébines qui avaient du mal à faire du sport parce que ça correspondait à un besoin, une salle où ils organisaient une formation, mais ils pouvaient aussi juste venir boire un café, c'était ouvert, gratuit. Tu vois, cette approche communautaire, c'était génial quoi ».

Le récit de ce membre du cabinet attribue le changement à une logique de professionnalisation, où agissent des références partagées par des professionnels d'un même secteur. La socialisation professionnelle crée et diffuse des normes d'actions ; au sein d'un cabinet, des membres de plus en plus formés, de plus en plus mobiles, contribuent largement à la convergence des politiques publiques. La connaissance du dispositif d'Utrecht peut aussi agir par mimétisme : en situation d'incertitude sur ce qu'il convient de faire, un certain nombre de « solutions » prêtes à l'emploi peuvent avoir la faveur des responsables politiques et administratifs, ne serait-ce que parce qu'elles ont l'avantage de montrer qu'on agit.

Le dispositif adopté place les partenariats en son cœur : les questions de réorganisation des relations entre les acteurs et les institutions apparaissent comme un enjeu fort dans ces projets, et elles sont présentées comme un moyen pour réaliser les actions de manière plus efficace, moins coûteuse, plus transversale. Cela étant, comme pour d'autres dispositifs assez similaires, même sur d'autres thématiques (Bertron, Boone, 2022), on peut aussi se demander si le partenariat n'est pas en soi un objectif de la politique publique. L'objectif de réduction des inégalités sociales de santé se doublerait alors d'un objectif de recomposition des rapports de forces entre acteurs locaux, mis en concurrence, objectif délégué à des acteurs intermédiaires, notamment les coordinations par lesquelles transitent les CLSS. En effet, les coordinations ajoutent aux CLSS des enjeux qui leur sont propres, notamment en termes de réorganisation des structures sur leur territoire. Comme nous l'indique un membre d'une coordination : « *au niveau des directions des coordinations, y a des canaux de communication nouveaux* ». Grâce à leur position en amont dans la construction du dispositif et leur plus grande proximité avec les sphères de décision, les coordinations ont un certain ascendant sur les opérateurs de terrain, et peuvent exercer sur eux une forme de « socialisation partenariale », proche des attentes des financeurs. Les CLSS sont donc pris dans des enjeux de

²² Expression répétée par Nathalie Noël le 27 janvier 2025 au cours d'une réunion avec les coordinations au sujet du financement des CLSS en l'absence de gouvernement bruxellois.

réorganisation des compétences, pilotés par le niveau régional et saisis par les structures locales. La rhétorique du partenariat et ses principes, promus par le politique, sont d'autant plus efficaces qu'ils s'inscrivent dans les logiques de travail déjà existantes. Les structures locales ont différents intérêts à s'impliquer dans ces projets partenariaux, et à les voir se multiplier, puisqu'ils représentent une source de financement pour elles, ainsi qu'une valorisation de leur rôle d'ingénierie et de coordination au niveau local.

En matière de santé publique, la valorisation des quartiers, l'ancrage territorial, et l'attachement aux structures locales ne font donc pas disparaître la région : cheffe de file, elle apporte des financements, sélectionne les « opérateurs » via des intermédiaires qui reprennent les principes qu'elle impulse, et crée ainsi une chaîne d'obligés, en l'occurrence celles et ceux qui, pris dans de nombreuses contraintes au quotidien, ont besoin de subsides et/ou ont intérêt à se faire (re)connaître auprès d'un pouvoir politique qui pourrait avoir davantage d'attributions à l'avenir. Cela explique probablement pourquoi autant d'acteurs, bien que non-financés, s'impliquent dans les CLSS (en plus de leur authentique intérêt pour les thématiques abordées). La région « *a pris cette cape de sauveur, elle donne de l'argent* » souligne une référente-quartier : grâce aux relations partenariales avec les acteurs de terrain, et même si celles-ci suscitent des initiatives locales, le politique maintient donc une forme de coordination verticale et dispose d'un fort pouvoir de pilotage et d'imposition de normes.

3. Une adhésion à encore susciter

Si la région peut s'affirmer comme force d'impulsion, il n'est pas certain, à ce stade, que ses armes la servent complètement : elles peuvent en effet apparaître comme à double tranchant en raison de la méfiance que son action suscite au niveau local. Le regard porté par les acteurs locaux est très critique vis-à-vis de la région, notamment en raison du fait qu'en dépit des marges de manœuvre qui leur sont laissées, le processus de déploiement du dispositif est perçu comme contraignant, ce que l'on peut rattacher à la verticalité mise en exergue juste avant. En résumé, d'un côté, ce qui est perçu comme une réussite des CLSS est attribué au local, la force de son réseau, la culture professionnelle de ses travailleurs, et renforce l'idée que le territoire serait le foyer naturel de la démocratie. De l'autre, ce qui est perçu comme une complexification ou un blocage est attribué au politique (ou au cabinet, ou à l'administration, parfois vus comme une entité unique), perçu comme distant et déconnecté des réalités de

terrain, ce que traduisent des échanges parfois tendus au cours des comités d'accompagnement qui réunissent administration et acteurs des CPAS et des coordinations.

Comme cela a été souligné dans le premier rapport, les acteurs des CLSS 1.0 ont fort peu goûté la logique d'appel à projets. En plus d'énoncer des règles changeantes et qui n'ont pas été comprises par tous de la même manière, elle a induit une mise en concurrence des acteurs. Or, notamment dans le secteur culturel, ces acteurs se considèrent souvent comme porteurs de l'intérêt général, ce qui d'ailleurs justifiait leurs subsides. Les critères de sélection n'ayant pas été précisément définis en amont, ils ont été adoptés localement mais sans originalité particulière, si bien que les projets présentés ont résulté davantage d'une logique visant à répondre à de larges critères (ancrage, effectivité du partenariat...) que d'une logique visant à cultiver leur singularité propre, que l'on aurait pu attendre *a priori* d'une démarche expérimentale au niveau territorial. Même si la logique d'appel à projets a été levée lors de la deuxième phase, cela n'a pas pour autant fait disparaître la mise en concurrence des acteurs locaux qui, comme on l'a précédemment vu, ont intérêt à faire de l'échelon régional un partenaire, et donc à collaborer, même sans financement. La recherche de consensus passe aussi par des négociations, des renoncements, des acteurs financés et d'autres non financés. Comme le résume un membre d'une asbl de lutte contre le sans-chez-soirisme : « *il y a un côté un peu contradictoire : «Soyez tous partenaires, mais battez-vous pour avoir le pécule qu'on vous propose»* ». Cette mise au travail partenarial, approuvée sur le fond, suscite des réprobations sur la forme car l'horizon est flou ; or, le cabinet est perçu comme celui qui le dessine et le délimite et, à ce titre, est considéré comme mettant en œuvre une méthodologie à affiner.

Dans le même ordre d'idées, les logiques mises en place par l'administration pour suivre l'avancée des projets sont perçues comme étant en décalage avec l'activité réelle des travailleurs, ce qui souligne là encore la dimension contraignante et « déconnectée » du regard porté par ce qui vient d'« en haut ». Une directrice d'asbl soutient que le processus des CLSS n'est « *pas bottom-up : si on ne correspond pas à la marche à suivre, alors on ne rentre pas dans les cases. Et donc, on risque soit de ne pas recevoir le subside, soit de se le voir retirer* ». Selon elle, et comme on l'a évoqué dans la première partie, le poids des logiques propres du politique (visibiliser sa réforme, mettre en avant des critères d'évaluation quantifiables...) est trop prégnant et ne rend pas justice au travail mené.

Également, la valorisation du quartier et de l'échelle territoriale fait craindre aux travailleurs de devoir endosser l'entièreté des responsabilités en cas de non-réduction des inégalités sociales de santé, comme l'exprime cet animateur :

« Il y a de plus en plus de subsides et de plus en plus de personnes à la rue. Pourquoi ? Parce qu'en fait, le problème, il n'est pas là. Et ce problème-là, on préfère ne pas admettre qu'il existe et plutôt dire que c'est les associations qui ne font pas leur travail. Parce qu'il y a aussi du coup un effet pervers à tous ces subsides-là. C'est qu'on se retrouve du coup sous tous les feux. On doit correspondre à des critères, parfois de relativement irréalistes à complètement fantaisistes, de la part des gens qui nous font descendre les subsides, pour une misère grandissante sur laquelle en fait on n'a pas prise, à laquelle on n'a pas prise, mais ces subsides augmentent, les appels à projets se multiplient, les associations aussi se multiplient, il y a de plus en plus d'associations, et à la fin c'est la faute de qui si ça change pas... ? »

Ces propos mettent en avant quelques dynamiques déjà exprimées dans ce rapport : l'obtention de subsides conditionnée à certains critères pas toujours considérés comme pertinents, la sensation de ne pas pouvoir agir sur le fond des problèmes. Les études sur les *street level bureaucrats* ont particulièrement mis en exergue cette autonomie contrainte pour en faire un élément structurant de la « ruse de la mise en œuvre » (Dubois, 2010). Cette « ruse » tient en un double mouvement : les « décideurs » s'appuient d'une part sur le pouvoir discrétionnaire accordé aux agents de première ligne pour leur faire porter la responsabilité de résoudre les contradictions ou le flou des orientations des politiques publiques. Dans le même temps, ils organisent les conditions de travail des agents, de sorte qu'*in fine* ils et elles agissent en situation dans le sens voulu par les réformateurs et réformatrices. Cette double dynamique (d'un côté, un cadre normatif contraignant - fixation d'objectifs, de méthodes de travail « innovantes », de résultats tangibles) qui alourdit considérablement la charge de travail, à tous les niveaux de responsabilité, de l'autre, des modalités concrètes d'exécution souples, mais perçues comme floues, sans envisager comment s'inscrire précisément dans le long terme, est vue négativement, et contribue là aussi à alimenter une défiance vis-à-vis du politique.

Enfin, cette défiance est aussi alimentée par un sentiment de manque de soutien de la part du politique qui, comme souligné dans le premier rapport, met beaucoup en avant les CLSS en insistant sur les investissements financiers consentis pour lutter contre les inégalités sociales de santé. L'éclairage sur les CLSS se reflète sur les professionnels chargés de sa mise en œuvre, « sous les feux de la rampe » selon les propos d'un animateur : « vu que tout cet argent augmente, mais que la misère augmente en parallèle, on peut se retrouver sous le reproche de « vous faites mal votre travail. On vous paye pourtant, on vous paye de mieux en mieux », soi-disant parce que la quantité des subsides augmente ».

La localisation de l'action publique, autrement dit de la définition et du traitement des problèmes publics, passe par le développement de politiques territoriales, qui ne ciblent plus un secteur d'action en particulier, mais plusieurs d'entre eux, ainsi que des territoires et des populations-cibles. Elles sont portées par des acteurs locaux dont le rôle est a priori renforcé, par leur capacité à sélectionner les parties prenantes du dispositif et par une liberté méthodologique quant aux moyens mobilisés pour atteindre les objectifs définis. Dans un contexte d'incertitude institutionnelle, la question est de savoir ce que ces politiques territorialisées font aux différents échelons de décision : l'autonomie accordée aux acteurs locaux transforme-t-elle ces derniers, selon les situations et les problèmes ou urgences sociales, en décisionnaires et maîtres d'œuvre de politiques territoriales ? Dans une dynamique inverse, la région, cheffe de file qui définit les procédures qui servent de contexte d'action, étend-elle sa sphère d'influence en faisant de ses « partenaires » des obligés dont l'avenir et les intérêts dépendent en partie d'elle ? Dans ce cas de figure, le « territorial » est-il davantage une administration locale (sans capacité autonome dans l'élaboration des politiques publiques) qu'un gouvernement local (qui disposerait d'une capacité politique significative pour gérer le territoire et transformer les conditions économiques et sociales) ?

Conclusion de la troisième partie : les dynamiques plurielles de l'action publique

Si un processus d'homogénéisation des approches entre professionnels relevant de différents secteurs est en cours, cela ne semble pas encore avoir abouti à une reformulation des enjeux en problèmes territoriaux socialement situés. Autrement dit, si les projets CLSS varient bien d'un quartier à l'autre (selon les dynamiques locales, les formes organisationnelles ou encore les échelles d'action), il apparaît parallèlement une forte tendance à la standardisation – ou à l'homogénéisation – des manières d'appréhender les enjeux de l'action publique. Nous faisons ainsi l'hypothèse qu'ils résultent davantage d'une logique visant à répondre aux prescriptions venues du politique que d'une logique visant à cultiver leur identité locale, alors qu'on pourrait l'attendre a priori d'une démarche expérimentale au niveau territorial. Cette tendance rejoint ainsi les hypothèses formulées par un certain nombre de travaux de sciences politiques ayant souligné que la gouvernance territoriale et la capacité politique des acteurs (Pasquier, 2004) notamment *via* des logiques de « gouvernement à distance » restent fortement dépendantes des régulations verticales du politique.

Dans les faits, plutôt que de penser en termes de gains ou de pertes d'influences du quartier ou de la région, il semble que la territorialisation peut être envisagée comme un principe de (re)légitimation de l'action publique, et la territorialisation moins comme un mouvement que comme une politique à part entière. La valorisation du local apparaît en effet comme le « *signe d'une transformation en profondeur des modes de production de la légitimité politique* » (Le Bart, Lefebvre, 2005) : la région donne le tempo en guidant l'action selon ses principes (défense du terrain, ancrage local, universalisme proportionné, responsabilité populationnelle...). Assiste-t-on à une homogénéisation ou à une diversification des politiques publiques ? Dans quelle mesure les acteurs locaux contribuent-ils à la régionalisation ?

C'est alors sans doute en termes de configurations locales qu'il faut raisonner. Certains craignent que le niveau politique régional nie la différenciation locale et la spécificité de chaque quartier ; il s'agit en réalité d'éviter le localisme, c'est-à-dire faire du « territoire » une variable explicative en elle-même, et déconnecter les « territoires », des systèmes, et des cadres et logiques d'actions plus larges dans lesquels ils s'insèrent (politiques régionales, nationales et européennes, circulations professionnelles...). Il s'agit autrement dit d'adopter une approche de l'action publique prenant en compte l'environnement social géographiquement situé dans lequel elle s'inscrit. Ce qui se joue est moins un nouvel équilibre des pouvoirs au profit de telle ou telle autorité qu'une reconfiguration des espaces de définition de l'action publique, où les dynamiques s'entrecroisent et ne sont pas nécessairement antagonistes.

Conclusion générale



Ce rapport a mis en lumière les dynamiques réalisées grâce aux CLSS et les enjeux à venir. Alors que des actions se sont déjà arrêtées, et que des initiatives continuent de se développer, il est crucial de s'appuyer sur les retours d'expérience pour améliorer les pratiques et garantir l'engagement des acteurs. Autour de trois fils directeurs, ce rapport a notamment mis en avant :

- La diversité des partenariats

Approuvé dans son principe et ses objectifs, le partenariat n'est pas entendu par tous de la même façon : il existe en réalité des partenariats, au sein desquels la pluralité des motivations et intérêts des acteurs, sur des territoires spécifiques, crée des dynamiques riches mais complexes, parfois sources de tensions ou d'inégalités dans la mise en œuvre des actions.

- L'implication et la fatigue des professionnels

La mise en réseau et le travail partenarial sont bien souvent des acquis chez les professionnels rencontrés. À ce titre, la démarche collective n'est pas neuve et s'inscrit dans la continuité des pratiques existantes. Néanmoins, dans un contexte budgétaire fragile, la polyvalence demandée pour hybrider les pratiques, l'inflation administrative liée au nombre de partenariat s'insèrent dans un contexte professionnel dans lequel des conditions de travail souvent précaires (contrats courts, rémunérations insuffisantes) ou désajustées (indicateurs inadaptes, forts décalages entre idéaux et contraintes), ajoutées à la charge émotionnelle liée à la gestion de situations sociales lourdes, fragilisent l'efficacité des interventions. Les frontières entre secteurs sont plus poreuses mais pas abolies, ne serait-ce que parce que la participation des professionnels de santé est résiduelle. Le renforcement et la coordination des équipes et partenariats externes exigent ainsi un travail important mais souvent invisibilisé et donc peu valorisé, qui se heurte du reste aux cultures professionnelles et routines de travail existantes.

- Gouvernance et territorialisation

Le paysage institutionnel bruxellois où le financement régional des quartiers peut créer des déséquilibres de pouvoir ou des priorités mal alignées avec les besoins locaux. Alors que les dispositifs se multiplient et que les territoires sont de plus en plus sollicités pour porter des réponses de proximité, se pose la question d'une « territorialisation par le haut » : une décentralisation de façade, qui confie

des responsabilités sans toujours transférer les moyens ni reconnaître la légitimité des acteurs de terrain. Dans ce contexte, les acteurs, quels que soient les territoires, partagent les mêmes questionnements, sur la nature, le périmètre, le sens et l'ingénierie du CLSS.

On s'aperçoit qu'en tirant le fil des CLSS, on déroule toute la pelote du paysage social-santé à Bruxelles, dans lequel il s'agit de faire tenir ensemble des enjeux ambivalents (et parfois contradictoires). D'un côté, des partenariats nombreux, souvent innovants, portés par des acteurs mobilisés malgré des moyens limités. De l'autre, une fatigue professionnelle palpable, alimentée par la lourdeur des situations rencontrées, la précarité des conditions d'emploi et une reconnaissance institutionnelle encore trop souvent partielle ou mal ajustée. Par leur structuration, les CLSS apparaissent enserrés dans la logique de la « nouvelle gestion publique » (Garcia et Pillon, 2021) qui s'emploie notamment à masquer la pénurie de moyens par le lancement de projets et la mise en réseau. La promotion des projets qui la sous-tend au détriment des structures pérennes peut en effet favoriser un certain dynamisme, mais au prix d'une précarité des actions allant à l'encontre d'une vision de long terme, pourtant nécessaire à l'accompagnement ambitionné des populations, surtout les plus précaires. Quant aux effets réels en termes de réduction des inégalités sociales de santé, ils demeurent incertains.

Ces constats, loin de s'annuler, se répondent. Ils révèlent un décalage persistant entre les ambitions affichées des politiques publiques et la réalité opérationnelle de leur mise en œuvre. L'action locale, bien qu'encouragée, semble parfois corsetée par une logique descendante où les marges de manœuvre réelles restent faibles. Dans ce cadre, la question de la gouvernance devient centrale : qui pilote, au nom de qui, et pour répondre à quelles priorités ? Pour les uns, les CLSS constituent un outil de partenariat voué à fédérer un ensemble d'acteurs sur les enjeux de santé d'un territoire ; pour d'autres, c'est un instrument de programmation dont les finalités mériteraient d'être davantage clarifiées. Le contenu des CLSS est-il le dénominateur commun des actions partagées entre ses signataires, un choix négocié sur des priorités communes, tantôt thématiques tantôt populationnelles, ou le réceptacle d'un ensemble d'orientations à mettre en œuvre ?

Malgré ces incertitudes, le dispositif est peu contesté, voire plébiscité. Instruits d'une première expérience, les CLSS de seconde génération sont mieux structurés. Cependant, il semble important de concrétiser le plaidoyer auprès du politique afin

que les dispositifs prennent tout leur sens et jouent leur rôle d'interface. Cela passe sans doute par :

- une explicitation des enjeux liés à la question des inégalités sociales de santé, et particulièrement du rôle essentiel du politique dans ce domaine, au-delà de la seule valorisation de l'organisation d'une offre de soins de qualité ;
- la possibilité d'offrir aux coordinateurs (notamment) le temps, la sécurité et la légitimité nécessaires à l'exercice de leurs missions ; l'idée serait de réduire la possibilité qu'ils soient davantage des opérateurs de la politique régionale de santé en charge de sa déclinaison au niveau local plutôt que des non des professionnels d'interface, en charge de construire une politique locale singulière (mais toutefois cohérente avec les priorités régionales) ;
- la poursuite de la recherche d'une méthodologie et d'outils pour que l'implication des habitants se poursuive au-delà des diagnostics, pour lesquels ils sont consultés, mais rarement associés à la décision. La mesure de leur participation est encore souvent confondue avec le nombre de personnes touchées par les actions du CLSS (ce qui est toutefois un bon indicateur de leurs effets).
- La possibilité d'engager des réflexions supplémentaires sur les stratégies mises en œuvre pour agir sur les déterminants de santé. L'urgence des situations auxquelles font face les professionnels l'empêche souvent : si l'existence des CLSS contribue à la réduction des inégalités sociales de santé, elle doit aussi permettre d'en tirer les enseignements et de les capitaliser en les comparant à des dispositifs qui s'inscrivent dans les mêmes objectifs ;

S'agissant des résultats en termes de réduction des inégalités sociales de santé, comme écrit dans l'introduction, il est tôt pour les mesurer, même si certains sont effleurés ici, au-delà des questions organisationnelles qui constituent l'essentiel du rapport. Cela étant, interroger les inégalités sociales de santé ne peut se limiter à décrire des écarts ; c'est questionner la manière dont le politique organise ses réponses, hiérarchise les besoins, et reconnaît – ou non – la voix des professionnels et des habitants. Ces processus ne dépendent pas (que) du pouvoir subsidiant, mais ils seront davantage l'objet des investigations futures pour davantage comprendre qui et dans quelle mesure sont les bénéficiaires de ces politiques territoriales.

Annexe : Grille d'entretien

Acteurs

Référents
Coordinateurs
Porteurs

- 1) Pouvez-vous me dire quel est l'intitulé exact de votre poste ?
 - a) Depuis combien de temps y êtes-vous ? (à quelle phase du CLSS ?)
 - b) Qui vous a recruté ?
 - c) Cela est-il dans la continuité «logique» de votre parcours étudiant ou de vos précédentes activités professionnelles ? Quelle sont vos formations scolaire/universitaire/précédentes expériences professionnelles ?
- 2) Quelles sont les missions de la structure dans laquelle vous travaillez ?
 - a) Dans quelle salle sommes-nous ? A-t-elle une fonction particulière ? Avez-vous un bureau, le partagez-vous ?
 - b) Avec quels financements la structure peut-elle mener ses missions ?
- 3) (Pour les Référents et porteurs) Pouvez-vous me présenter vos **principales missions** ?
 - a) Avec qui travaillez-vous au quotidien ? Avec quelle répartition des tâches ?
 - b) Avez-vous un-e supérieure à qui «rendre des comptes» (rapports d'activités, budget...) ? à quelle fréquence ?
 - c) Comment ces fonctions et/ou ces missions ont-elles évolué au cours du projet ? Quels sont les éléments qui les ont fait évoluer ?
 - d) D'après votre expérience, quelles sont les compétences essentielles pour occuper la fonction de *Nom de la fonction* ?
 - e) Comment le fait que le projet *Nom du projet* soit porté par *Nom du porteur de projet* a selon vous impacté le projet ? D'autres caractéristiques du porteur de projet ont-elles selon vous impacté le projet ? Comment ?
 - f) Quels sont les éléments qui de votre point de vue ont favorisé ou au contraire entravé les collaborations ?
 - g) Comment envisagez-vous votre rôle auprès des partenaires ? Vous considérez-vous comme interventionniste ? Pour quelles raisons ?
 - h) Quels sont les éléments qui de votre point de vue ont favorisé ou au contraire entravé les collaborations ?
 - i) Comment envisagez-vous votre rôle auprès des partenaires ? Vous considérez-vous comme interventionniste ? Pour quelles raisons ?
 - j) Avez-vous l'impression d'avoir une marge de manœuvre suffisante ? Vous sentez-vous plutôt opérateur ou force de proposition ?
- 4) Quelles sont vos relations avec les autres référent-quartier ? (Pour les 2.0) Pensez-vous avoir bénéficié de meilleures conditions que vos prédécesseurs ? Avez-vous lu le rapport de l'Observatoire ?

Contenu

- 5) Pour quelles raisons votre structure s'est-elle engagée dans le CLSS ? étiez-vous présent lors de la candidature et du montage du projet ?
- 6) Quel(s) poste(s) a(ont) été créé(s) avec les subsides CLSS ? Quels autres moyens ?
- 7) Le projet CLSS place le « **quartier** » comme étant l'échelon pertinent pour se saisir des problèmes rencontrés par la population. Qu'en pensez-vous ?
 - a) Travaillez-vous habituellement à cette échelle ?
 - b) Avez-vous été confronté à des problématiques que vous estimez ne pas pouvoir résoudre à cette échelle ?

- 8) Le projet CLSS place accorde une place importante à la notion de **partenariat**.
- a) Qui sont vos partenaires ?
 - b) Comment le partenariat/la collaboration entre les acteurs/structures impliqués dans le projet se déroule-t-elle concrètement ?
 - i. Comment les réunions sont-elles organisées (groupes de travail, plénières, Comité de pilotage versus Comité d'accompagnement, etc. ?) ? De quoi parlez-vous dans ces réunions ?
 - ii. Assistez-vous à toutes ces réunions ?
 - iii. Comment les décisions sont-elles prises ?
 - iv. Quels outils de communication entre partenaires privilégiez-vous ?
 - c) Ces partenariats diffèrent-ils d'autres partenariats que vous avez par ailleurs ? Sur quel(s) plans(s) ?
 - d) Quels sont les acteurs qui selon vous auraient pu être inclus dans le projet mais ne l'ont pas été ? Ceux qui ont quitté le projet ? Quelles raisons identifiez-vous ?
- 9) L'un des aspects visés par les CLSS est de **favoriser l'intersectorialité**
- a) Cette dimension se retrouve-t-elle dans votre travail ?
 - b) Pourriez-vous m'indiquer quels choix vous avez faits pour essayer de favoriser cette prise en charge multidisciplinaire? Sur quelles priorités avez-vous mis l'accent ?
 - c) Sur quels leviers avez-vous pu compter ?
 - d) Quels obstacles avez-vous rencontrés ?
- 10) Un autre aspect visé par les projets pilotes est de **favoriser l'échange de pratiques** entre structures ;
- a) Cette dimension se retrouve-t-elle dans votre travail ? Sur quels plans ?
 - b) Avez-vous «emprunté» des pratiques à d'autres ? En avez-vous transmises ?
 - c) Est-ce que le CLSS vous maintient dans le cœur de vos pratiques ? Avez-vous gagné/perdu du savoir-faire ?
 - d) L'échange existe-t-il au niveau des personnes/individuel ?
 - e) Sur quels leviers avez-vous pu compter ?
 - f) Quels obstacles avez-vous rencontrés ?
- 11) Indicateurs
- a) Avez-vous mis en place des indicateurs de suivi/évaluation du travail effectué ?
 - b) Quels sont les éléments qui vous permettent de considérer que le projet est sur la bonne voie (partenariat/intersectorialité/Prise en charge du public) ?
- 12) Quelles sont au final selon vous les forces et les faiblesses de ce que vous avez pu mettre en place ?
- Contexte
- 13) Quelles sont les spécificités du quartier et en quoi cela a-t-il impacté selon vous le CLSS ? Quid du côté des public, des structures, des professionnels ?
- De quels atouts votre territoire dispose-t-il pour développer les politiques intégrées de santé ? Quels en sont les points faibles ?

- 14) Est-ce le projet s'articule à d'autres initiatives dans le quartier ? Y a-t-il une cohérence avec d'autres politiques locales ? Sont-elles complémentaires, cloisonnées ?
- 15) Estimez-vous que vous êtes identifié en tant que CLSS au sein du quartier ?
- 16) Êtes-vous identifié au sein du CPAS ? Quels sont vos rapports avec le CPAS ? Le CLSS a-t-il changé ces rapports ?
- 17) Existe-t-il actuellement sur votre territoire des stratégies de communication ou des opérations de communication qui visent à sensibiliser et promouvoir une approche intégrée de santé ? Qui en est le promoteur ? Quels supports/médias sont utilisés ? Quelles sont les cibles visées ? Quel est le message porté ?

Outputs

- 18) Votre regard sur la thématique des CLSS/politiques intégrées de santé a-t-il évolué depuis votre entrée dans le projet ? Si oui, comment ?
- 19) Dans quelle mesure pensez-vous que les CLSS atteignent leurs objectifs ? Dans quelles dimensions est-ce le cas ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?
- 20) Quels conseils donneriez-vous à un projet semblable qui devrait être mis en place dans un autre quartier (une autre commune) à Bruxelles ?
- 21) Aimeriez-vous ajouter des éléments qui n'ont pas pu être abordés durant l'entretien ?

Bibliographie



- Abbott Andrew, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, University of Chicago Press, Chicago, 1988.
- Bacqué Marie-Hélène, Biewener Carole, *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?*, La Découverte, 2015.
- Barthélémy Martine, *Associations : un nouvel âge de la participation ?*, Paris, Presses de Sciences Po, 2000.
- Bertron Anaïs, Boone Damien, « Une politique de jeunesse sans jeunes ? Le poids de « l'impératif partenarial » au sein de deux projets territoriaux sur la jeunesse », *Agora débats/jeunesses*, 92(3), 2022, pp. 79-96.
- Bezes, Philippe, Le Lidec, Patrick, *Politiques de l'organisation Les nouvelles divisions du travail étatique*. *Revue française de science politique*, 66(3), 2016, pp. 407-433.
- Bidet Alexandra, « Qu'est-ce que le vrai boulot ? Le cas d'un groupe de techniciens », *Sociétés contemporaines*, 78 (2), 2010, pp. 115-135.
- Blanc Maurice, Foucart Jean, Stoessel-Ritz Josiane, « Travail Social, Partenariats et Transactions Sociales », *Pensée plurielle*, 43(3), 2016, pp. 7-13.
- Blöss, Thierry, « Relations entre générations et inégalités sociales La société multigénérationnelle en question », *Informations sociales*, 125(5), 2005, pp.72-79.
- Boltanski Luc, *L'amour et la justice comme compétence*, Paris, Métailié, 1990, p. 255-356.
- Boltanski Luc, Chiapello Ève, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999.
- Bordeaux Marie-Christine, Deschamps François, *Éducation artistique, l'éternel retour ?*, Paris, Éditions de l'Attribut, 2013
- Bordiec Sylvain, Sonnet Adrien (dirs.), *Action publique et partenariat(s). Enquêtes dans les territoires de l'éducation, de la santé et du social*, Champ social, 2020.
- Bourdieu Pierre, « L'essence du néolibéralisme », *Le Monde diplomatique*, mars 1998, p. 3.
- Bourque Mélanie, Grenier Josée, « La souffrance psychique au travail : une affaire de gestion ? », *Intervention*, n°144, 2016, pp. 9-20.
- Breton Eléonor, Perrier Gwenaëlle, *Politique des mots d'ordre réformateurs Le travail administratif face aux injonctions modernisatrices de l'État*. *Politix*, 124 (4), 2018, pp. 7-32.
- Bussi, Chloé, *Aux frontières du social et du sanitaire : Approche ethnographique de la prise en charge de la santé des sans-abri en centres d'hébergement*, thèse pour l'obtention du titre de docteur en sociologie, Normandie Université, 2023
- Callon Michel, « Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique*, 136, 1986, pp. 169-208.
- Cortesero Régis, *Les centres sociaux, entre participation et cohésion sociale*, CNAF, Dossier d'étude 160, 2013.
- Darmon Muriel, *La socialisation* (3^e éd.), Armand Colin, 2016.
- Demazière Didier, Jouvenet Morgan (dirs.), *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*, Éditions de l'EHESS, Paris, 2016.

Di Maggio Paul, Powell Walter, « The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields », *American Sociological Review*, 48(2), 1983, pp. 147-160.

Dortier Jean-François (dir.), *Dictionnaire des sciences sociales*, « Socialisation », 2013, pp. 328-329.

Donzelot Jacques, Estebep Philippe, *L'État animateur, Essai sur la politique de la ville*, Paris, Esprit, 1994.

Douillet Anne-Cécile, Faure Alain, Négrier Emmanuel, « Trois regards sur les politiques publiques vues du local », in Boussaguet Laurie, Jacquot Sophie, Ravinet Pauline (dirs.), *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, pp. 319-347.

Dubar Claude, *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*, Paris, PUF, 2000.

Dubois Vincent, « Politique au guichet, politiques du guichet » in Olivier Borraz et Virginie Guiraudon, (dirs.), *Politiques publiques 2. Des politiques pour changer la société*, Paris, Presses de Sciences Po, 2010.

Duran Patrice, Thoenig Jean-Claude, « L'État et la gestion publique territoriale », *Revue française de science politique*, 46-4, 1996, pp. 580-623.

Duchesne Sophie, Haegel Florence, « La politisation des discussions », *Revue française de science politique*, 54 (6), décembre 2004, p. 877-909.

Epstein Renaud, « Gouverner à distance. Quand l'État se retire des territoires », *Esprit*, n° 11, 2005, p. 96-111.

Fassin Didier, *La Raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, Gallimard, 2010.

Fassin Didier, *De l'inégalité des vies*, Paris, Fayard, Collège de France, série : « Leçons inaugurales », 2020.

Faure Alain, « Action publique locale et consensus politique. Les accords trompeurs de la petite musique territoriale », in Arnaud Lionel, Le Bart Christian et Pasquier Romain (dirs.), *Idéologies et action publique territoriale. La politique change-t-elle encore les politiques ?*, Rennes, PUR, 2007, pp. 134-158.

Frinaut Thomas, *Le pouvoir territorialisé en France*, Rennes, PUR, 2012.

Gentili Félix, « Comment définir l'identité professionnelle ? ». La rééducation contre l'école, tout contre : l'identité professionnelle des rééducateurs en question, érès, 2005, pp. 17-57.

Guéranger David, « La monographie n'est pas une comparaison comme les autres », *Terrains & Travaux*, n°21, pp. 22-36.

Halpern Charlotte, Lascoumes Pierre et Le Galès Patrick (dirs.), *L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistances, effets*, Paris, Presses de Sciences Po, 2014.

Hamidi Camille, *La société civile dans les cités. Engagement associatif et politisation dans des associations de quartier*, Paris, Economica, 2010.

Hassenteufel Patrick, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2008.

Hughes Everett Cherrington, « Métiers modestes et professions prétentieuses : l'étude comparative des métiers », in Hughes Everett Cherrington (dir.), *Le Regard sociologique*, Paris, EHESS, 2008, pp. 123-135.

Ion Jacques, Ravon Bertrand, « Institutions et dispositifs », in Ion Jacques (dir.), *Le travail social en débats*, Paris, La Découverte, 2005, pp. 71-85.

Lascoumes Pierre, « Rendre gouvernable : de la « traduction » au « transcodage ». L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique », in CURAPP, *La gouvernabilité*, Paris, PUF, 1996, pp. 325-337.

Laval Christian, 2018, *Foucault, Bourdieu et la question néo-libérale*, Paris, La Découverte, 2018.

Le Bart Christian, Lefebvre Rémi (dirs.), *La proximité en politique. Rhétoriques, usages, pratiques*, Rennes, PUR, 2005.

Le Galès Pierre, Le desserrement du verrou de l'Etat ?, *Revue internationale de politique comparée*, n°6 (3), 1999, pp. 627-653.

Liot Françoise, « Enjeux, instruments et limites du partenariat intersectoriel : le cas du dispositif Culture et santé », in Bordie Sylvain, Sonnet Adrien (dirs.), *Action publique et partenariat(s). Enquêtes dans les territoires de l'éducation, de la santé et du social*, Champ social, 2020, pp. 42-54.

Loncle Patricia, « La mise en œuvre des politiques de santé au niveau local : l'animation territoriale en santé en Bretagne », *Sciences sociales et santé*, 27, 2009, pp. 5-31.

Michel Johann, « Peut-on parler d'un tournant néo-libéral en France ? », *Sens public*, 2008.

Muller Pierre, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie de l'action publique », *Revue française de science politique*, 50, 2, 2000, pp. 189-208.

Nay Olivier, Smith Andy, « Les intermédiaires en politique. Médiation et jeux d'institutions », in Nay Olivier, Smith Andy (dirs.), *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action politique*, Paris, Économica, 2002.

Ossipow Laurence, Counilh, Anne-Laure, « La sanitarisation du social ou la transmission de normes diététiques dans la distribution de colis d'aide alimentaire », *Emulations - Revue de sciences sociales*, (45), 2024, p. 97-114.

Ozouf Jacques, *Nous les maîtres d'école. Autobiographies d'instituteurs de la Belle Époque*, Paris, Gallimard, 1973.

Pasquier Romain, *La capacité politique des régions*. Presses universitaires de Rennes, 2004.

Roquet P., Wittorski R. (2013), « La déprofessionnalisation : une idée neuve ? », *Recherche et Formation*, 72, 2013, p. 9-14.

Rémy Jean, *L'espace, un objet central de la sociologie*, Toulouse, Erès, 2015.

Schapman-Segalie Sophie, Lombrail Peirre, « Repères méthodologiques pour l'évaluation des Contrats Locaux de Santé et de leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé », *Santé Publique*, S1 (HS1), p. 47-61.

Schlegel Vianney, « Partage juridictionnel et socialisation au travail pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes sans domicile », *Sociologie du travail* [En ligne], Vol. 63 - n° 3, Juillet-Septembre 2021.

Rapport d'évaluation sur les Contrats Locaux Social-Santé (CLSS) mis en place en région bruxelloise

Ce rapport présente une évaluation des Contrats Locaux Social-Santé (CLSS), déployés en région bruxelloise depuis 2021.

Pensés pour rapprocher professionnels de la santé et du social pour une prise en charge holistique des patients, les CLSS s'insèrent au niveau des quartiers dans un paysage institutionnel complexe. Dans quelle mesure parviennent-ils à leur objectif de réduction des inégalités sociales de santé ?

L'étude se centre principalement sur les dynamiques partenariales que crée le dispositif, sur les recompositions des professionnalités des travailleurs chargés de sa mise en œuvre, ainsi que sur les mutations institutionnelles qu'engendre la valorisation d'une approche quartier. L'analyse de ces transformations permet d'interroger les conditions de la relation aux publics les plus précarisés.

Ce document est également disponible en néerlandais.