

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

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

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

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

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

a. Un processus continu d'intégration et de coordination

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b. La participation citoyenne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a. *Structurer le recueil de données*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



d. Développer la recherche participative

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

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

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

