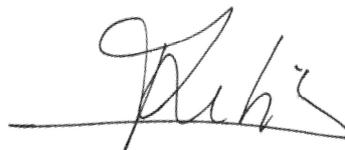


## FACE À LA COMPLEXITÉ

Le système de soins de santé est encore largement dominé par des logiques marchandes. Comme alternative sociale, le modèle des maisons médicales tel que la Fédération le défend reste minoritaire... alors que les victimes de ces logiques marchandes sont largement majoritaires. Hélas! j'ai peu d'espoir qu'elles puissent s'organiser pour revendiquer un changement radical de socialisation du système. Celui-ci est d'une telle complexité qu'il serait naïf de croire à un changement culturel hégémonique, pour reprendre les termes d'Antonio Gramsci.

C'est pourquoi certains auteurs de la transformation sociale nous invitent à développer la création de « communs » à différentes échelles. Un commun est une mutualisation de ressources (économiques, sociales, culturelles) visant à leur pérennisation. À l'échelle du mouvement des maisons médicales, de tels dispositifs de mutualisation existent (lobbying politique, fonds de soutien, aide à la gestion, logiciel coopératif...). Il manque toutefois encore un élément fondamental : la représentation commune que nous souhaitons porter collectivement pour l'avenir de notre secteur. La croissance du nombre de nos membres augmente la pluralité des « visions du monde » qui le traversent...

Nous nous sommes lancés dans une démarche de recherche-action menée en collaboration avec l'asbl Philocité pour mieux comprendre cette complexité en vue de définir notre prospective. Il apparaît effectivement primordial de déployer un savoir commun sur le cap que nous souhaitons donner à notre mouvement, et ce savoir ne peut se déployer qu'à travers l'analyse fine des réalités de travail des soignants qui le composent. Cette expérience empirique permettra, je l'espère, d'inspirer le contenu de notre future note d'orientation quinquennale. Au vu des enjeux contemporains (libéralisation des instances de l'INAMI, augmentation du pouvoir d'action de fédérations concurrentes, politiques de santé de plus en plus techniques, pénurie de soignantes et soignants...), construire cette vision commune et partagée est prioritaire.



**Fanny Dubois,**  
**secrétaire générale de la Fédération**  
**des maisons médicales**

**Certains auteurs de  
la transformation  
sociale nous invitent à  
développer la création  
de « communs ».**

# ZAKIA KHATTABI :

« JUSTICE SOCIALE ET JUSTICE

ENVIRONNEMENTALE SONT INDISSOCIABLES »

**La ministre fédérale Ecolo du Climat, de l'Environnement, du Développement durable et du Green Deal ne cache pas son engagement pour une transition juste, plaidant pour la fin d'une politique sectorielle face aux changements à venir.**

Propos recueillis par **Pascale Meunier**, rédactrice de *Santé conjugulée*.

## L'environnement, c'est le défi du siècle ?

**Zakia Khattabi** : La crise environnementale, la crise climatique, la perte de biodiversité, mais aussi les pollutions sont les questions sociales du XXI<sup>e</sup> siècle dans la mesure où ce sont des réalités qui viennent se greffer et accentuer des inégalités qui existent déjà. Aujourd'hui, dans toutes les discussions sur la transition, on observe cette volonté de distinguer et d'opposer la

**« Il y a aujourd'hui un cap à franchir, et cela aura un impact sur nos mécanismes de solidarité. »**

question sociale et la question environnementale. Ça me rend dingue parce que c'est souvent prétexte à ne rien faire et, surtout, c'est fermer les yeux sur la réalité de l'impact inégalitaire de ces crises. Justice sociale et justice environnementale sont indissociables. On sait que l'impact de ces différentes

crises est différencié : les publics les plus précaires sont les plus touchés alors même qu'ils en sont les moins responsables.

## C'est une politique à tous les étages qu'il faut mener ?

Ma motivation et ma mobilisation autour de la crise climatique, c'est pour sauver les conditions de viabilité sur terre d'abord évidemment, mais c'est aussi dans ce souci de justice sociale. C'est dans cette perspective et avec cette conviction-là que j'ai lancé il y a un an et demi la dynamique de la transition juste en Belgique. Aujourd'hui, plus personne ne remet en cause la réalité du dérèglement climatique, on l'a encore vu cet été. Plus personne ne nie que la responsabilité est humaine et que c'est la façon dont on

s'organise collectivement, le mode de production, de consommation qu'il faut changer. Il faut se rassembler autour du chemin à prendre pour la transition. J'ai voulu démocratiser ce débat, en faire un débat public collectif. Cette dynamique vise à aller chercher auprès des citoyens, de la société civile organisée et des scientifiques une réflexion et des propositions sur les conditions pour que la transition soit acceptée, acceptable, et juste. Un haut conseil de la transition juste a réfléchi sur certaines questions, notamment le système de la Sécurité sociale, qui a été fondée avec l'industrialisation. Comment continuer à financer des mécanismes de solidarité collectifs dans un monde où, probablement, les conditions de production vont changer ? Comment construire la résilience de ces mécanismes ? Il y a aujourd'hui un cap à franchir, et cela aura un impact sur nos mécanismes de solidarité. Le changement nécessaire aujourd'hui relève de la même ampleur que la révolution industrielle.

La société civile organisée a été invitée à débattre lors de différentes tables rondes, qui remettront aussi des propositions. Et, fin août, nous avons lancé la première agora citoyenne, qui donne la parole à des gens que l'on n'entend jamais sur ce sujet, en dialogue avec les associations spécialisées de lutte contre la pauvreté. L'idée est d'écouter leur réalité, leurs craintes et leur vision de la transition. Le tout dans l'optique, d'ici à la fin de la législature, d'un rapport sur ce qu'est la transition juste en Belgique. Les enjeux de Sécurité sociale sont fondamentaux, mais aussi les enjeux d'emploi, de formation, d'enseignement, etc. L'idée est de penser à l'impact de la nécessaire transition sur l'ensemble de nos politiques. Je fonde l'espoir que les partis

s'en saisiront pendant la campagne électorale, mais aussi les prochains gouvernements.

### **La concertation prend du temps. N'en manquons-nous pas ?**

La transition va s'imposer à nous. Nous sommes en train de vivre des choses tellement violentes que des changements vont s'opérer sans notre consentement. Mais nous avons encore la possibilité de déterminer collectivement les termes de la transition. Ce n'est pas parce que nous sommes en train de réfléchir que rien ne se fait. On le voit à l'échelle des régions : les zones de basse émission, etc. Des choses avancent. Ce qu'il nous faut, c'est une vision et une gouvernance systémique et structurelle. C'est pourquoi je plaide pour sortir des politiques sectorielles. La politique économique ou la politique budgétaire doit être drivée à partir de ces enjeux de transition ; or ce n'est pas le cas. Prenons la nécessité d'isoler les bâtiments, par exemple, qui requiert un investissement public colossal et massif. Ce que les régions font est important, mais l'ampleur n'est pas suffisante. Il faut financer la transition, car les investissements que l'on ne consent pas aujourd'hui dans ce domaine seront les dettes et les déficits budgétaires de demain.

### **Comment séduire la population, comment faire accepter des mesures contraignantes ?**

Le constat n'a pas été assez fait de l'impact différencié de la crise climatique. Ce sont les quartiers les plus densément peuplés, les plus précaires qui la subissent davantage. Les indicateurs de santé le montrent, notamment le dernier rapport de l'Agence européenne de l'environnement : ils subissent plus de pollution liée aux automobiles, plus de pollution sonore, plus de pollution chimique. La transition, c'est faire en sorte que dans ces quartiers les enfants puissent respirer un air sain. Bien sûr, il faut créer des logements, mais il y en a tellement qui sont vides... Gardons les espaces verts, car c'est précisément dans les quartiers où les habitats sont les plus petits, qu'il y en a le moins.

Le problème, c'est qu'à un problème nouveau on amène des solutions traditionnelles. Et ça ne marche pas, ce sont des emplâtres sur des jambes de bois. Il faut investir massivement

et il faut réorienter l'ensemble. Au fédéral, par exemple, on investit encore entre 12 et 15 milliards d'euros par an dans le fossile... Comme ministre du Climat, je n'ai pas les leviers en tant que tels, mais nous avons mis en place un dispositif de gouvernance inédit – et en faisant ça, j'ai presque envie de dire qu'on n'a encore rien fait... mais on se donne en tout cas les moyens d'atteindre l'objectif. L'objectif par exemple de faire en sorte qu'à l'horizon 2030 on n'investisse plus dans le fossile. Ce sont des changements structurels qui permettent alors de mobiliser ailleurs et mieux. On dit qu'il faut plus d'argent, certainement, mais il faut *mieux* d'argent.

### **Le gouvernement accorde une place prépondérante à l'environnement ?**

Pas assez ! Sans doute le gouvernement actuel en fait-il plus que tous les précédents, mais vu l'accélération de la crise... L'impact humain, l'impact environnemental, ça fait longtemps qu'on les voit et ça ne convainc pas une certaine frange... Mais le coût économique devient de plus en plus important et c'est peut-être cela qui jouera. Si ce n'est pas la solidarité et la responsabilité, ce sera le poids de la crise climatique sur le budget des États. En Allemagne, la sécheresse du Rhin de 2018 a fait perdre 0,4 % au produit intérieur brut, le PIB, parce que les marchandises n'ont pas pu être acheminées.

### **Quelques victoires tout de même ?**

Grâce à l'arrêté royal « export ban », la Belgique n'exportera désormais plus de produits chimiques interdits sur le sol européen. C'est une victoire importante symboliquement et politiquement. Deux choses étaient pour moi inacceptables, d'abord moralement : pourquoi est-ce que mon enfant mérite de ne pas subir cette pollution chimique et pas un enfant des pays du Sud ? Ensuite l'effet retour. Ces produits nous reviennent, par exemple, dans les barres de sésame que l'on retrouve dans notre alimentation. Il y a un non-sens absolu. C'est aussi un levier et aussi un signal politique. Le niveau euro-

**« Sans doute le gouvernement actuel en fait-il plus que tous les précédents, mais vu l'accélération de la crise... »**

péen avait dit qu'il prendrait des mesures pour les interdire et il attend que les États le fassent. Depuis cette décision belge, l'Allemagne a dit qu'elle suivrait et les Pays-Bas nous ont contactés. La France l'avait déjà appliquée, et j'ai utilisé cet argument. On prend nos responsabilités, mais le niveau européen sur ces dossiers reste fondamental.

### **Le dossier «écocide» était également très attendu...**

Aujourd'hui, la Belgique reconnaît l'écocide et l'inscrit dans son code pénal, autrement dit : la pollution environnementale, à certaines conditions, est un crime. À l'international, j'essaie de coaliser un certain nombre de ministres de l'En-

vironnement pour amender le traité de Rome et y intégrer l'écocide.

Comme militante, je ne boude pas mon plaisir dans ce dossier, même s'il a fallu lâcher certaines choses, comme la compétence universelle de la Belgique... La discussion est compliquée

parce que l'écocide entre dans le cadre de la réforme pénale, qui est portée par le ministre de la Justice. C'est la réalité pour tous mes collègues de l'environnement, que ce soit au niveau européen ou autre. Certains ne peuvent pas signer, car ils n'ont pas l'accord de leur gouvernement. C'est le principe de réalité.

### **L'indice de réparabilité semble plus proche de notre quotidien.**

Dans ce dossier, on parvient à allier de la manière la plus positive possible les deux enjeux ; c'est une manière de conscientiser les gens et d'associer la question environnementale et leur portefeuille. Face à l'achat d'un appareil électroménager, nous verrons si les pièces de rechange sont indisponibles ou si elles coûtent cher... C'est déjà le cas en France où les distributeurs sont habitués. Ils améliorent le dispositif et nous en profitons aussi. Les Pays-Bas sont intéressés. Ce sont des signaux que l'on donne à la Commission européenne. Cela crée un effet de contamination. J'ai voulu faire reconnaître la crise climatique comme un enjeu de sécuri-

té nationale pour nos infrastructures, pour nos finances, pour nos sociétés. Nous avons mis en place un nouveau dispositif : le centre d'analyse du risque climatique, le CCCRA-CC, afin d'anticiper, mieux penser nos politiques et les risques liés à la perte de biodiversité. Mon leitmotiv ? Gouverner, c'est prévoir. Et pour quoi je plaide ? Prendre aujourd'hui les décisions qui auront des effets à moyen et à long terme.

Le GIEC le dit : c'est encore possible, mais c'est maintenant que ça se joue dans le sens où c'est aujourd'hui que ça se décide. On parle encore de transition, d'étapes, mais la fenêtre d'opportunité se referme. Ma préoccupation, c'est la santé, la solidarité. Mais l'enjeu économique devient aussi un argument qui j'espère pourra faire basculer certains. La configuration géopolitique mondiale évolue – on le voit actuellement avec l'élargissement des BRICS<sup>1</sup>. En Europe, nous devons arrêter de penser à partir de notre nombril et de penser que nos projets, nos valeurs sont universels. Ce n'est plus nous qui donnons le ton. Quel impact cela va-t-il avoir sur les négociations internationales sur le climat ? On ne peut pas avancer tout seul. Ce qui se joue entre individus à l'échelle de nos États, c'est ce qui se joue entre les États à l'échelle du monde. Je pense que les changements que le politique doit opérer sont structurels et si on veut que des individus changent de comportement, nous devons placer un cadre permettant que ce changement de comportement se fasse de manière juste, équitable. Si on dit aux gens de ne plus prendre leur voiture, alors investissons dans les transports en commun, dans le rail. Le débat sur ces enjeux, de mobilité notamment, est complètement faussé parce que ceux qui attaquent les plus volontaristes dans la transition énergétique sont ceux qui ne veulent pas investir dans le collectif. C'est insupportable.

### **Et complexe...**

Oui. Et pour rajouter une couche à cette complexité, un dernier exemple. Passer de la voiture thermique à l'électrification est aussi risqué : comment est produite l'électricité ? Les batteries ? Ce sont des matériaux critiques et ils ne sont pas illimités. On ne peut pas remplacer une dépendance par une autre. Ce qui paraît simple l'est beaucoup moins que ce que certains de tout bord laissent penser. ■

**«Ce qui paraît simple l'est beaucoup moins que ce que certains de tout bord laissent penser.»**

1. Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud.

# #VIVRE MIEUX, AVEC LA COALITION SANTÉ!

**Des mutuelles, des associations et des syndicats membres de la Coalition Santé organisent une vaste campagne nationale de sensibilisation et de mobilisation sur les soins de santé en vue des élections fédérales et régionales de 2024. Le lancement est prévu pour le 2 octobre 2023, avec, en ligne de mire, un nouveau projet de société pour vivre mieux.**

**Nicolas Pirotte, Briec Dubois, coordinateurs de la Coalition Santé.**

**D**epuis 2007, en vue de la célébration des trente ans de la déclaration d'Alma-Ata<sup>1</sup> des acteurs d'horizons différents, tous préoccupés par le droit à la santé, ont décidé d'unir leurs forces et de coordonner leurs efforts afin de prévenir les conséquences des politiques néolibérales sur le plan social et sanitaire. Ils travaillent à informer, sensibiliser et mobiliser les professionnels de santé et les citoyens autour de ces questions, ils organisent de nombreuses manifestations, des actions ciblant les politiques, des événements de sensibilisation ou encore des groupes de travail alliant santé et environnement, santé et travail, approche locale et approche globale, entre autres. Connue comme la Plateforme d'action santé et solidarité, la PASS a tout récemment fait peau neuve et s'engage dans un nouveau cycle de travail avec un nouveau nom : la Coalition Santé, et avec une base élargie. De nouvelles associations d'éducation permanente, la FGTB, la CNE, Solidararis, la Mutualité chrétienne, la Fédération des maisons médicales, Culture & Santé ainsi qu'une trentaine d'autres associations en font partie. Un nouveau souffle dans le but de revendiquer toujours haut et fort un système de soins de santé de meilleure qualité et plus accessible à toutes et à tous.

## **La santé, mais pas que...**

Ce changement de nom s'accompagne de plusieurs changements structurels : renouvellement de l'organe d'administration et de l'assemblée générale, mise à disposition de plus de moyens financiers et définition d'une nouvelle base politique commune. Des groupes de travail théma-

tiques ont été mis en place, composés des experts de chaque structure, dans le but d'élaborer des revendications et de les faire entendre aux différents gouvernements. Si ces revendications concernent directement la politique de la santé, elles visent également de nombreux autres domaines de la vie. De l'alimentation saine et accessible pour tout le monde à la lutte contre la pénurie de soignants en passant par le renforcement des mécanismes de concertation et de co-gestion et l'aménagement du territoire, la Coalition Santé promeut une vision de la santé la plus large possible en prenant en compte tous ses déterminants – médicaux et non médicaux – dans le but de réduire les inégalités en santé.

## **Peut mieux faire**

Le dernier classement en date réalisé par Health Consumer Powerhouse, groupe de réflexion sur la politique de la santé, considère que notre petit pays dispose du « *système de santé peut-être le plus généreux d'Europe* »<sup>2</sup> et le positionne à la cinquième place (sur trente-cinq, derrière la Suisse, les Pays-Bas, la Norvège et le Danemark) dans ce classement basé sur quarante-cinq indicateurs rendant compte de la qualité du système de soins de santé (information et droits du patient, accessibilité, gamme et portée des services fournis, résultats, prévention, médicaments). Tout irait donc pour le mieux dans le meilleur des mondes? La Coa-

**Revendiquer toujours haut et fort un système de soins de santé de meilleure qualité et plus accessible à toutes et à tous.**

1. Déclaration d'Alma-Ata, <https://apps.who.int>.

2. A. Björnberg, A.Y. Phang, *Euro Health Consumer Index 2018*, <https://healthpowerhouse.com>.

## Le Covid nous a montré à quel point un grain de sable dans l'engrenage pouvait perturber toute la machine.

lition Santé n'est pas de cet avis. Ce n'est pas parce qu'un système fonctionne mieux qu'un autre qu'il est bon et, en tant qu'acteurs de la santé, nous ne pouvons pas nous résoudre à simplement constater notre soi-disant excellence sans pointer les coquilles qui traînent encore sur notre copie.

Le Covid nous a montré à quel point un grain de sable dans un engrenage pouvait perturber toute la machine. Du jour au lendemain, le travail s'est arrêté ou s'est adapté, les écoliers se sont retrouvés confinés à la maison et les personnes âgées isolées. Nous vivons dans un monde interconnecté qui ne peut se permettre de négliger la santé physique, mentale et sociale des humains ou des animaux.

Un virus qui se développe à plusieurs milliers de kilomètres de chez nous peut paralyser une grande partie de nos activités et de nos vies pendant des mois. Comme de telles crises sont amenées à se répéter et qu'elles seront probablement encore plus fortes et violentes dans le futur, il est indispensable de développer un système de santé solide, bien financé et porté par des personnes respectées dans leurs conditions de travail.

Cette crise sanitaire a mis en lumière plusieurs éléments. Elle a révélé de manière criante les inégalités inhérentes à notre système de soins de santé et elle a accentué les inégalités sociales de santé. Comme le note l'Observatoire social du Hainaut dans son rapport de mai 2020, « l'idée commune selon laquelle le coronavirus nous affecte toutes et tous sans faire de différence est profondément fautive, et c'est même une illusion dangereuse, car elle mène à l'inertie là où l'action devrait prévaloir. Les personnes vulnérables deviennent encore plus vulnérables en période de pandémie. Il est particulièrement important de prendre note de la vulnérabilité liée à la pauvreté, à la discrimination, au genre, à la maladie, à la perte d'autonomie, à l'âge avancé et aux situations de handicap [...]. Pour limiter les conséquences de la crise sanitaire et socioéconomique, la santé publique se doit d'innover de nouvelles stratégies pour s'attaquer aux déterminants sociaux qui sont susceptibles d'agir sur la réduction des inégalités sociales de santé »<sup>3</sup>. Plus le statut socioéconomique est faible, plus le risque

est grand d'être en mauvaise santé, de contracter des formes sévères de la maladie (en lien notamment avec une exposition accrue au virus liée à l'exercice de certaines professions), et plus le risque est grand également d'être touché plus durement. Selon l'Insee, « trois facteurs, souvent cumulatifs, renforcent les inégalités sociales de santé lors des épidémies : les inégalités face au risque d'exposition, les différences de vulnérabilité face à la maladie et les écarts d'accès aux soins »<sup>4</sup>.

Le Covid a accéléré d'autres tendances à l'œuvre avant son arrivée. La pénurie de soignantes et de soignants, par exemple, déjà criante avant la fin de l'année 2019 n'a fait qu'empirer. « La pandémie a trouvé ce personnel déjà en souffrance, celle-ci étant encore amplifiée par des mesures de restriction budgétaire ne permettant pas de couvrir l'augmentation des besoins en santé d'une population vieillissante. Les efforts réalisés par l'ensemble de ces métiers enfin reconnus comme "indispensables" ont été trop importants pour qu'ils puissent être compensés. De plus, la fin de la pandémie n'a pas été l'occasion d'un relâchement de l'activité sanitaire. Au contraire. Pour, au mieux, le motif médical de limiter les conséquences des reports de soins lors de la pandémie (avec aggravation des pathologies), mais aussi, dans certaines disciplines, pour compenser les pertes économiques, l'outil hospitalier notamment a relancé une activité intensive de "rattrapage". Le personnel n'a pas pu suivre », analyse Yves Hellendorff, secrétaire national CNE Non-Marchand<sup>5</sup>. En fin d'année 2022, l'ambassadrice des soins de santé, Candice De Windt, annonçait qu'il manquait entre 25 000 et 30 000 infirmiers et infirmières en Belgique<sup>6</sup>. La solution ne viendra pas uniquement d'un financement plus important, mais aussi et surtout de meilleures conditions de travail. Il faut avoir le courage de mettre en place les changements structurels dont notre système de soins a besoin.

Certes, certains mécanismes de protection sociale ont permis d'amortir le choc produit dans nos sociétés par le Covid. Les allocations de chômage temporaire par exemple ont donné la possibilité à de nombreuses personnes de conserver des revenus et un certain niveau de vie malgré le lock down généralisé et la baisse soudaine de l'activité. Le remboursement par les mutuelles des tests PCR a permis que tout le monde puisse y avoir accès et donc augmenter

3. Observatoire de la Santé du Hainaut, *Quand le masque tombe... la crise de la pandémie du Covid-19 dans l'aggravation des inégalités sociales de santé*, 13 mai 2020, <https://observatoiresante.hainaut.be>.

4. M. Barhoumi et al., *Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement*, Insee, 2020, [www.insee.fr](http://www.insee.fr).

5. Y. Hellendorff, « Un manque généralisé », *Santé conjugée* n° 103, juin 2023.

6. W. Visterin, E. Huybrechts, « La Belgique recherche au moins 25 000 infirmières », [www.jobat.be](http://www.jobat.be), 21 septembre 2022.

la prévention. Il en va de même pour les mécanismes de santé : une santé accessible à tout le monde et de qualité entraîne les conditions d'une bonne santé la plus large possible, crise sanitaire ou pas. Bien que les personnes plus précaires soient plus touchées, les virus et les maladies ne font pas de différence de niveau socioéconomique et n'importe qui peut être concerné. Et lorsqu'un service d'urgence est saturé, il l'est pour tout le monde. *« Il n'y a pas de fatalité en politique. Réinvestir massivement de l'argent public dans tous les secteurs dits sociaux (éducation, santé, sécurité et protections sociales, bien sûr, faire de la protection des conditions de vie et de la planète un nouveau service public au cœur de toutes les politiques), tout en remarginalisant massivement les logiques marchandes de la propriété lucrative reste le choix de démocratie maximal »*, note Corine Gobin, maître de recherche du Fonds de la recherche scientifique (FNRS) à l'ULB<sup>7</sup>.

### Une mobilisation nationale

Plurielle, la Coalition Santé bénéficie à la fois d'expertises de recherche, de pratique et de terrain. Dans nos agences, sur les lieux de travail et dans nos associations nous voyons tous les jours les difficultés que pose notre système de santé, mais nous voyons aussi des solutions. La Coalition Santé plaide pour que les balises choisies par nos décideurs et décideuses poli-

tiques soient celles de la solidarité et de la redistribution dans le but de conserver ce bien commun si précieux qu'est la santé. Au-delà du plaidoyer, elle lancera en octobre 2023 la campagne nationale #VivreMieux!, qui s'inscrit dans l'agenda des élections fédérales, régionales et européennes du 9 juin 2024.

#VivreMieux défend une série de trente revendications (lire ci-dessous). Des mesures concrètes qui concernent tous les ministères et qui ont pour but d'améliorer la vie des gens. Entre remettre de la verdure dans nos villes, avoir la possibilité de s'alimenter sainement, ne pas se voir sanctionné quand on est malade de longue durée et payer le juste prix pour les médicaments, nous faisons le choix de ne pas choisir !

Cette campagne est un appel aux forces vives pour impliquer les politiques. Grâce à ses objectifs de sensibilisation, de plaidoyer et de mobilisation, #VivreMieux a le potentiel de catalyser un changement positif, favorisant des réformes progressistes et renforçant la participation citoyenne en vue de la transformation du système de santé belge. Rendez-vous en octobre pour vivre ensemble cette campagne, pour que tout le monde puisse #VivreMieux! ■

## #VivreMieux! s'inscrit dans l'agenda des élections fédérales et régionales du 9 juin 2024.

### Plan de campagne

La campagne s'articule en deux volets. Le premier (octobre 2023 - décembre 2023) se concentrera sur la promotion de la santé, l'éducation, le travail, la gouvernance, l'aménagement du territoire, le logement, la mobilité, l'alimentation.

Dans un second temps (janvier 2024 - mai 2024), la campagne abordera les aspects liés à l'accessibilité de la santé : financement des soins de santé (révision à la hausse de la norme de croissance du budget de l'assurance maladie, augmentation du budget alloué à la promotion de la santé, meilleure régulation, transparence des dépenses en médicaments), revalorisation des métiers de l'aide et du soin, renforcement de la première ligne (refinancement généralisé, renforcement des modes de contact avec les citoyens, favorisation de la logique du forfait.), meilleure planification des soins (plan d'action interfédéral de l'offre en santé en fonction des besoins réels de la population, accès facilité à la formation pour le personnel soignant et un meilleur échelonnement des soins), renforcement de la sécurité tarifaire et de l'accès aux soins (augmentation du taux de prestataires conventionnés, suppression du conventionnement partiel et des suppléments d'honoraires à l'hôpital, automaticité du statut BIM).

La campagne se clôturera par une manifestation juste avant les élections, la plus large possible pour montrer le soutien dont bénéficie ce modèle en rupture avec les logiques néolibérales destructrices appliquées jusqu'ici. Plus d'information sur [www.coalitionsante.be](http://www.coalitionsante.be). ■

7. C. Gobin, « État social et démocratie : où en sommes-nous ? », *Santé conjugquée* n° 96, septembre 2021.

# FORMER AUX DÉFIS DE LA PREMIÈRE LIGNE

On a parfois reproché aux formations initiales dédiées aux professionnels du social et de la santé de mettre davantage en avant les métiers et les contextes de travail de la deuxième ligne de soins. C'est pourquoi plusieurs innovations pédagogiques sont déployées depuis quelques années, tant dans les hautes écoles que dans les universités, pour répondre également aux besoins de la première ligne d'aide et de soin.

Dan Lecocq, maître assistant<sup>b,c</sup>, Delphine Kirkove, doctorante en santé publique<sup>d,e</sup>, Pierre D'Ans, maître assistant, unité de recherche<sup>a</sup>, Benoit Pétré, chargé de cours, faculté de médecine<sup>d</sup>, Jennifer Foucart, chargée de cours, faculté des sciences de la motricité<sup>b</sup>, Céline Mahieu, professeure, école de santé publique<sup>b</sup>.

a. Haute École libre de Bruxelles Ilya Prigogine.

b. Université libre de Bruxelles.

c. Université du Luxembourg.

d. Université de Liège.

e. Université Sorbonne Paris Nord.

Notre équipe de recherche de la Chaire Be.Hive<sup>1</sup> a dressé un premier répertoire de ces innovations pédagogiques. Au départ d'une analyse de celles-ci et de leur propre expérience, un groupe de patients et un groupe composé d'acteurs de la première ligne d'aide et de soin ont fait émerger cinq thématiques prioritaires pour la formation des professionnels du social-santé dans l'enseignement supérieur en Belgique francophone.

## Méthodologie

Notre approche est fondée sur l'analyse qualitative des documents fournis par des établissements d'enseignement supérieur membres de la Chaire Be.Hive et formant ces professionnels, ainsi que sur des entretiens individuels (n=24) et de groupe (n=2) menés auprès d'enseignants, de professionnels de la santé et du social, de patients et d'aidants proches. Le groupe de résonance de la Chaire est constitué de représentants des acteurs de la première ligne d'aide et de soin : il a pour fonctions de poser un regard critique constructif sur le projet en mettant à son service ses savoirs spécialisés et spécifiquement locaux. Le groupe de patients

formateurs de la Ligue des usagers des services de santé, la LUSS, est constitué de membres volontaires d'une association de patients et d'aidants proches qui souhaitent s'investir dans la formation des professionnels et futurs professionnels de la santé. Les deux groupes ont identifié cinq thématiques :

- l'influence des facteurs et processus sociaux sur la santé, en ce compris la lutte contre les inégalités sociales en santé ;
- la communication ;
- la collaboration interprofessionnelle ;
- l'implication des patients ;
- le bien-être et la santé mentale.

Certaines thématiques font déjà l'objet d'innovations pédagogiques au sein des formations initiales des professionnels du social et de la santé organisées par les établissements d'enseignement supérieur membres de la Chaire.

De manière plus spécifique, les membres du groupe de résonance de la Chaire se sont focalisés sur la communication entre professionnels, alors que le groupe de patients formateurs a pointé la communication entre professionnels et patients. Pour les deux groupes, former à l'implication des patients dans les soins est important : on retrouve dans les échanges les notions d'*empowerment* et de partenariat avec le patient. Les participants du groupe de résonance de la Chaire comme ceux du groupe de patients formateurs ont également tous identifié le bien-être et la santé mentale des profes-

**Les participants des deux groupes ont tous identifié le bien-être et la santé mentale des professionnels comme une thématique de formation essentielle.**

1. [www.be-hive.be](http://www.be-hive.be).

sionnels comme une thématique de formation essentielle. Les membres du groupe de patients formateurs ont en outre pointé la formation au bien-être et à la santé mentale des patients.

### **Influence des facteurs et processus sociaux sur la santé**

Une thématique identifiée comme prioritaire par les participants est le fait d'enseigner l'influence des facteurs et processus sociaux sur la santé et de sensibiliser les futurs professionnels aux inégalités sociales de santé qui en résultent. Ces questions semblent ne pas (encore) être assez enseignées aux futurs professionnels de la santé. Pourtant des chercheurs ont montré qu'un consensus se dégage pour souligner la nécessité de former à cette thématique, par exemple dans le curriculum des médecins<sup>2</sup>.

### **Communication entre professionnels et collaboration interprofessionnelle**

Harriet Van Ess Coeling et Penelope L Cukr, du Kent State University College of Nursing (Ohio, États-Unis)<sup>3</sup>, soulignent qu'*« il ne suffit pas de recommander aux professionnels de la santé de "collaborer davantage", car leur difficulté à collaborer n'est généralement pas due à un manque de volonté, mais plutôt à un manque de compétences en matière de collaboration »*. En conséquence de quoi, selon Laura Petri, du Washington Hospital Center, Georgetown University (Washington DC, États-Unis)<sup>4</sup>, le meilleur moyen de favoriser la *« collaboration interdisciplinaire »* dans le contexte des soins de santé est *« une formation interprofessionnelle qui favorise une atmosphère de confiance et de respect mutuels, une communication efficace et ouverte, ainsi que la prise de conscience et l'acceptation des rôles, des compétences et des responsabilités des disciplines participantes »* (traduction libre). Petri montre aussi que, pour que la collaboration interprofessionnelle puisse exister, il faut des *« compétences en matière de relations interpersonnelles »* qui permettent de communiquer de façon efficace. Van Ess Coeling et Cukr décrivent celles-ci comme un style de communication attentionné qui utilise notamment des approches non contentieuses et non dominantes pour transmettre les messages. En bref, il ne saurait être question de collaboration interprofessionnelle si la communication entre professionnels n'est pas travaillée au préalable.

Deux thématiques évoquées par les participants se retrouvent ainsi étroitement liées. Par ailleurs, la collaboration interprofessionnelle favorise une meilleure satisfaction au travail et une meilleure santé mentale des professionnels de la santé<sup>5,6</sup>, ce qui est une autre thématique évoquée par les participants.

### **Implication des patients au partenariat avec le patient**

Jo Cahill<sup>7</sup>, de l'université de Hertfordshire, en Angleterre, note déjà dans les années 1990 que les termes d'implication du patient, de collaboration avec le patient, de participation du patient et de partenariat avec le patient sont souvent interchangeables. Cependant, il apparaît que l'implication du patient, soit la recherche du point de vue du patient par rapport à la situation vécue, est le niveau le plus élémentaire de collaboration avec le patient. Dans ce sens, l'implication du patient ne constitue qu'un précurseur de la participation du patient, qui, à son tour, est un précurseur du partenariat avec le patient.

Ainsi, pour Mary L. Hook, doctorante à la School of Nursing de l'université du Wisconsin (États-Unis)<sup>8</sup>, la participation du patient est l'une des huit caractéristiques du partenariat avec le patient avec la compétence professionnelle, la communication, la relation, le partage de savoirs, le partage du pouvoir, le processus de prise de décision partagée et l'autonomie du patient. Hook énumère aussi une série de caractéristiques indispensables de la communication dans le cadre d'une relation de partenariat : réciproque, détendue, respectueuse de la confidentialité, à visée collaborative/non directive, honnête, ouverte, claire, avec un professionnel qui démontre de bonnes capacités d'écoute. Les caractéristiques de la relation à établir sont également précisées : elle est attentionnée, empreinte de mutualité, de réciprocité, de confiance, mutuellement bénéfique, de type « alliance », dynamique, dévouée/loyale. Hook identifie donc comme prérequis au par-

2. A. Doobay-Persaud et al., "Teaching the Social Determinants of Health in Undergraduate Medical Education: a Scoping Review", *J Gen Intern Med.* n° 34, mai 2019.
3. H. Van Ess Coeling, PL. Cukr, "Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality, and nurse satisfaction", *J Nurs Care Qual.* n° 14, janvier 2000.
4. L. Petri, "Concept analysis of interdisciplinary collaboration", *Nurs Forum* n° 45, juin 2010.
5. L. Buret et al., « L'interdisciplinarité, un choix incontournable », *Santé conjugquée* n° 97, décembre 2021.

## **Il ne saurait être question de collaboration interprofessionnelle si la communication entre professionnels n'est pas travaillée au préalable.**

6. D. D'Amour, I. Oandasan, "Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept", *J Interprof Care* n° 24, mai 2005.
7. J. Cahill, "Patient participation : a concept

- analysis”, *Journal of Advanced Nursing* n° 24, septembre 1996.
8. ML. Hook, “Partnering with patients - a concept ready for action”, *Journal of Advanced Nursing* n°56, 2006.
9. LE. Søvold et al., “Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority”, *Front Public Health* n° 9, 2021.
10. K. Vanhaecht et al., “COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers’ mental well-being”, *Int J Qual Health Care* n°33, février 2021.
11. E. Rens et al., “Clinically assessed and perceived unmet mental health needs,

tenariat avec le patient la maîtrise des savoirs et habiletés en termes d’établissement d’une relation et de communication chez les professionnels. Un autre prérequis du partenariat avec le patient est la qualité des relations interprofessionnelles dans l’environnement de soins. Hook identifie également comme conséquence du partenariat avec le patient le développement de son pouvoir d’agir (*empowerment*).

Quand on considère les réponses des participants à notre étude, l’interdépendance des différentes thématiques qu’ils identifient apparaît à nouveau clairement : l’une des façons de développer le pouvoir d’agir du patient est d’établir un partenariat avec lui, ce qui demande des compétences expertes en matière de relation et de communication, ainsi que des relations interprofessionnelles de qualité.

### Une attention pour le bien-être et la santé mentale

Les participants du groupe de résonance de la Chaire comme ceux du groupe de patients formateurs identifient la santé mentale des professionnels comme une thématique majeure à laquelle leur formation doit les préparer activement. Ils rejoignent en cela les auteurs pour lesquels la santé mentale des professionnels de la santé est une urgence de santé publique, vu le

risque élevé de stress, d’épuisement professionnel, de souffrance morale, de dépression, de traumatisme et d’autres problèmes de santé mentale<sup>9</sup>, avec leur lot de conséquences telles que les problèmes d’absence et de *turnover* de personnel

dans les services, tout ceci compromettant la qualité des soins. Le Covid-19 a eu un impact destructeur dans ce domaine en Belgique, aussi dans les services de première ligne d’aide et de soin<sup>10</sup>.

Les participants du groupe de patients formateurs souhaiteraient également que les innovations pédagogiques préparent les futurs professionnels à se préoccuper davantage de la santé mentale des patients, qui ne leur semble pas être suffisamment prise en compte lors des

contacts patients/système de soins de santé. Une étude récente réalisée en Belgique par l’université d’Anvers parmi la population générale révèle que 14 % des personnes interrogées perçoivent un besoin insatisfait en matière de santé mentale<sup>11</sup>. Lusine Poghosyan et les coauteurs de la recherche<sup>12</sup> de la Columbia University School of Nursing (New York, États-Unis) ont relevé que le fait de ne pas prendre en compte les besoins des patients en matière de santé mentale était une des principales catégories d’erreurs par omission chez les fournisseurs de soins de santé primaire, compromettant la sécurité des patients.

### Investir, intégrer et développer

Cette recherche nourrit la réflexion sur les thématiques à intégrer dans les programmes de formation des futurs professionnels de la santé et du social. Les résultats, qui montrent les connexions entre thématiques, plaident pour une intégration de celles-ci dans une logique de programme de formation plutôt que pour des innovations « isolées », sur une thématique spécifique. Ainsi, la communication entre professionnels et avec les patients semble être un élément fondamental à (ré)investir pour parvenir à former à la collaboration interprofessionnelle et au travail en partenariat avec le patient. Ceci concourt, d’une part, à une meilleure satisfaction au travail et une meilleure santé mentale des professionnels de la santé et, d’autre part, à développer le pouvoir d’agir des patients et des proches (*empowerment*). Former à l’influence des facteurs et processus sociaux influençant la santé, en ce compris la lutte contre les inégalités sociales en santé, reste également une priorité. Encore faut-il que les environnements de formation dans lesquels évoluent les enseignants et les étudiants se révèlent « capacitant » pour permettre l’émergence et la pérennisation de tels dispositifs de formation innovants. Des communautés de pratiques impliquant les enseignants, les professionnels et les patients pourraient également être une piste pour favoriser des formations de l’enseignement supérieur en prise avec les défis de la première ligne. ■

Voir également les dossiers : « Transdisciplinarité : formules », *Santé conjugquée* n° 74, mars 2016 ; et « Le patient, partenaire de ses soins et du système de santé », *Santé conjugquée* n° 88, septembre 2019.

- health care use and barriers to care for mental health problems in a Belgian general population sample”, *BMC Psychiatry* n° 22, juillet 2022.
12. L. Poghosyan et al., “Primary Care Providers’ Perspectives on Errors of Omission”, *J Am Board Fam Med.* n°30, 2017.

# ACCÉLÉRATION

**L'expérience fondamentale de la modernité, c'est une gigantesque accélération du monde et de la vie, et pourtant, la société n'a jamais été autant en pénurie de temps. Plus nous tentons de gagner du temps, moins nous en avons.**

**André Crismer, médecin généraliste à la maison médicale Bautista van Schouwen (Seraing).**

**C**e mal touche de nombreux soignants et tant de nos patients. Nous courons, nous courons et nous avons de moins en moins de temps. Hartmut Rosa, philosophe et sociologue allemand, a consacré un essai à cette question<sup>1</sup> il y a dix ans déjà. Il explore trois dimensions de l'accélération sociale.

- Une accélération technique. Les progrès techniques ont permis à l'homme, avec le développement des moyens de transport, de parcourir le monde ; ils lui permettent à présent d'amener le monde à lui (avec des ordinateurs de plus en plus rapides). Le monde s'est réduit, l'espace est anéanti par le temps. Des pays parcourus, on ne voit que des panneaux indicateurs. Avec ces moyens de transport, on habite de plus en plus loin de son lieu de travail et on passe plus de temps dans les transports.
- Une accélération du changement social. Il a fallu trente-huit ans entre l'invention du poste de radio et sa diffusion à la population ; pour la télévision, cela a pris treize ans ; et quatre ans pour l'internet. La société va de plus en plus vite et le temps aussi se comprime. Les modes et les biens sont éphémères. La durée des emplois (précaires), des couples, se raccourcit. Les services à la population changent, on déménage plus souvent. Les comportements électoraux sont volatiles. Jeunes et vieux vivent dans des mondes séparés, l'éducation ne se fait plus par la génération précédente, mais par les pairs, les vieux perdent leur statut. On est vite dépassé, on doit courir de plus en plus pour rester à la même position. L'immobilité se transforme en recul.
- Une accélération du rythme de vie. Nous menons de plus en plus d'actions par unité de temps. Le temps de sommeil a diminué

de trente minutes depuis 1970 et de deux heures depuis 1900. Le temps des repas (*fastfood*), de la communication dans les familles, le temps des funérailles se réduisent, on réduit les pauses et les temps morts, on devient multitâche, on marche, on parle, on mastique et on prie de plus en plus vite. La durée des symphonies classiques et des pièces de théâtre diminue. Les activités rapides remplacent les activités lentes (commande plutôt que préparation de pizzas). Les *deadlines* rythment nos vies.

## L'accélération contre le sujet

L'accélération du rythme de vie motive l'accélération technique qui accélère le changement social qui augmente le rythme de vie (cercle vicieux). Les sentiments de stress et d'urgence et la rareté des ressources temporelles des acteurs individuels et collectifs constituent un puissant moteur de l'innovation technique.

L'accélération influence ce que les gens font et éprouvent, mais aussi ce qu'ils sont. On n'est plus boulanger, marié à unetelle, habitant là, mais on exerce le métier de boulanger, vivant avec elle et résidant là en ce moment : la personnalité se rétrécit, le soi devient ponctuel. Les liens sociaux et le rapport à soi se modifient. Qui nous sommes dépend de ce qu'on a été, de comment on est devenu ce qu'on est, de ce qu'on souhaite être : le rapport à soi est aussi un rapport au temps ; que devient-il dans une société qui perd son passé et dont l'avenir est devenu imprévisible ?

L'accélération est liée à la quête de la croissance et au projet du capitalisme qui rêve de vitesse et impose les cadences. « *Quand le temps, c'est de l'argent, la vitesse devient un impératif abso-*

**On doit courir de plus en plus pour rester à la même position. L'immobilité se transforme en recul.**

1. H. Rosa, *Accélération. Une Critique sociale du temps*, La Découverte, 2013.

lu et incontournable pour les affaires » (Benjamin Franklin)<sup>2</sup>. L'accélération de la production est indispensable pour le remplacement des objets (jeter et remplacer plutôt que réparer ou faire réparer).

Ces accélérations sont cause de ralentissement : l'augmentation du nombre de voitures provoque des embouteillages, l'augmentation de la productivité et des rythmes de vie provoquent dépressions et chômage. Des décélérations intentionnelles apparaissent, par opposition au système ou à son service (retraites pour se ressourcer...). « *Les dépressifs sont vraisemblablement aujourd'hui les sismographes les plus sensibles des mouvements présents et à venir* » (Walter Benjamin)<sup>3</sup>.

Dans la modernité classique, contrairement à la société traditionnelle, chacun devait trouver sa place dans le monde, faire ses propres choix. Les changements sociaux se faisaient de génération en génération. Dans la modernité tardive (que

## La dépression est une pathologie du temps, qui est suspendu, coagulé.

d'autres appellent post-modernité), le monde change plusieurs fois en une génération : il faut régulièrement faire des choix, dont les possibilités explosent (le métier, la famille, la religion, mais aussi les loisirs,

le bénévolat, la mutuelle, le parti, la résidence, la sexualité, la compagnie de téléphone...). On passe d'une identité permanente à une identité transitoire et fluide, aux caractéristiques fugaces. La vie n'est plus un projet étendu dans le temps, les engagements deviennent éphémères. Le temps de travail dépend des *deadlines*, la programmation est de plus en plus difficile. À cause de l'accélération, le projet identitaire est abandonné et donc l'idéal d'autonomie. Or l'identité est nécessaire à la cohérence du sujet. Celui-ci devient nomade : il dérive dans un océan d'options, incapable de planifier sa vie à long terme. Il cherche plus la satisfaction de ses besoins immédiats que des objectifs à long terme, il préfère le présent. Il devient difficile d'acquiescer l'autonomie et d'être le coauteur de sa propre vie. La vie perd sa direction et devient un mouvement agité.

Avec la perte de croyance en la capacité de modifier le futur, on débouche sur une immobilité fulgurante. La dépression est une pathologie du

temps, qui est suspendu, coagulé. « *La dépression est le garde-fou de l'homme sans guide et pas seulement sa misère* » (Alain Ehrenberg)<sup>4</sup>.

### L'accélération contre la politique

Une des racines de la modernité était d'organiser un projet politique dans le temps historique, mais la politique nécessite du temps. Alors que celle-ci était le moteur de la société moderne, elle devient un frein à l'accélération, symbole d'inefficacité, de lenteur, de rigidité et perd son rôle moteur et sa crédibilité. Apparaît un paradoxe pour la politique : on a moins de temps pour décider, mais il y a plus de décisions à prendre, avec des enjeux importants (entre autres éthiques) et l'horizon du prévisible se réduit. On confie les décisions à des sphères plus rapides (experts juridiques, dérégulation, privatisation, recul du législatif par rapport à l'exécutif, déficit démocratique de l'Europe). La politique, dominée par l'urgence et les échéances, n'est plus proactive et se replie sur le bricolage. Les solutions provisoires remplacent les grands projets.

Dans cette crise culturelle, où se perdent le passé qui sert de référence et l'avenir fondateur de sens, la définition du présent est impossible. « *Aucun espoir pour l'avenir, une société figée et frénétique* », écrivait une collégienne en réponse à un questionnaire demandant d'indiquer les principaux problèmes des jeunes d'aujourd'hui. L'Histoire se pétrifie, où plus rien d'essentiel ne change, malgré la fulgurance des changements en surface.

Ainsi, l'accélération, noyau de la modernisation, s'est retournée contre son projet d'autonomie et d'émancipation des contraintes matérielles et sociales. Les sujets sont condamnés à une « *situativité réactive* » – comme la nomme l'auteur – où le court terme règne. On perd notre emprise sur le monde, la réflexion de fond régresse, les images l'emportent sur la réflexion. On n'a plus le temps pour ce qui compte : c'est l'aliénation.

« *Il faut connaître le fonctionnement social pour changer la société, comme il fallait connaître les lois de la gravitation pour faire décoller des avions* » (Pierre Bourdieu)<sup>5</sup>. Maintenant, il faut affronter les lois qui ont permis le développement de ces avions. Dans un autre essai<sup>6</sup>, Hartmut Rosa explore les pistes pour ces temps de crise (ou crise du temps). Ce ne sera pas la décélération, mais la résonance. À suivre ? ■

2. B. Franklin, *Advice to a Young Tradesman*, 1748.

3. Cité par H. Rosa.

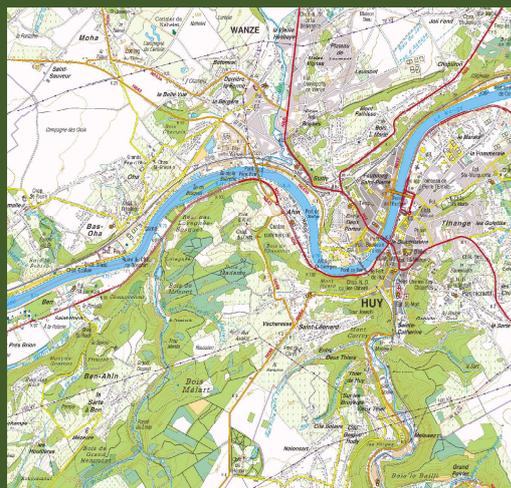
4. A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Odile Jacob, 1998.

5. Cité par H. Rosa.

6. H. Rosa, *Résonance. Une Sociologie de la relation au monde*, La Découverte, 2018.

# TERRITOIRES ET SANTÉ

**B**ruelles et le Plan social santé intégré (PSSI). La Wallonie et Proxisanté... Les régions étant compétentes pour l'organisation des soins de première ligne, chacune mène son processus de manière distincte, avec des méthodologies différentes, mais aussi de nombreux points communs. Le principal : une refonte de son approche, désormais bâtie sur la notion de territoires. Principalement défini en silo, par spécialité ou par pathologie, notre système de santé est repensé dans une logique fonctionnelle autour de lieux de vie et d'objectifs de vie. Cette restructuration en profondeur est un chantier titanesque et pourrait en décourager plus d'un si on ne se limitait qu'à en relever les freins et les barrières... Un tel chantier est pourtant indispensable pour voir notre système évoluer et répondre aux défis à venir en matière de santé globale : une santé sociale, physique, mentale et environnementale.



## Seul, on va plus vite. Ensemble on va plus loin

Ce proverbe fait écho aux processus de concertation qui ont été menés : le travail collectif apporte de la richesse dans la création et l'émergence de possibles. Car travailler sur la base d'un territoire nécessite des rencontres, force l'interdisciplinarité, invite à s'ouvrir et s'inspirer de l'autre dans l'optique, ici, d'une plus grande intégration des services entre eux.

Quelles sont les raisons qui amènent de plus en plus de régions et de pays, dont la Belgique aujourd'hui, à franchir ce pas. Pourquoi une base territoriale ? Comment adapter nos pratiques ? Qui sont les acteurs et les bénéficiaires de ce changement ? Comment allier proximité et santé globale ? Et comment réussir cette transition ?

Notre société nous pousse à aller vite, mais le changement doit s'inscrire dans la durée. Inspirée par le biologiste français Olivier Hamant qui voit la robustesse comme un nouvel axe du progrès humain, l'idée de santé commune (humaine, sociale, territoriale) doit être pensée en termes similaires : dans le respect des habitants du territoire, dans le respect de la lenteur du processus, dans le respect du futur. En pensant à l'environnement, en prenant soin de notre territoire. En tant que travailleurs et travailleuses de terrain, n'oublions pas qui sont les experts de ce territoire : les bénéficiaires. Quelle place laissons-nous aux habitants dans nos politiques, nos actions, nos réflexions ? Leurs objectifs de vie sont au cœur du système, au même titre que les structures de soins primaires de leurs bassins de vie.

**Pascaline d'Otreppe, médecin généraliste à la maison médicale ASASO (Saint-Gilles), Gaël Duprat, kinésithérapeute à Repère Santé, maison de santé de Jemelle, tous deux membres du bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales.**

# UNE ORGANISATION TERRITORIALE, POURQUOI ?

Comme dans de nombreux autres pays, le système de santé belge est au cœur de transformations importantes. Il existe un consensus apparent sur les objectifs politiques et un plan interfédéral « soins intégrés » est en train d'être élaboré. Le quintuple objectif est utilisé comme balise sur la direction à prendre : il s'agit de trouver le meilleur équilibre entre l'amélioration de la santé de la population, l'utilisation des ressources mises à disposition, l'équité dans l'accès aux soins et dans une meilleure santé, l'expérience individuelle de soins, et le bien-être des professionnels du soin et de l'aide.

Anne-Sophie Lambert<sup>a,b</sup>, Béatrice Scholtes<sup>b,c</sup>, Denis Herbaux<sup>c</sup>, Jean Macq<sup>a</sup>.

a. Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), UCL. b. Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et la sécurité des patients.

c. Département de médecine générale, Université de Liège.

Pour atteindre ces objectifs, il faut pouvoir répondre à différents enjeux dans l'offre de soins de santé et de services d'accompagnement, et dans la conception et l'implémentation de politiques publiques. Concernant les soins de santé, on peut mentionner la prise en charge de situations « complexes » ou la gestion des transitions (entre hôpital et domicile, entre secteurs des soins, de la santé mentale, du social, etc., entre services spécialisés et généralistes). Situées entre soins de santé et actions globales sur la santé, la littératie en santé – pour renforcer les capacités des personnes à décider –, mais aussi une meilleure connexion entre santé individuelle et santé communautaire sont des enjeux reconnus comme particulièrement importants. Au niveau des politiques publiques, on cherche à inclure la dimension santé dans les politiques urbanistiques, de transport, de l'environnement, du travail, etc.

**La santé est conçue comme la capacité à vivre le mieux possible, éventuellement avec une maladie.**

## Un risque de segmentation

Le risque est important d'aborder ces enjeux indépendamment. Pour gérer les transitions, la tendance est de créer des « parcours de soins » pour des épisodes spécifiques (parcours périnatal, oncologique, etc.). Pour améliorer la prise en charge de personnes dans des situations complexes, on développe des structures spécialisées pour des groupes particuliers (personnes

sans papiers, sans domicile fixe, etc.). Pour améliorer la littératie en santé, on crée des fonctions de référents multiples (coordinateur de soins oncologiques, *case manager*, etc.). Finalement, les activités de promotion de la santé et l'inclusion de la santé dans les politiques ne se font pas nécessairement en concertation avec les professionnels du soin et de l'accompagnement.

Une solution avancée pour éviter ces risques est le renforcement de soins primaires animés par une équipe multidisciplinaire, accessibles « au tout venant », assurant une continuité des soins sur une longue période, ancrés dans un bassin de vie et cherchant la participation du citoyen à la prise de décision. Ce choix est lié à une conception précise de la santé et de ce qui détermine notre état de santé. Ainsi, la santé des individus ne se limite pas à des éléments facilement « objectivables » et mesurables. La santé est conçue comme la capacité à vivre le mieux possible, éventuellement avec une maladie, et en s'y adaptant dans son contexte de vie. Être en bonne santé, c'est aussi être capable de se développer personnellement et de participer au développement de la collectivité. Le sens qu'on lui apporte dépend également de nos valeurs et de notre culture. La santé est donc envisagée de manière positive, subjective et solidaire<sup>1</sup>.

La territorialisation dans l'organisation des soins de santé est une manière de renforcer les soins primaires pour aborder ces différents enjeux. Premièrement, elle doit permettre de mieux combiner une approche d'accompagnement de la personne en fonction de sa réalité de vie et

1. M. Huber et al., *Handbook positive health in primary care: the Dutch example*, Bohn Stafleu van Loghum, 2022.

de son environnement social (sa « communauté »). Le territoire devrait alors permettre de mieux articuler les équipes prestataires de soins primaires et les citoyens. Deuxièmement, elle favorise la collaboration interorganisationnelle et intersectorielle, car des représentants des structures de soins primaires sont mieux à même de se concerter avec les structures qui devraient fonctionner « en appui » (hôpitaux, réseaux spécialisés tels que Psy 107, etc.).

La territorialisation n'est donc pas pensée dans une logique administrative, mais dans une logique fonctionnelle devant mettre les objectifs de vie des citoyens, les bassins de vie et les structures de soins primaires au cœur du système. Cette approche fonctionne comme une poupée russe, où trois niveaux s'emboîtent de manière cohérente pour renforcer le système.

La collaboration entre organisations et prestataires s'établit à travers différents niveaux d'échelle<sup>2</sup>. Le niveau micro : l'interaction entre les personnes/communautés/patients et les prestataires. Le niveau méso : l'interaction entre les représentants des professionnels, de citoyens et d'organisations de soins. Le niveau macro : le cadre politique, notamment pour l'organisation de l'e-santé, les modalités de financement ou la législation. Ces niveaux correspondent généralement à différentes tailles de territoires qui s'emboîtent, leur taille dépendant du contexte et de choix politiques.

### **Territoire local : l'individu et son réseau d'entraide et de support**

Le niveau micro s'organise dans un territoire local qui correspond au plus petit territoire dans lequel les habitants ont accès aux services les plus courants. Les prestataires de soins primaires sont responsables de la prise en charge de 80 à 90 % des problèmes de santé d'une population délimitée en fonction de son lieu de vie. Ces équipes proposent des services dont l'objectif est de promouvoir, maintenir et améliorer la santé des individus, membres de la communauté définie par leur bassin de vie. Ces services sont caractérisés par une accessibilité universelle, une approche globale et axée sur la personne<sup>3</sup>. Ils s'accomplissent dans un partenariat durable avec les patients et leurs aidants proches, dans le contexte de la famille et de la communauté locale.

Les équipes de soins primaires jouent un rôle central dans la coordination générale et la continuité des services dispensés à la population<sup>4</sup>. Il est important de noter que les équipes de soins primaires prennent différentes formes aujourd'hui et qu'elles ne doivent pas nécessairement se trouver sous un même toit. Elles peuvent par exemple s'organiser sous forme de réseaux de prestataires indépendants. La notion d'équipe fait référence à la forme maximale d'intégration<sup>5,6</sup>. Cela signifie que, quelle que soit leur organisation, les professionnels travaillant au sein de ces équipes doivent être capables de formaliser des objectifs communs, des lignes de conduite communes, un système d'information, des procédures, etc. L'équipe doit permettre d'offrir un paquet de services fortement intégrés et est capable de mettre en place une coordination collective quand cela s'avère nécessaire.

### **Territoire locorégional : coordination des interdépendances**

Pour couvrir les 10 à 20 % de besoins restant, d'autres types de prestataires ou organisations sont présents. Les hôpitaux par exemple assurent pendant une période limitée les services qui nécessitent des connaissances et/ou des technologies spécialisées, les spécialistes de groupes d'âge spécifique, les prestataires travaillant dans des programmes structurés autour de problématiques particulières (grande précarité, santé mentale, maladies chroniques, etc.). Ces services s'adressent à des populations avec des risques spécifiques en santé. Pour des raisons d'efficacité (avoir une population couverte suffisamment grande), ils s'organisent généralement sur un territoire plus large que le bassin de vie, appelé territoire locorégional.

Le territoire locorégional doit donc être à la fois suffisamment large pour regrouper l'ensemble des services et des compétences nécessaires pour répondre à l'ensemble des problématiques social-santé de la population et, en même temps, suffisamment petit pour comprendre les besoins, les enjeux et les priorités territoriales. C'est sur ce territoire que s'organise le niveau méso. En

**La territorialisation n'est pas pensée dans une logique administrative, mais dans une logique fonctionnelle.**

2. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais*, www.who.int.

3. *Ibidem*.

4. *Ibidem*.

5. B. Ahgren et al., "Evaluating integrated health care: a model for measurement", *Int J Integr Care*, 31 août 2005.

6. E. Careau et al., *Continuum of Interprofessional Collaborative Practice in Health and Social Care*, technical report, Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux, juillet 2018.

## Un des enjeux majeurs est de structurer la prise de décision entre différents groupes de prestataires et différentes organisations.

partant d'une logique de soins primaires, ce niveau a la responsabilité d'articuler de manière harmonieuse des programmes répondant à des besoins spécifiques et cela en connectant les structures de soins primaires avec d'autres services (entre autres, les services hospitaliers). Il s'agit d'une part de décloisonner les lignes de services, de penser la complémentarité entre différents prestataires et organisations et, d'autre part, de penser une manière de décider ensemble du contenu du paquet de services et de son organisation<sup>7</sup>. Le niveau méso a donc la responsabilité de coordonner les interdépendances entre les différents services<sup>8</sup>.

### Territoire régional et fédéral : appui technique et législatif

Le niveau macro s'organise à l'échelle régionale et/ou d'un pays entier. Il est responsable de développer un environnement politique favorable qui se traduit par un soutien aux autres niveaux. Cela demande de développer un ensemble concerté de politiques publiques pour soutenir les structures de gouvernance locales et locorégionales.

### La gouvernance comme enjeu principal

Un des enjeux majeurs de l'approche territoriale est de structurer la prise de décision entre différents groupes de prestataires et différentes organisations afin qu'ils soient en capacité de prendre des décisions communes pour répondre aux besoins de la population du territoire couvert.

À Bruxelles comme en Wallonie, ceci est particulièrement neuf. C'est au niveau méso qu'il s'agira de développer les territoires locaux et d'articuler les services de soins primaires avec les autres services actifs sur le territoire. La structure de gouvernance au niveau méso est composée de différents acteurs ayant chacun une expertise différente – les prestataires social-santé (expertise métier/de terrain), les pouvoirs locaux (expertise territoriale et politique), les citoyens/communautés/patients (expertise du vécu et aspirations pour leur quartier). Ces membres n'ont pas forcément les compétences

pour aboutir à une prise de décision commune. On peut ainsi regrouper ces dernières en quatre pôles. Le premier pôle est constitué des compétences pour développer et mobiliser une approche systémique et de santé publique. Cela signifie de pouvoir penser l'ensemble des stratégies pour contribuer au quintuple objectif, comme un « tout » cohérent où se clarifient les liens entre des territoires locaux, des parcours de soins et l'inclusion d'une dimension santé dans les politiques locales. Le deuxième pôle rassemble les compétences pour travailler au renforcement des partenaires du système afin de leur permettre de participer pleinement à la collaboration et d'entrer ensemble dans un processus d'apprentissage continu. Le troisième pôle inclut les compétences nécessaires pour développer le management populationnel. Il s'agira aussi de mettre en place des dispositifs d'évaluation qui soutiennent la prise de décision. Le quatrième pôle regroupe les compétences qui garantissent des lieux d'échange et de décision. Il s'agira notamment de développer un leadership basé sur la confiance<sup>9</sup>, et de développer des procédures claires de prises de décisions<sup>10,11</sup>. Pour développer ces compétences, il est essentiel que les gouvernances locorégionales puissent être accompagnées par une équipe de facilitateurs. Cette équipe est en quelque sorte la hiérarchie de gestion commune du modèle de coopération. Elle renforce les dynamiques au sein du réseau et apporte de la nourriture pour soutenir les prises de décisions. Toutefois, les décisions sont prises par les partenaires faisant partie de la gouvernance du territoire.

### Un mouvement international

La territorialisation des soins de santé vient aujourd'hui comme une lame de fond au niveau international. La forme qu'elle prend à Bruxelles et en Wallonie devrait mettre les soins de santé primaires forts et structurés au cœur de notre système de santé. Pour y arriver, il faut dépasser un exercice administratif qui se contenterait de définir des territoires. L'enjeu est de transformer radicalement la gouvernance de notre système pour qu'il soit plus à même d'atteindre le quintuple objectif. Ceci nécessitera patience, capacité d'adaptation, mais aussi un leadership fort qui permette de clarifier et partager une vision de futur. Et un engagement sur le long terme. ■

7. A. Charles, *Integrated care systems explained: making sense of systems, places and neighbourhoods*,

The Kings Fund, 2022.

8. AP Contandriopoulos et al., « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures* n°2, 2001.

9. C. Ansell, A. Gash, "Collaborative Governance in Theory and Practice", *J Public Adm Res Theory* n° 18, octobre 2007.

10. S. Kaner, *Facilitator's Guide to Participatory Decision-Making*, John Wiley&Sons, Inc. 2007.

11. B. Garbarczyk, *Cinq questions à se poser avant de (faire) participer !* SAW-B, 2017.

# BRUXELLES SE DOTE D'UN PLAN SOCIAL SANTÉ INTÉGRÉ

En début de législature, le Gouvernement bruxellois affirmait sa volonté «*de développer un plan social-santé bruxellois intégré et commun à toutes les entités compétentes sur le territoire bruxellois, traduisant une approche territoriale de l'action sociale et de la santé, en donnant aux CPAS un rôle clé dans le déploiement des politiques de lutte contre les inégalités et la pauvreté*»<sup>1</sup>. Quatre ans et une crise sanitaire majeure plus tard, le Plan social santé intégré<sup>2</sup> (PSSI) est là et ses premiers effets se font sentir sur le terrain.

Jacques Moriau, chercheur au Centre bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS).

**T**rop de Bruxellois et de Bruxelloises éprouvent des difficultés à accéder à l'aide sociale et aux soins de santé (que cela s'exprime dans des phénomènes de non-recours<sup>3</sup> ou des problèmes structurels de mise à disposition de l'offre<sup>4</sup>) ou à profiter de ceux-ci tout au long de leur vie et des aléas qui la parsèment. Le système d'aide et de soins se révélant fréquemment incapable d'assurer une continuité du suivi au gré des âges de la vie, des changements de statut ou des dynamiques de chronicisation. À cela s'ajoute une tendance à la complexification des situations vécues par une part croissante de la population amenée à affronter en même temps des problèmes administratifs, d'emploi, de logement, de relations familiales, de santé physique et mentale...

Ces constats s'enracinent dans un contexte socioéconomique particulier. Si Bruxelles est une des régions européennes les plus productrices de valeur<sup>5</sup>, elle abrite une population proportionnellement plus pauvre (un tiers vit avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté, soit 1 230 euros par mois pour une personne isolée) que les autres régions belges. Cette réalité s'inscrit physiquement dans le tissu urbain à travers de grandes disparités de richesse, d'accès aux ressources (espaces verts, loisirs), de santé, de conditions de vie (logement, exposition aux risques), etc. entre les quartiers. Ces inégalités se renforcent en outre du fait d'une inégale répartition des acteurs de terrain social-santé sur l'ensemble du territoire.

Dans ce paysage un peu sombre, l'ambition du PSSI est de mettre en place une politique so-

cial-santé de première ligne qui assure un meilleur accès aux services, une prise en charge globale, intégrée et continue des personnes, et qui favorise plus d'égalité dans la distribution des ressources social-santé sur le territoire régional. Cette vision suppose une restructuration en profondeur de l'offre de l'aide et des soins ambulatoires qui permette une plus grande intégration des services entre eux et une meilleure articulation de la première ligne avec les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, ainsi qu'avec les secteurs hospitaliers et résidentiels. C'est en fait la logique même de mise à disposition des services aux citoyens et d'organisation des interventions qui est au cœur des propositions du PSSI. Deux axes majeurs de transformation sont privilégiés : le premier concerne la coordination des différents professionnels de terrain, le second porte sur la répartition territoriale des services.

## Deux axes de réforme

Si l'organisation en secteurs (santé somatique, santé mentale, aide aux sans-abri, médiation de dettes...) renforce la spécialisation des intervenants, elle est aussi source de cloisonnement et de rupture des suivis. L'objectif du PSSI est de donner les moyens organisationnels et législatifs aux acteurs de terrain pour se coordonner plus efficacement autour et avec l'usager afin d'assurer un accompagnement de qualité, global et continu qui tienne compte de ses besoins tout au

## L'organisation en secteurs est source de cloisonnement et de rupture des suivis.

1. Déclaration de politique générale commune au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et au Collège réuni de la COCOM, Législature 2019-2024.
2. [www.brusselstakecare.be](http://www.brusselstakecare.be).
3. Observatoire de la santé et du social de Région de Bruxelles-Capitale, *Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise*, Commission communautaire commune, 2017.
4. Ch. Deligne et al., *Comment les politiques publiques aggravent les vulnérabilités*, BSI Position Papers, n° 5 juin 2023, <https://bsiposition.hypotheses.org>.

long de la vie (*goal oriented care*). Cela implique d'agir non seulement dans une logique curative ou de rétablissement, mais aussi de tenter de peser sur les déterminants sociaux et de santé, ainsi que de développer des programmes de prévention et de promotion de la santé qui permettent d'influer sur le bien-être des personnes plutôt que sur leur seule condition sociosanitaire. Dans ces termes, l'intégration exige non seulement de mieux coordonner les acteurs social-santé entre eux, mais aussi d'associer d'autres professionnels (ou non) dans une réflexion et une action plus large sur les conditions de vie des Bruxellois. On peut imaginer par exemple, dans certains quartiers très touchés, une politique de lutte contre le diabète qui associe programme de prévention et de promotion de la santé, dépistage systématique par les professionnels de santé, actions visant l'amélioration de l'alimentation des plus jeunes dans les écoles, développement d'une offre d'activités physiques gratuites et publiques, etc.

**L'organisation des services sur une base territoriale répond à la volonté de répartir au mieux les moyens disponibles.**

Cette ambition peut être d'autant mieux rencontrée si, en parallèle, on organise des lieux et les territoires pour faciliter la rencontre et la coordination des intervenants. Le second axe de réformes vise donc à structurer l'offre de services selon une logique territoriale, échelonnée du quartier à la région en passant par les communes et les bassins d'aide et de soin. En organisant des dispositifs de rencontre et de coordination entre acteurs, en créant de nouvelles fonctions centrées sur l'aller-vers les personnes les plus éloignées de l'aide et des soins (*outreaching*) et sur la facilitation des passages de service à service, il s'agit à la fois de soutenir, dans le respect des pratiques et des métiers, le travail à plusieurs, mais aussi – c'est un point crucial – de développer une responsabilité populationnelle partagée par l'ensemble des opérateurs actifs sur un territoire. Cette responsabilité partagée implique que l'ensemble des opérateurs présents dans une zone œuvre à l'amélioration du bien-être de l'ensemble de la population et soit en capacité d'accueillir et d'orienter toute demande vers l'offre la plus adéquate. Cela suppose l'usage d'outils de repérage et de diagnostics partagés, un accord sur les priorités d'action, des protocoles d'intervention

à plusieurs, l'accroissement du travail communautaire, etc. La responsabilité populationnelle partagée devrait susciter des interventions qui vont au-delà de la seule réponse à la demande exprimée et qui visent à une prise en charge globale de la population en fonction des risques identifiés. En période de canicule, on pourrait ainsi imaginer qu'un quartier ou une commune organise un réseau et des outils de veille, impliquant aussi bien les professionnels du secteur ambulatoire que les agents de prévention, les gardiens de la paix, les pharmaciens, mais aussi les commerçants et les habitants, pour repérer et prévenir les effets de la chaleur sur les personnes âgées ou vulnérables.

L'organisation des services sur une base territoriale répond en outre à la volonté de répartir au mieux les moyens disponibles, que ce soit pour assurer une offre de base uniforme sur l'ensemble de la région ou pour accorder des moyens supplémentaires ou particuliers selon les besoins spécifiques des quartiers et des populations qui les peuplent. Cette idée d'universalisme proportionné permet à la fois de respecter un principe de justice spatiale entre tous en assurant une même offre de proximité et de cibler les efforts là où les besoins sont les plus criants. Cela pourrait signifier, à terme, une programmation plus raisonnée des services de première ligne de la part des acteurs publics.

L'ensemble du plan est enfin traversé par trois principes structurants supplémentaires : l'attention à l'accès aux droits, compris comme un préalable indispensable à un accès plein et entier à l'offre d'aide et de soins ; la prise en compte des effets liés au genre pour la conception, l'implémentation et l'évaluation des politiques sociosanitaires et la plus grande implication de toutes les parties prenantes dans la mise en place et l'évaluation continue du plan dans un objectif de développement de la démocratie sanitaire.

**Les enjeux de la mise en pratique**

Passer des bonnes idées aux bonnes pratiques suppose de surmonter les obstacles qui vont surgir au long de la concrétisation du plan et, surtout, d'impliquer l'ensemble des acteurs concernés dans la co-création des nouveaux dispositifs. C'est dans les réalisations concrètes que l'on pourra juger de la force du modèle et des améliorations qu'il rend possibles. A hauteur

du terrain, plusieurs pas importants ont déjà été posés pour soutenir sa mise en place et indiquent les voies prises.

Au niveau législatif, plusieurs textes sont en cours d'approbation par les assemblées compétentes. Ils mettent en place le cadre de l'organisation territoriale (définition et délimitation des quartiers et des bassins de soins) et donnent (un peu) plus de moyens de coordination aux services de première ligne.

Une série de nouveaux financements sont également consacrés à de nouvelles fonctions et à la création de structures de coordination ou d'appui. Au premier rang de celles-ci, les contrats locaux social santé (CLSS) qui devraient à terme couvrir les quarante-sept quartiers définis par le PSSI. Ces dispositifs, accueillis par les CPAS sont le cadre opérationnel dans lequel pourra s'organiser l'intégration des acteurs de terrain. Ils visent principalement à rassembler ceux-ci autour d'un diagnostic et de priorités partagés pour améliorer la situation sociosanitaire locale. À ce stade au nombre de dix-huit, situés dans les quartiers les plus défavorisés de Bruxelles, ils constituent une expérimentation grandeur nature du passage à une organisation sectorielle et des défis de gouvernance que celle-ci peut poser. En complément, d'autres financements sont destinés au renforcement du travail communautaire (les relais action de quartier, RAQ) et de prévention/promotion (*community health workers*, agents de prévention/promotion) ou à la création de cinq centres social santé intégré (CSSI), première forme concrète d'une offre intégrée d'aide et de soin. Enfin, un espace d'information, de consultation et de co-construction, les Ateliers du changement<sup>6</sup>, a été mis en place par Brusano (le service pluraliste et bicommunautaire de coordination et d'appui à la première ligne de soins et plateforme bruxelloise de soins palliatifs) et le Centre bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS) pour aider les professionnels à se saisir des propositions contenues dans le plan et mettre en place les projets utiles pour soutenir le processus de changement. Brusano a par ailleurs vu ses missions élargies à la mise en place d'une nouvelle structure d'appui au développement des bassins et de leurs actions.

L'idéal que dessine le PSSI est une ville en santé<sup>7</sup> où les services de base sont aisément accessibles dans le quartier de vie et qui soit capable d'agir à

tous les niveaux, depuis les déterminants sociaux et de santé jusqu'à la prise en charge concertée de chacun de ses habitants dans le respect de ses aspirations. Une vision qui implique de lutter contre les inégalités trop présentes actuellement et de développer, de concert, une offre de base équivalente sur l'ensemble de son territoire et des offres spécifiques en phase avec les problématiques locales les plus prégnantes.

### Réussir la transition

Concevoir une ville solidaire, capable par ses infrastructures et son offre de services de soutenir tous ses habitants (y compris les personnes les moins visibles) et de promouvoir la justice sociale et l'accès au bien-être est une gageure. Le défi majeur reste de réussir la transition entre un système excessivement compliqué, mais bien rodé, et une organisation plus intégrée, mais à inventer, sans décourager des travailleurs de terrain déjà à la limite. Le risque d'ajouter une couche de complexité, notamment par la création du niveau supplémentaire des bassins, sans générer dans le même temps des gains de simplification est réel. Un tel ressenti, fréquent chez les travailleurs, pourrait s'avérer désastreux en termes d'implication et d'adhésion aux objectifs définis par le plan.

La concrétisation du PSSI demandera du temps et de l'énergie. La liste des priorités est longue : mettre du liant entre les différents dispositifs, faire vivre les nouveaux collectifs de travail et d'intervention dessinés par les textes, impliquer les acteurs extérieurs au secteur social-santé, permettre à chacun de trouver sa place, d'être en mesure d'exercer son métier et de mobiliser ses compétences et, surtout, garder au centre des projets et des interventions les intérêts et les désirs du citoyen-usager.

Dans les années qui viennent, la réussite du changement de paradigme se mesurera à trois critères : que les pouvoirs publics accordent les moyens nécessaires à sa pérennisation, que les professionnels engrangent des plus-values qui rendent leur travail quotidien plus facile et plus efficace, et que les Bruxellois et Bruxelloises voient leur accès à l'aide et aux soins de qualité s'améliorer significativement. ■

**L'idéal que dessine le PSSI est une ville en santé qui soit capable d'agir à tous les niveaux.**

5. Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat>.

6. <https://verander-atelier-changement.brussels>.

7. [www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru](http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru).

# PROXISANTÉ : L'OUTIL WALLON DE LA RÉFORME DE LA PREMIÈRE LIGNE

De nombreux acteurs du terrain l'attendaient depuis de nombreuses années, voire des décennies ! Cette fois ça y est, le processus de structuration de la première ligne de soins wallonne arrive à une étape décisive : la promulgation par le Gouvernement de Wallonie du « décret relatif à l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins ».

**Paul De Munck**, président du Groupement belge des omnipraticiens (GBO) et membre de la Plateforme de la première ligne wallonne (PPLW).

À l'heure d'écrire cet article, et sauf blocage de dernière minute par l'une ou l'autre partie prenante pesant dans les décisions du Gouvernement, la Wallonie devrait avoir son décret validé avant la fin de cette législature. Un premier pas, certes, mais un pas décisif.

La Déclaration de politique régionale 2019-2024 du Gouvernement de Wallonie stipule qu'« une organisation territoriale de l'offre d'aide et de soins sera définie avec les acteurs de la santé à partir des zones de soins de première ligne réparties sur l'ensemble du territoire wallon ». Au départ,

il était question d'organiser des tables rondes ou des assises de la première ligne, idée qui avait déjà été suggérée sans succès lors de la précédente législature et qui s'était résumée à une concertation des acteurs, secteur par secteur. Rendons donc à ce gouvernement ce qui

lui revient : la volonté de faire aboutir de vraies assises était au rendez-vous. Le processus aurait même pu démarrer et aboutir beaucoup plus tôt si le Covid n'était pas venu jouer les trouble-fêtes et perturber les agendas.

## Une consultation exploratoire

Il aura donc fallu attendre avril 2022 pour lancer le processus participatif Proxisanté<sup>1</sup>, avec l'élaboration d'un questionnaire en ligne. Grâce à une plateforme internet, trente mille mails ont été envoyés aux professionnels pour faire

connaître la démarche ; 6 515 personnes se sont inscrites et 1 689 ont rempli le formulaire. Onze ateliers participatifs réunissant 160 participants en présentiel ou en distanciel ont été organisés en juin 2022. Une nouvelle consultation en ligne a été menée en août 2022 et enfin une journée de cocréation en septembre 2022. Le processus suivait six axes majeurs liés à l'organisation des soins de première ligne : la gouvernance, l'e-santé, le rôle des acteurs, le maillage territorial, le financement, l'offre de services, l'articulation entre les secteurs. L'étape exploratoire a permis d'identifier des pistes d'actions, de solutions. Un rapport a rassemblé les conclusions, les points de concordance, les points qui paraissaient importants aux yeux des acteurs présents pour arriver à une concrétisation.

Malgré beaucoup de doutes et de scepticisme perceptibles au démarrage, les différents acteurs invités à participer aux assises ont finalement répondu présents jusqu'à la présentation le 17 décembre 2022 au Parlement wallon d'une note d'orientation par l'équipe scientifique<sup>2</sup> et la ministre de la Santé Christie Morreale (PS) au cours de laquelle les représentants des acteurs de terrain ont eu l'occasion de s'exprimer. La phase suivante était la rédaction d'un avant-projet de décret organisant la première ligne, dont la création de réseaux de première ligne, sur la base des orientations politiques retenues par le gouvernement. Un groupe de travail et un comité de pilotage ont été constitués, réunissant toujours des représentants des acteurs de terrain et

## La volonté de faire aboutir de vraies assises était au rendez-vous.

1. [www.aviq.be/fr/proxisante](http://www.aviq.be/fr/proxisante).

2. Consortium scientifique composé de l'UCLouvain et de l'ULiège ainsi que de la Plateforme accréditation qualité des soins (PAQS). Le travail s'est aussi fondé sur les travaux de la Chaire interuniversitaire

des scientifiques. La dernière réunion du comité de pilotage s'est tenue le 8 septembre 2023.

### Besoins et stratégies de la première ligne

Plusieurs besoins ont émergé des travaux transversaux. Les principaux :

- « *Ne pas ajouter de couche à la lasagne* », selon l'expression consacrée. Autrement dit : s'appuyer sur l'existant et le renforcer de manière proportionnelle aux besoins. Moduler l'octroi des moyens financiers et humains en fonction du degré du besoin identifié sur le territoire. L'idée n'est pas de faire des économies, mais d'investir là, où et quand c'est nécessaire.
- Créer et tenir à jour un cadastre de l'offre, prérequis au développement d'une vision partagée et intégrée de la santé et au déploiement d'une culture interdisciplinaire.
- Échanger de manière efficace des données et des informations entre les différents prestataires, ce qui pourrait contribuer à développer les échanges de pratiques et d'expérience au sein de la première ligne.
- Garantir la liberté du choix du prestataire et la liberté thérapeutique.
- Créer un espace de parole avec les autorités.
- Intégrer les stratégies de la promotion de la santé dans les pratiques de la première ligne.

Les stratégies de la première ligne ont été définies comme centrées sur le patient/bénéficiaire avec une plus grande proximité, tenant compte de son projet de vie et de la nécessaire continuité de l'aide et des soins, valorisant les stratégies de promotion de la santé, mettant en place des collaborations entre les secteurs, constituant une porte d'entrée vers les soins et l'aide, dépassant les clivages.

Le processus a été une occasion utile de permettre à l'ensemble des acteurs ayant participé aux travaux de clarifier un certain nombre de concepts utilisés dans la littérature scientifique traitant de la première ligne. C'est ainsi qu'on devrait trouver dans le décret des clarifications concernant les notions de « bassins de vie », de « soins intégrés » ou encore de « transdisciplinarité ». On peut regretter que certaines définitions manquent à l'appel, à commencer par une définition claire et sans ambiguïté de ce qu'est la première ligne et de ce qu'elle n'est pas,

mais, pour faire aboutir un processus, il faut parfois faire des concessions... Toujours à l'heure d'écrire ces lignes, le processus entre dans sa dernière ligne droite, à savoir le vote du décret par le Gouvernement de Wallonie. D'où le recours au conditionnel pour la suite de cet article.

### Que contiendra ce nouveau décret s'il est voté ?

La grande nouveauté de ce décret est qu'il fixerait, selon le principe d'une organisation territoriale de santé, le cadre d'une première ligne d'accompagnement et de soins organisée en trois niveaux, local, locorégional et régional (parfois nommés micro, méso et macro). Chaque niveau devrait disposer de sa propre gouvernance. Le niveau local ou micro, le plus proche des interactions entre citoyens et prestataires d'accompagnement et de soins, viserait à correspondre aux bassins de vie des Wallons. Le niveau locorégional ou méso, dites aussi « zones (locorégionales) de première ligne » correspondrait peu ou prou aux services intégrés de soins à domicile (SISD) actuels.

Enfin au niveau macro – comme la ministre Morreale l'a elle-même présenté au Parlement wallon en mars dernier<sup>3</sup> – et c'est une avancée notoire et historique pour le système de santé wallon, on trouverait l'Institut wallon de première ligne (IWPL) disposant du statut d'asbl subventionnée (dont la composition, le fonctionnement et les moyens restent à définir dans les futurs arrêtés d'exécution) ainsi que le Forum de première ligne qui serait créé au sein de l'AViQ, qui ne serait donc pas une asbl et qui, comme son nom l'indique, serait un lieu de dialogue et de concertation libre et indépendant entre tous les professionnels de la première ligne au sens le plus large du terme (c'est-à-dire pas uniquement les prestataires de l'accompagnement et du soin) et les autorités administratives et politiques. Les missions de l'Institut wallon de première ligne, du Forum et des organisations locorégionales de santé sont identifiées. Certaines discussions ont encore lieu au niveau politique sur la présence des représentants des partenaires sociaux et des organismes assureurs.

La ministre a aussi présenté au Parlement wallon les neuf principes de base de Proxisanté. Les deux premiers visent à offrir un cadre soutenant, mais flexible pour développer un système in-

Be.Hive soutenue par la Fondation Roi Baudouin.

3. Parlement wallon, séance publique de la commission de l'emploi, de l'action sociale et de la santé, 21 mars 2023.

tégré et définir une vision et des objectifs harmonisés pour la première ligne. Le troisième et le quatrième visent à déployer progressivement un modèle qui prend en compte l'état d'avancement dans le rapprochement ou la fusion des organisations locales ainsi qu'à réfléchir à un langage commun et accessible à tous les acteurs de l'aide et du soin. Le cinquième et le sixième reprennent la mise en œuvre d'un dispositif territorial à trois niveaux et développent une gouvernance territoriale de la première ligne. « *L'objectif poursuivi est ici de définir*

**Cette concertation, qui a quitté la logique des silos, est une première en Wallonie.**

*les zones – avec des règles de détermination et composition, des règlements d'ordre intérieur, des règles de reconnaissance, etc. – et l'organisation des structures de coordination, a déclaré la ministre. Le premier niveau sera le bassin de vie. Le deuxième niveau sera constitué des zones de première ligne – soit les communes, soit un groupe de communes pour arriver autour de 300 000 habitants. Cette proposition permet d'assurer une communication entre les services de l'aide, l'accompagnement et du soin. Enfin, le troisième niveau couvrira toute la Wallonie. »* Le septième principe est la promotion de la santé dans la première ligne. « *La prévention est un élément majeur, poursuit la ministre. On investit beaucoup trop peu dans la prévention et la promotion de la santé. On doit booster, à travers la poursuite du Plan wallon de prévention et de promotion de la santé, et rendre plus systématique la question de la promotion de la santé. On veut permettre aux Wallons de vivre mieux et plus longtemps. »* Le huitième et le neuvième optimisent la coopération entre la première et la deuxième ligne d'accompagnement et de soins, veillent à l'articulation des politiques de première ligne et des autres niveaux de pouvoir.

**Que deviendra la Plateforme pour la première ligne wallonne ?**

Depuis le démarrage de la concertation, son avenir dans un nouveau paysage fait l'objet de réflexions et de débats. Cela n'a pas toujours été facile de rêver d'un nouveau modèle avec de si nombreux acteurs venant d'horizons et secteurs très différents, mais c'est aussi la richesse d'un tel processus. Ses représentants ont jusqu'au bout défendu qu'elle devait rester cette plate-

forme d'échanges à partir de l'exercice des métiers de l'accompagnement et du soin de la première ligne. Elle sera un pôle essentiel au sein du potentiel futur Institut wallon de première ligne qui devrait comprendre un pôle recherche et développement, un pôle formation (par exemple en e-santé) en plus du pôle de concertation telle qu'il fonctionne actuellement au sein de la PPLW (voir ci-dessous).

**Conclusion**

Des critiques émanant du terrain ont été formulées depuis le démarrage du processus et c'est normal. Cette concertation qui a quitté la logique des silos, secteur par secteur, est une première en Wallonie. Elle devrait contribuer à mieux structurer et renforcer la première ligne en articulation avec les autres lignes de soins. Le défi est à présent de traduire tout ce qui figurera dans le décret en réalisations concrètes et notamment permettre aux organisations locales de santé (bassin de vie) d'être bien définies et soutenues. Car les véritables zones de première ligne commencent à ce niveau-là. Si cela n'est pas le cas dans un avenir qu'on espère proche, tout ce qui aura été réfléchi, débattu et proposé, n'aura pas servi à grand-chose et Proxisanté aura raté son objectif. L'autre défi sera d'organiser la gouvernance des nouvelles instances (IWPL et Forum) et de les doter de moyens suffisants en rapport avec leurs missions. ■

La Plateforme de première ligne wallonne (PPLW) a été initiée en 2016. Elle fait suite aux nouveaux enjeux résultant du transfert de compétences dans le cadre de la sixième réforme de l'État. Elle se réunit régulièrement pour réfléchir à l'avenir du système de santé en Wallonie. Elle est constituée actuellement de deux types d'acteurs : les représentants des différents métiers de première ligne à travers leurs organisations professionnelles ou scientifiques (médecins généralistes, infirmières, dentistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, diététiciens, sages-femmes, ergothérapeutes, psychologues, podologues) ainsi que les représentants de fédérations de structures multidisciplinaires dans lesquelles les médecins généralistes sont impliqués (l'inter-SISD, l'inter-RML, la Fédération des maisons médicales, la Fédération ACCOORD). ■

# LES SOINS INTÉGRÉS EN FLANDRE

Depuis plusieurs décennies, la Flandre investit dans l'amélioration et le renforcement des soins de première ligne. Les gouvernements successifs y ont consacré beaucoup d'énergie, commandant des études, consultant associations professionnelles et organisations-cadres sectorielles, organisant même deux grandes conférences. De nombreuses étapes ont été franchies, mais le travail n'est pas encore terminé.

**Annick Dermine, directrice de l'association Huis voor Gezondheid (Bruxelles).**

**A** l'initiative du ministre flamand du Bien-Être, de la Santé et de la Famille de l'époque, Jo Vandeurzen (CD&V), une première conférence des soins de première ligne a été organisée en 2010 pour définir, en concertation avec les prestataires de soins et la plateforme des patients, une vision commune du positionnement et des missions des soins de première ligne. Les conclusions de cette conférence ont trouvé un prolongement sur le plan politique. Parmi les principales : la nécessité d'une coopération différente et meilleure (principalement entre les professions de santé) dans l'intérêt du patient. Elle devrait être soutenue de plusieurs manières, notamment par le partage des données d'une manière sûre et facilement accessible. Le patient doit être au centre des soins et être « autonomisé ». Une plus grande coopération entre les soins de première ligne et les services de santé mentale est nécessaire. Ces conclusions ont été traduites dans des projets pilotes portant, notamment, sur la fonction de psychologue de première ligne.

Une législature plus tard, il était temps de passer à l'étape suivante : une réforme fondamentale de la première ligne afin d'accroître à la fois la satisfaction des personnes ayant besoin de soins ou d'aide (*persoon met zorg- en ondersteuningsnood* ou PZON) et de leurs aidants proches et la performance des soins. C'est le quadruple objectif<sup>1</sup> : amélioration des soins + amélioration de l'état de santé + accroissement de la valeur avec les moyens disponibles + satisfaction du personnel. Le transfert de compétences à la suite de la sixième réforme de l'État ainsi que les réformes au sein des hôpitaux ont créé l'élan nécessaire.

La deuxième conférence sur les soins de première ligne a été préparée en concertation avec des chercheurs et des acteurs de terrain réunis

au sein de plusieurs groupes de travail qui ont balisé le terrain. La mission consistait à formuler une proposition de structures de soutien à la première ligne : intégration des tâches et des structures, délimitation géographique des régions de soins, modèles de soins intégrés, position centrale du patient/citoyen, partage des données et qualité des soins, innovation et esprit d'entreprise dans les soins. Les résultats de ces travaux ont été traduits en une vision politique, présentée lors de la conférence de février 2017<sup>2</sup>.

## Une réorganisation inévitable

La réorganisation de la première ligne doit conduire à une réduction du nombre de structures de soutien, à une diminution du cloisonnement au sein de la première ligne et à un travail davantage axé sur la population. Ce dernier point implique une gestion et une planification stratégique des soins au niveau régional et local. Pour que cela soit possible, il est important qu'au sein de la région tous les acteurs de l'aide aux personnes et de la santé, les citoyens et les autorités locales collaborent afin de fournir une offre appropriée aux besoins. Le logement, l'éducation, etc. ont également un impact sur la santé et le bien-être ; inscrire la santé dans toutes les politiques signifie que la coopération avec ces secteurs est encouragée.

Les éléments clés de la politique de la Flandre sont donc les soins intégrés, la coopération pluridisciplinaire et de préférence interdisciplinaire avec tous les membres de l'équipe de soins (l'aidant proche et la PZON en font partie), le pa-

**Il est important que tous les acteurs de l'aide aux personnes et de la santé, les citoyens et les autorités locales collaborent.**

1. [www.vivel.be](http://www.vivel.be).

2. "Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn", <https://zorg-en-gezondheid.be>, février 2017.

tient étant maître de ses soins (une approche de soins dans sa totalité : prévention, diagnostic, traitement, rééducations, revalidation, planification palliative) et ce en tenant compte de ses priorités et de ses besoins. La PZON conserve également une liberté de choix absolue.

### Outils et méthodologie

Ils sont nécessaires pour soutenir cette démarche. Parmi les plus importants, il y a ceux qui permettent le partage (électronique) des données au sein de l'équipe de soins, mais aussi ceux qui génèrent des données pour la planification stratégique des soins au niveau de la population locale (*zorgatlas*<sup>3</sup>).

La collaboration au sein de la première ligne devrait être davantage facilitée et soutenue. Au sein de l'équipe de soins, c'est avant tout la PZON ou son aidant proche qui coordonne les soins, ou un autre membre de l'équipe de soins si la PZON le souhaite. Dans tous les cas, la coordination est une fonction assumée par un seul membre de l'équipe. Lorsque les soins sont trop complexes, il peut être temporairement fait appel à un gestionnaire externe. Une concertation pluridisciplinaire régulière fait partie intégrante du plan de soins. Au sein de l'équipe de soins, les professionnels doivent bien se connaître. Les soins aux patients sont une responsabilité commune.

La coopération entre les acteurs de première ligne et les services de santé mentale devrait encore être renforcée. L'intégration structurelle d'une fonction de psychologie de première ligne est souhaitable. Formation et soutien devraient être proposés aux aidants et aux soignants pour leur permettre d'adopter cette nouvelle approche. Des projets et groupes de travail s'y attèlent et des éléments font encore l'objet de discussion.

### Des zones de première ligne et des zones régionales

Le paysage du soutien de première ligne a également été redessiné avec, à un premier niveau, les *eerstelijnszones*<sup>4</sup> : géographiquement délimitées, comptant de 75 000 à 125 000 habitants, elles sont gérées par un conseil de soins composé de représentants des acteurs des soins de première ligne. Quatre groupes s'y retrouvent obligatoirement : un groupe de soins de santé (avec des représentants des professions de santé), un

groupe issu du secteur de l'aide aux personnes<sup>5</sup>, un groupe de représentants des autorités locales (communales) ; un groupe composé de PZON et d'aidants proches. Les fonds sont alloués en fonction du nombre d'habitants et d'indicateurs qui déterminent la lourdeur des soins. Il s'agit du budget alloué à des organisations qui ont été supprimées<sup>6</sup> et dont le personnel a été transféré aux zones de première ligne.

Les missions de la zone de première ligne : stimuler et faciliter la coopération interdisciplinaire ; promouvoir l'harmonisation entre la prévention, la guérison, la réhabilitation, le conseil, le soutien, etc. dans les domaines de l'aide aux personnes et des soins ; répertorier (ou aider à répertorier) l'offre de soins et l'ouvrir dans la zone de première ligne ; faciliter l'utilisation d'outils de soutien, stimuler le partage de données numériques, organiser des sessions de formation ; faciliter les soins de proximité, etc. Une mission importante au sein de la zone de première ligne est l'organisation de l'accueil général intégré (*geïntegreerd breed onthaal*) : une collaboration entre les autorités locales, la fonction d'accueil du Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW, Centre d'aide sociale) et les services sociaux des mutuelles pour réaliser un accueil unique et facilement accessible.

Les zones de soins de première ligne ont été délimitées début 2018 et les conseils de soins ont commencé à fonctionner le 1<sup>er</sup> juillet 2020. En pleine crise sanitaire donc, au cours de laquelle elles ont été chargées de sensibiliser et informer sur le Covid-19 et les mesures en vigueur, surveiller les clusters, tester et tracer, prendre ou soutenir des initiatives locales d'appui aux soins, organiser la vaccination. Ce fut un malheur et une bénédiction : les gens ont été obligés de travailler ensemble, ils ont appris à se connaître et à collaborer. D'un autre côté, être une organisation naissante dans l'œil du cyclone a relégué au second plan les tâches normalement dévolues à une zone de première ligne, a mis en évidence l'importance de la gestion de la population, de la coopération avec l'ensemble des services d'aide aux personnes et de santé mentale. Les leçons tirées de cette première période sont intégrées dans une première réforme des conseils de soins, dont la mise en œuvre s'achève en 2023.

Le deuxième niveau est la zone de soins régionale, géographique, comptant de 350 000 à

3. <https://zorgatlas.be>.

4. Les soixante *eerstelijnszones* sont devenues des asbl (*zorgraad*), sauf à Bruxelles où Huis voor Gezondheid gère les finances et le personnel et où un *stuurgroep*, un comité de pilotage, dirige et opère les choix stratégiques et opérationnels.

5. En Flandre, les centres de soins résidentiels et les centres de jour font partie de la première ligne.

6. Les LMN (lokaal multidisciplinair netwerk ou réseau multidisciplinaire local - RML), les SEL (samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, sans équivalent francophone) et les GDT (geïntegreerde dienst voor thuisverzorging, service intégré de soins à domicile, SISD).

## L'approche territoriale dans d'autres régions et pays

**Canada.** Les autorités sanitaires provinciales et territoriales sont responsables des soins de santé dans leur région. Elles favorisent la coopération entre les prestataires de soins et la coordination des soins dans le but de garantir une meilleure qualité des soins et une meilleure accessibilité. Cette interprétation varie d'une province à l'autre et à l'intérieur même d'une province : réseaux locaux d'intégration des services de santé (Local Health Integration Networks), réseaux de soins primaires (Primary Care Networks), services de soins à domicile et communautaires (Home and Community Care Services). Le tout soutenu par des dossiers de santé électroniques, la télésanté et les soins virtuels. Une attention accrue est portée à l'intégration des soins de santé mentale et aux assuétudes. La promotion de la santé et la prévention sont également des priorités.

**Danemark.** Le pays est divisé en cinq régions responsables de l'organisation des soins, de leur financement et de leur adaptation aux besoins de la population via un plan stratégique. Les données sont réunies dans un dossier de santé électronique partagé (Shared Electronic Health Record). Le médecin généraliste coordonne les soins et oriente les patients vers d'autres soignants. Il doit collaborer de façon multidisciplinaire avec les équipes qui élaborent un plan de soins avec et pour le patient. Ce modèle a démontré son efficacité : une espérance de vie plus élevée, une mortalité infantile plus faible et une meilleure accessibilité aux soins.

**Angleterre.** Les Clinical Commissioning Groups (groupes de mise en service clinique) sont responsables de la planification et de l'achat des soins au niveau local. Ils travaillent avec les services de santé et de bien-être locaux pour fournir des soins intégrés à la population. Des partenariats régionaux sont conclus entre les organisations du National Health Service (NHS, le service national de santé), les autorités locales et systèmes de soins intégrés (Integrated Care Systems) pour coordonner la santé et le bien-être, en accordant une grande attention à la prévention et à l'intervention précoce. Ils sont gérés par un comité mixte de santé et de bien-être (Joint Health and Wellbeing Board). En outre, les soins sont transférés des hôpitaux à la collectivité : une première ligne plus solide, les soins à domicile et les services communautaires étant développés. Des outils soutiennent ce mouvement, notamment la prescription sociale : le médecin généraliste peut prescrire des services non médicaux tels qu'un programme sportif, des activités culturelles ou de bien-être. En pratique, un coordinateur des soins est nommé lorsque le soin devient complexe.

**Écosse.** La santé et les services sociaux convergent aussi localement vers des conseils mixtes intégrés (Integrated Joint Boards). Les services du NHS et les autorités locales s'y réunissent pour coordonner et améliorer les soins de santé adaptés à la région, dans une approche holistique. Les partenariats de soins de santé et de services sociaux (Health and Social Care Partnerships) sont mis en œuvre localement, les parcours de soins (Care Pathways) sont élaborés, les renseignements sur les patients sont partagés électroniquement. Les soins communautaires permettent de réduire le nombre d'hospitalisations au profit des soins dans la collectivité. Ici aussi, l'accent est mis sur l'intégration de la santé physique et mentale, la prévention, l'implication et la place centrale du patient.

**Nouvelle-Zélande.** Chaque région a un conseil de santé de district (District Health Boards) chargé d'organiser et de fournir des soins intégrés. Les fournisseurs de soins de santé travaillent localement dans les organisations de santé primaire (Primary Health Organisations), ils établissent des plans de soins partagés (Shared Care Plans). La télésanté et l'e-santé contribuent à améliorer la communication. L'accent est mis sur le déplacement des soins de santé des hôpitaux vers la collectivité (soins communautaires) dans une zone géographique spécifique. Une attention particulière est accordée à l'intégration des soins de santé mentale et au soutien, à la participation et à la coopération avec les communautés autochtones. Au sein de l'agence Whānau Ora, par exemple, les Maoris participent à la planification des soins et à la coopération entre les fournisseurs de services pour répondre aux besoins des familles. ■

400 000 habitants, pour laquelle un plan stratégique de soins est élaboré (alignement des soins de première ligne avec les soins de base/spécialisés de la seconde ligne). Cela implique que, dans l'idéal, les réseaux hospitaliers coïncident avec les limites géographiques des régions de soins. Ce niveau rassemble les représentants des soins spécialisés, de la prévention, de la santé mentale, des soins palliatifs, des soins de première ligne, des usagers et des aidants proches. Des projets pilotes ont été lancés avant la pandémie. Ils ont évidemment été retardés. Un organisme de soutien de la première ligne est également mis en place (VIVEL<sup>7</sup>) offrant méthodologies, outils et formations. Il stimule l'innovation et assume une fonction d'alerte.

### Outils de soutien et règlements adaptés

Le transfert des fonds Impulseo vers la Flandre a été l'occasion de réformer ce système visant à attirer des médecins généralistes dans des zones où il en manque. Les mesures d'incitation n'atteignent plus leur but, la

notion de zone à faible densité de médecins a été revue en s'appuyant sur un calcul plus nuancé, tenant compte du nombre d'habitants et de généralistes actifs, mais aussi de la lourdeur relative des soins.

Avec des incitants plus importants à la clé, les critères d'obtention supposant aussi la conclusion d'accords pluridisciplinaires.

La collaboration dans le secteur des soins de santé peut prendre de nombreuses formes. Il est essentiel de définir une vision, une mission, des valeurs et de les traduire dans la pratique. Il ne s'agit pas de travailler les uns à côté des autres, mais ensemble, en adoptant une approche holistique et en prêtant attention à la continuité des soins à l'intérieur et à l'extérieur de l'équipe, tout au long de la vie<sup>8</sup>. Afin de mieux comprendre l'impact des mesures de soutien, des incitations financières et des formes de collaboration au sein d'une pratique de soins de première ligne, des projets sont en cours en collaboration avec les médecins généralistes, les acteurs des soins de première ligne et les autorités locales.

Au niveau du partage de données entre les services de soins et d'aide aux personnes, un plan

numérique nommé Alivia est en cours d'élaboration. Il est actuellement testé dans certaines zones de première ligne. Enfin, la cartographie de l'offre complète de soins et d'aide aux personnes est mise à jour, avec un lien avec CoBHRA<sup>9</sup> ([www.socialekaart.be](http://www.socialekaart.be)).

### L'avenir

Lors de la pandémie, la valeur ajoutée de la collaboration au niveau local est très clairement apparue. De même que l'importance de la santé mentale et de l'aide aux personnes, de la gestion de la population, de la prévention, de la promotion de la santé et surtout l'importance des soins intégrés pour l'ensemble de la population.

Ces leçons sont prises en compte dans un premier volet de réforme pour les zones de première ligne et les conseils de soins. Les éléments clés sont l'élargissement du groupe cible aux organisations reconnues par le VAPH (secteur du handicap) et Opgroeien (petite enfance), tant pour la gouvernance que dans les activités.

Une grande attention est portée à la prévention et aux soins palliatifs. On a en outre constaté que les organes de direction ou les conseils de soins composés d'un trop grand nombre de membres perdent toute efficacité : un modèle de gouvernance plus flexible est en cours d'élaboration, avec plus de liberté pour décider localement qui dirige l'asbl de la zone de première ligne, qui est membre de l'assemblée générale, qui forme la direction locale. Il s'agira aussi de démontrer que la planification des soins, la politique et les plans d'action sont largement soutenus au sein de la zone et sont alignés sur la politique sociale locale. Enfin, le financement des zones de première ligne sera revu : un montant de base fixe et identique pour toutes les zones, complété par un montant additionnel dépendant d'un certain nombre d'indicateurs, dont la lourdeur des soins.

Le plus grand défi reste l'implication de la PZON au niveau des soins, mais aussi du conseil des soins, de la gestion de la zone de première ligne. Un projet est mis en place pour examiner comment et à quelles conditions l'optimisation est possible. On notera aussi qu'il est difficile d'impliquer et d'atteindre les citoyens qui présentent une certaine vulnérabilité. La Flandre se dirige donc vers des soins intégrés avec un objectif de plus : la justice sociale et l'inclusion. ■

## Il est essentiel de définir une vision, une mission, des valeurs et de les traduire dans la pratique.

7. Vlaamse Instituut voor de eerste lijn, [www.vivel.be](http://www.vivel.be).

8. Voir G. Van Hootegem, E. Dessers, *Onbezorgd - Naar een geïntegreerd gezondheidssysteem*, Acco, 2017.

9. CoBRHA (Common Base Registry for HealthCare Actor) est la base de données commune aux institutions publiques responsables de la reconnaissance des acteurs de soins de santé en Belgique.

# LA RESPONSABILISATION POPULATIONNELLE

**La Fédération hospitalière de France (FHF) a développé un modèle d'intégration clinique de l'ensemble des acteurs d'un territoire à l'égard de la santé de la population. Ce modèle est testé depuis 2018 dans cinq territoires pionniers.**

**Antoine Malone, responsable du pôle Prospective, Europe, International de la Fédération hospitalière de France.**

La FHF regroupe l'ensemble des 1000 hôpitaux et des 3000 établissements médico-sociaux publics. Sa plateforme politique appelait en 2017 à « *refonder notre système de santé sur la base du principe de responsabilité populationnelle de l'ensemble des acteurs de santé* ». Cette plateforme a débouché sur la construction d'un modèle d'intégration clinique<sup>1</sup> visant à exécuter systématiquement la meilleure pratique en fonction des besoins d'une population définie, passant d'un modèle où un patient « appartient » à un acteur de santé (son médecin généraliste, l'hôpital où il est suivi, etc.) à un modèle où tous (incluant le patient) sont responsables de l'exécution d'un parcours et donc du maintien dans le meilleur état de santé possible d'une personne. Un groupe de cinq groupements hospitaliers (l'Aube et le Sézannais, la Cornouaille, les Deux-Sèvres, le Douaisis et la Haute-Saône) a été mis sur pied pour développer et tester le modèle autour de deux populations cibles : les personnes atteintes ou à risque de diabète de type 2 et les personnes atteintes ou à risque d'insuffisance cardiaque. Petit à petit, ces groupements hospitaliers ont évolué pour devenir des « territoires pionniers de la responsabilité populationnelle », s'appuyant sur une gouvernance partagée entre ville et hôpital et couvrant une population totale de 1,3 million d'habitants.

## Trop de territoires... ou pas assez ?

On s'intéresse à des populations et non à une patientèle. Le premier enjeu pratique a été le mode de repérage des populations cibles. Il existe deux façons de les déterminer, soit par le biais d'une affiliation à une assurance, soit par le biais de la résidence sur un territoire défini. La

France possédant une assurance maladie universelle, il devenait inopérant d'attribuer nos populations en fonction de l'affiliation... Restait donc la question des territoires. De ce point de vue, la France est bien servie. Son système est organisé sur la base de dix-sept agences régionales de santé (ARS), dont treize en métropole, qui relèvent de l'État. Bien que chargées de l'organisation et du pilotage de la santé, les ARS et leurs régions sont trop étendues pour avoir une signification réelle du point de vue clinique<sup>2</sup>.

Pour le reste, les territoires reflètent le morcellement de l'organisation et de la gouvernance du système de santé. Ainsi, la première ligne de soins, essentiellement libérale, relève de caisses départementales relevant de la Caisse nationale d'assurance maladie. Mais le département – au sens d'organisation politique – est aussi chargé des politiques sociales et du secteur médico-social. Les collectivités locales, en particulier les 36 000 communes, peuvent en outre développer des actions de santé dans le cadre de contrats locaux de santé conclus avec les ARS. Plus récemment, des organisations à visée plus clinique ont émergé. En particulier, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS, en 2016) doivent regrouper sur une base volontaire l'ensemble des professionnels de santé de première ligne à l'échelle d'un bassin de vie. Ce sont les professionnels eux-mêmes qui définissent leur territoire, regroupant des populations allant de moins de 40 000 personnes à plus de 175 000. Un département peut donc contenir plusieurs

1. Capacité à faire fonctionner comme un système clinique unique l'ensemble des acteurs de

## Le premier enjeu pratique a été le mode de repérage des populations cibles.

santé intervenant autour d'une population et d'un patient, indépendamment de leur statut et de leur lieu d'exercice. Voir N. Curry, C. Ham, *Clinical and Service Integration*, King's Fund, 2010.

2. Par exemple, la région Nouvelle-Aquitaine va de la frontière espagnole au Massif central.

CPTS qui elles-mêmes ne couvrent pas forcément la totalité de la population d'un département. Côté deuxième et troisième ligne de service, le portrait est aussi complexe. Depuis 2016, l'ensemble des hôpitaux publics sont regroupés au sein de 135 groupements hospitaliers de territoires (GHT) autour d'un établissement support, un CHU ou le plus important hôpital général du groupement. Certains GHT couvrent plusieurs départements, et certains départements contiennent plusieurs GHT. Les hôpitaux privés n'y sont pas inclus, or ils représentent la moitié du nombre total d'hôpitaux et environ la moitié de l'activité totale en chirurgie. Le fonctionnement des acteurs de santé recoupe cet éclatement. Le résultat de l'ensemble est un fonctionnement en silos incompatible avec une approche populationnelle. Surtout, ces territoires sont d'abord des objets administratifs : ils ne disent rien des besoins en santé de la population. Chaque acteur, à son niveau, à son échelle territoriale, développe sa propre analyse, sa propre vision et sa propre réponse. Un territoire intermédiaire était donc nécessaire, combinant proximité et force de frappe. Bref, permettant de lier première et deuxième ligne de services, ville et hôpital.

En s'appuyant sur les bases de données de santé nationales, les équipes de la FHF ont développé un algorithme qui permet de « créer » 132 territoires de responsabilité basés sur les consommations réelles des habitants, mutuellement exclusifs et couvrant l'ensemble du territoire<sup>3</sup>. Les communes et surtout leurs résidents sont assignés à l'un des territoires qui regroupent l'ensemble de l'offre en santé. La taille habituelle de ces territoires est d'environ 300 000 habitants, regroupant généralement quatre bassins de vie. On y trouve un établissement hospitalier dans l'écrasante majorité des cas, qui permet d'assurer la jonction entre système hospitalier et système ambulatoire.

### A quoi servent les territoires de responsabilité ?

C'est un outil opérationnel puissant, qui forme le socle d'un mode de fonctionnement produisant des résultats tangibles.

- Connaître les besoins de santé des habitants. Notre modèle d'intégration clinique repose sur la capacité à stratifier une ou des

populations cibles en fonction de ses besoins de santé. En pratique, les profils cliniques doivent permettre à tous les acteurs de santé de savoir à quoi ressemble une personne à risque de développer une pathologie, une personne un peu ou très malade de cette pathologie. Cela permet de créer une vision partagée d'un patient, une vision partagée des besoins de santé de la population et d'organiser collectivement la réponse à ces besoins de façon proactive et coordonnée. Dans nos territoires pionniers, nous ciblons environ 24 000 personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, 44 000 atteintes de diabète, soit 61 000 individus uniques et 300 000 personnes à risque. À cette stratification des besoins sont associés des logigrammes de prise en charge conçus pour viser une approche globale de la santé. Au-delà d'une vision du soin centrée sur le spécialiste de la pathologie, cette approche privilégie un spectre large d'intervention sur les habitudes de vie, l'activité physique, la santé mentale, toutes composantes essentielles dans la gestion des pathologies chroniques. Elle vise en outre à habiliter au maximum la première ligne et d'ainsi recentrer le recours aux spécialistes hospitaliers aux cas où ils sont nécessaires.

- Construire des programmes d'action territoriaux. Ces éléments, auxquels s'ajoutent l'expertise et le vécu des acteurs de santé territoriaux (y compris les patients et citoyens), constituent l'ingrédient de base des réunions cliniques. Rassemblant entre 30 et 50 participants, elles visent à générer trois consensus : sur la situation de la population dans leur territoire (stratification), sur les meilleures pratiques à mettre en œuvre quant au maintien en santé de cette population (logigrammes) et surtout sur les actions à mettre en œuvre et la façon de s'organiser pour exécuter ces pratiques (parcours locaux). L'ensemble forme la base du programme d'action territorial : une fois qu'un patient ou une personne est inclus dans le programme, tous les intervenants ont une vision homogène des besoins grâce au profil clinique et peuvent suivre ensemble le parcours qu'ils ont élaboré ensemble. Le même système est suivi en pré-

3. Voir A. Malone et al., "Population Health Management in France: specifying population groups through the DRG system", *BMC HealthServ* n° 21, 2021.

vention primaire, mobilisant un large éventail de partenaires pour trouver et intégrer dans un programme de prévention les habitants appartenant à la strate 0<sup>4</sup>.

- Faire fonctionner ensemble première et deuxième ligne. L'hôpital et les spécialistes sont les experts de la pathologie. Les professionnels de première ligne connaissent les personnes et les populations et sont capables d'individualiser les actions et les plans de santé aux caractéristiques de chacun pour assurer la meilleure chance de succès. Tous sont essentiels dans le maintien en santé. Les programmes territoriaux indiquent précisément les « moments hospitaliers »<sup>5</sup> et organisent la communication autour de patients communs et d'actions communes. Le travail collaboratif entre ville et hôpital développé dans le cadre de la responsabilité populationnelle est probablement le point fort du modèle.
- Suivre et évaluer l'effet d'un programme d'action. Le mode de construction des territoires permet à la FHF et aux territoires de générer des indicateurs d'impact de leurs programmes, sur une base locale, mais aussi en comparatif avec d'autres territoires, au niveau régional ou national, leur permettant de piloter leurs actions. Au niveau territorial, chacun développe ses indicateurs de suivis, cohérents avec le modèle général.

### Des résultats prometteurs

Depuis janvier 2022, 726 actions de prévention primaire et de sensibilisation ont été menées, conduisant au dépistage de 10 500 personnes à risque ; 3 000 personnes sont désormais incluses dans des programmes, pour moitié des personnes à risque de développer un diabète de type 2 ou de l'insuffisance cardiaque. Dans les cinq territoires, le recours aux urgences par les personnes atteintes de diabète a diminué, reflétant une meilleure coordination des acteurs. La durée de séjours des patients diabétiques a aussi diminué, alors que le recours aux hospitalisations ambulatoires a fortement augmenté, reflétant le développement des hôpitaux de jour dans le cadre de parcours ville/hôpital.

L'expérience a permis de construire une méthodologie précise de déploiement de la démarche, avec des guides méthodologiques dédiés

à l'organisation et à l'animation des réunions cliniques et aux enjeux de systèmes d'information. Les territoires eux-mêmes ont développé un grand nombre d'outils qu'ils sont en mesure de partager. De fait, un sixième territoire (le Sud-Lorraine) a rejoint la responsabilité populationnelle en juillet 2023 et une dizaine d'autres devraient le faire à court terme. Des travaux ont été engagés pour développer une stratification adaptée à la population des personnes âgées.

### Un modèle à consolider

On constate une tendance générale à organiser les systèmes de santé autour de trois niveaux : régional, local et territorial, ce dernier permettant de lier première et deuxième ligne de services. Il est crucial que le travail collaboratif entre ces niveaux soit priorisé dès le départ : les citoyens n'habitent pas dans trois niveaux différents et leurs besoins de santé recourent des services et des expertises dans les trois niveaux simultanément. La réalité des besoins conduit à une nécessaire interdépendance entre acteurs

pour atteindre le meilleur état de santé possible. Si l'ambulatoire fonctionne mal, l'hôpital souffrira et vice-versa. Et si le modèle n'est pas réorienté vers la prévention et le maintien en santé, les deux s'effondreront sous le poids de la demande de soins. Un modèle qui prend acte de cette interdépendance est donc plus réaliste qu'un modèle qui opposerait ville et hôpital. La réalité clinique est que les deux partagent les mêmes populations et les mêmes patients, même si chacun a un rôle unique et essentiel à jouer.

Si la notion de responsabilité populationnelle est entrée dans le code de santé publique en 2019, le modèle organisationnel et clinique qui en découle ne s'est toujours pas transformé en politique publique, avec tout ce que cela implique : financement, appui aux territoires, système de gouvernance et de reddition de comptes. En ce sens, la France vit l'opposé de la Belgique, où une volonté politique forte existe en faveur de l'intégration des soins, mais où l'aspect pratique reste encore largement à défricher. C'est donc un beau terrain d'apprentissage mutuel qui s'ouvre... ■

**Des travaux ont été engagés pour développer une stratification adaptée à la population des personnes âgées.**

4. La strate 0 de la stratification concerne toutes les personnes présentant un risque de développer la pathologie ou pour lesquelles quelque chose en lien avec la prévention de la pathologie devrait être fait. Exemple : tout homme de plus de 45 ans sans autre facteur de risque devrait faire l'objet d'un dépistage du diabète de type 2 tous les trois ans.

5. Demande d'avis, d'hospitalisation de jour programmée, de téléexpertise, d'information bidirectionnelle médecin de famille et spécialiste, de consultations de spécialistes hospitaliers au sein de structures ambulatoires, etc.

# LES MAISONS MÉDICALES, AU CŒUR D'UN TERRITOIRE

Depuis leur création, les maisons médicales se caractérisent par leur ancrage dans un territoire, un quartier. En quoi cette inscription locale invite-t-elle à soigner autrement et à multiplier les collaborations entre les champs de la santé et du social? Quels changements impliqueront les réformes de la première ligne d'aide et de soin à Bruxelles et en Wallonie? Décryptage avec deux permanents politiques du bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales.

**Pauline Gillard**, chargée d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

**« Nous tenons compte des problématiques qui touchent notre patientèle. »**

Les réformes de la première ligne d'aide et de soin – le Plan social santé intégré (PSSI) en Région bruxelloise et Proximité en Wallonie – misent sur la territorialisation pour réorganiser l'offre social-santé de façon transversale et intégrée. Ce changement de paradigme dans la coordination de l'action sociale et de la santé n'est pas sans rappeler la voie empruntée de longue date par les maisons médicales dont les équipes dispensent des soins globaux (qui prennent en compte les aspects psychologiques, sociaux et biologiques de la santé) et de proximité, en référence au concept de soins de santé primaires définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans la Déclaration d'Alma-Ata (1978) comme étant « le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et [constituant] le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire »<sup>1</sup>.

## Diagnostic territorial et approche populationnelle

Quelles sont les spécificités d'une organisation des soins depuis le territoire, au plus proche du vécu des patients et patientes? Elle se caractérise en premier lieu par l'établissement d'un diagnostic territorial dans lequel s'ancre l'offre d'accompagnement et de soins de première ligne dispensés par une équipe interdiscipli-

naire. « Nous ne pouvons pas travailler en décalage avec la réalité, explique Pascaline d'Otreppe, médecin généraliste à la maison médicale ASaSo à Saint-Gilles (Bruxelles) et membre du bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales (FMM)<sup>2</sup>. Nous tenons compte des problématiques qui touchent notre patientèle et, comme notre patientèle est territorialisée, le diagnostic porte de facto sur ce qui se passe aux alentours de la maison médicale. Nous sommes donc plus proches des problématiques et des solutions à y apporter. » « Ce diagnostic se fonde sur une approche populationnelle, complète Gaël Duprat, kinésithérapeute au Repère Santé, la maison de santé de Jemelle et également membre du bureau stratégique de la FMM. À côté de l'approche individuelle qui prend la forme de consultations, un prestataire peut aussi adopter une approche plus "macro" des situations de santé qu'il rencontre et développer une analyse plus sociétale de la localité dans laquelle sa maison médicale est implantée. »

Sur quels éléments repose cette approche? « L'approche populationnelle requiert une analyse de données issues de sources diverses telles que l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS) ou les observatoires de la santé qui centralisent de nombreuses données sur la population, y compris des données de santé (causes de mortalité, fréquence de l'obésité, indicateurs de santé mentale...), poursuit-il. Nous mobilisons notamment ces données lors de l'élaboration du plan d'action de la maison médicale qui permet de visualiser les différentes missions pour lesquelles elle est agréée<sup>3</sup> et dans lequel nous devons définir les caractéristiques du territoire sur lequel nous sommes implantés (dé-

1. OMS, Déclaration d'Alma-Ata, <https://apps.who.int>.

2. L'organe d'avis pour l'organe d'administration de la FMM dont le rôle consiste à définir des stratégies à suivre pour assurer la continuité philosophique, éthique et politique du mouvement.

mographie, âge, etc.). Elles nous sont également utiles quand nous évaluons et actualisons ce plan d'action. » D'autres données sont aussi à la disposition des équipes. « Une des plus-values de notre mouvement repose sur la collecte de données sociodémographiques et médicales renseignées dans le dossier de santé informatisé de leur patientèle », expose-t-il. Ces données sont par ailleurs compilées et analysées par la FMM dans le cadre du projet « tableau de bord » depuis près de vingt ans. Cette initiative permet aux maisons médicales participantes de mieux connaître les problèmes de santé de leur population et de mieux cibler leurs actions de promotion de la santé.

### Travail en réseau

Depuis leur naissance, l'insertion dans le tissu associatif local caractérise aussi le fonctionnement des maisons médicales. Nombreux sont les partenariats et les collaborations qui se nouent avec d'autres acteurs du social-santé (autres maisons médicales, CPAS, communes, éducateurs de rue, maisons d'accueil, centres de planning familial, services de santé mentale...) selon les orientations prises par la maison médicale et les besoins des patients et patientes, « ce qui nous permet d'étendre notre connaissance du réseau, affirme Pascaline d'Otreppe. Un patient peut avoir une accroche avec un lieu, social ou autre, dans lequel il se sent en confiance, mais ne pas avoir accès aux soins. Grâce à la connaissance qu'ont les travailleurs de terrain des patients, cet ancrage dans le quartier permet aussi de capter des publics qui ne se soignent pas de leur propre initiative ».

Autre bénéfice de ce travail en réseau, la connaissance plus fine des réalités vécues à l'échelle d'un territoire. « Ces collaborations permettent d'ouvrir le prisme des représentations que nous pouvons avoir des patients à l'échelle individuelle et nous éclairent sur les autres dimensions de la santé à travailler à l'échelle populationnelle au travers d'actions en santé communautaire co-construites avec les habitants », pointe Gaël Duprat. « Dans la mise en œuvre de projets au niveau territorial, il est cependant difficile de faire participer la population qui, comme chacun d'entre nous, connaît une accélération de ses rythmes de vie, nuance-t-il. Les projets démarrent souvent avec une ou deux personnes qui ont plus de temps ou de motivation et s'inscrivent dans la durée, ce qui requiert beaucoup d'énergie et peut être parfois freinant. »

Il arrive cependant que les équipes des maisons médicales rencontrent des obstacles dans la constitution de leur réseau. « Nous pouvons rencontrer des réticences chez les professionnels de l'accompagnement et du soin qui travaillent dans une optique libérale sous-tendue par la concurrence alors que l'approche populationnelle vise davantage la collaboration », constate Gaël Duprat. « Un autre frein renvoie à la pénurie de soignants, selon Pascaline d'Otreppe. Dans la mise en réseau, il y a beaucoup de volonté, mais cela nécessite du temps de rencontre et de réunion. Or ce temps manque parce que nous sommes toutes et tous pris par nos consultations et nos accompagnements. »

### Accessibilité territoriale

Qu'elles soient financées au forfait ou à l'acte, les maisons médicales sont très attentives à leur accessibilité géographique, financière et culturelle. Elles constituent un univers rassurant pour les publics les plus fragilisés. Cette attention particulière à l'accueil des publics peut même parfois rendre plus difficile le recours du bénéficiaire à d'autres soins hospitaliers ou spécialisés : « la nécessité de sortir du quartier, le changement des cultures professionnelles, l'accentuation des contrastes sociaux entre les soignants et les soignés et l'absence de personnes qui parlent les langues d'un quartier constituent quelques-uns des éléments qui peuvent freiner le recours à d'autres soins pour les personnes habituées aux maisons médicales », relève une récente étude sur l'accès et le recours aux soins de première ligne en Région bruxelloise<sup>4</sup>.

En termes d'ancrage territorial, des différences existent pourtant entre les structures financées à l'acte et celles financées au forfait, dans la mesure où l'Inami impose à ces dernières de définir un périmètre d'action et de soins. « Quand un patient déménage dans un autre territoire, il n'y a pas de souci, car il semble incohérent pour le patient d'être suivi à Bruxelles alors qu'il réside à Liège par exemple, mais en cas de déménagement à proximité de la zone couverte par la maison médicale, la situation est parfois sujette à discussion. Il arrive donc que des patients soient désinscrits contre leur gré. C'est une limite fréquemment renvoyée à propos du modèle forfaitaire », regrette Gaël Duprat. Cette complexité est rencontrée plus fréquemment en ville

3. Sous certaines conditions, les maisons médicales wallonnes sont

## L'insertion dans le tissu associatif local caractérise aussi le fonctionnement des maisons médicales.

agrées et financées en tant qu'associations de santé intégrée (ASI) par l'AViQ (Agence pour une vie de qualité). En Région bruxelloise, c'est la COCOF (Commission communautaire française) qui agréé et subventionne les maisons médicales.

4. S. Thunus, A. Donnen, A. Creten et C. Walker, *Melting point : situations de vulnérabilité, accès et recours aux soins de première ligne en Région bruxelloise*, Observatoire de la Santé et du Social de Région de Bruxelles-Capitale, 2023, <https://www.ccc-ggc.brussels>.

où le territoire constitue une notion à géométrie variable. « Ce frein peut cependant être atténué quand les soignants étoffent leur travail en réseau, y compris au sein de notre mouvement, selon Pascaline d'Otreppe. À Bruxelles, nous sommes continuellement confrontés au démenagement des patients. Ces situations sont discutées avec le patient. Nous sommes persuadés des plus-values de l'ancrage local des soins. Si un patient n'est plus en lien avec un territoire, nous essayons de favoriser son insertion dans son nouvel environnement. Nous prenons contact avec la maison médicale implantée dans le quartier dans lequel le patient va emménager pour permettre la continuité de l'accompagnement et des soins. »

En outre, la limite territoriale du financement forfaitaire constitue théoriquement un frein à l'accessibilité des soins pour les personnes sans domicile. Quid de l'accès aux soins des plus vulnérables tels que les personnes sans abri ou les personnes sans titre de séjour ? « Une des conséquences de notre implantation territoriale est la responsabilité qui nous engage vis-à-vis de la population occupant ce territoire, explique Gaël Duprat. Mais quand les modes de vie de personnes sans domicile fixe ou dans une situation de précarité impliquent des déplacements, il arrive qu'elles sortent des radars. » Il s'agit de situations auxquelles les maisons médicales sont souvent confrontées. Pour assurer le suivi médical de ces personnes, elles sont parfois amenées à privilégier une interprétation souple de leur zone d'activité. « Être sans domicile fixe n'implique pas forcément de ne pas avoir un territoire de vie, relève Pascaline d'Otreppe. Dans ma maison médicale, nous continuons à suivre une personne anciennement sans abri qui a trouvé un logement social à Etterbeek. Étant donné que son territoire de vie reste Saint-Gilles, nous le considérons comme faisant partie de notre patientèle. Le même cas de figure se présente avec des étudiants domiciliés en Wallonie, mais qui kotent et vivent actuellement à Saint-Gilles. »

### Quels changements à l'horizon ?

La réorganisation du système de santé de la Région wallonne et de la Région bruxelloise vise à garantir une prise en charge globale et de qualité à la population en articulant davantage les offres de services de la santé et du social à l'échelle territoriale. Comment la mise en œuvre de ces réformes affectera-t-elle les pratiques des équipes des maisons médicales ?

« Lors des consultations relatives au PSSI, les acteurs et actrices de terrain ont rapporté qu'ils travaillaient déjà selon la logique insufflée par ce plan, relate Pascaline d'Otreppe. En effet, cette vision intégrée et territoriale oriente les pratiques des maisons médicales depuis toujours. Ce qui change, c'est qu'elle est désormais inscrite dans les politiques publiques. Cela revient à acter une autre conception et organisation de l'offre social-santé qui ne fonctionnera plus par secteurs ou par maladies. Ces politiques entérinent ainsi la reconnaissance d'un modèle d'organisation des soins qui était déjà défendu dans des publications du Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM) ou de l'OMS il y a cinquante ans ! »

Si les équipes des maisons médicales estiment que ces réformes ne changeront pas fondamentalement leurs pratiques, elles éprouvent néanmoins des craintes quant à la normalisation qui pourrait en découler. « L'enjeu consiste à conserver la dimension de réactivité et d'adaptation par rapport aux réalités de terrain, estime Gaël Duprat. À vouloir trop normer, nous courons le risque de perdre cette souplesse qui nous caractérise. » « Une autre crainte serait que notre énergie créative et militante diminue parce que notre modèle serait devenu la norme, appuie Pascaline d'Otreppe. Une norme imposée par le politique peut parfois être décrite. Tout l'enjeu de ces réformes consiste à les ancrer dans la durée et à les évaluer régulièrement, en tenant compte des réalités rapportées par les acteurs de terrain et les usagers. »

« Même si nous ne connaissons que l'architecture globale de la réforme, la philosophie annoncée est encourageante, estime Gaël Duprat. L'intention de Proxisanté est de pouvoir répondre de manière plus efficiente aux différents enjeux de santé publique qui se profilent, tels que le vieillissement et l'augmentation des soins chroniques, en repensant par territoire la mise en lien des différents acteurs autour des dimensions de l'accompagnement et du soin. »

Convaincus par la nécessité de repenser l'organisation social-santé à une échelle plus locale et de manière intégrée, les permanents politiques livrent une conclusion toute en nuance : « les réformes que sont le PSSI et Proxisanté constituent de réelles avancées, mais les défis resteront les mêmes, à savoir tisser des liens au niveau local, renforcer la cohésion sociale et travailler la santé au-delà du versant curatif dans un contexte de pénurie et compte tenu des nouveaux défis liés aux changements climatiques et à l'évolution de nos sociétés. » ■

# PRÉVENTION ET PROMO SANTÉ À L'ÉPREUVE DES TERRITOIRES

**Les démarches de prévention et de promotion de la santé visent à améliorer le bien-être global de la population tout en réduisant l'utilisation des soins curatifs. Les récentes approches territoriales développées dans le champ de la santé à Bruxelles et en Wallonie intègrent-elles ces approches et de quelle manière ?**

**Marinette Mormont, membre de la rédaction de *Santé conjugulée*.**

**P**arce qu'elles ont depuis toujours pris en considération le contexte local où vivent les populations et où interviennent les acteurs de proximité, les maisons médicales font figure de pionnières dans le champ de la santé. En veillant à tisser un réseau d'acteurs dans le quartier où elles sont implantées, elles contribuent à répondre au mieux à l'ensemble des besoins de la population. Au moyen de leurs actions de santé communautaire, elles valorisent les ressources du quartier et de ses habitants, tout comme elles amènent ces derniers à participer à l'amélioration de leur bien-être. Avec, en toile de fond, une préoccupation pour l'ensemble des facteurs qui influencent la santé, par exemple le logement, les revenus ou les liens sociaux.

Dès qu'elle a vu le jour en 2001, la maison médicale du Laveu, à Liège, a mis un point d'honneur à créer une fonction dédiée à la santé communautaire. Animatrice depuis une quinzaine d'années, Loredana Tesoro souligne l'importance de l'ancrage territorial de cette fonction : « *C'est faire preuve d'humilité que de nous resituer comme un maillon dans la chaîne du système promouvant la qualité de vie des habitants. C'est aussi revendiquer une vision de la santé qui dépasse le médico-médical.* » La maison médicale tisse donc des liens et noue des collaborations avec d'autres acteurs du médico-social à l'échelle du quartier. Ce travail de proximité se fait aussi au travers d'activités avec les patients et, plus largement, avec les habitants. Et parfois, ce maillage franchit les frontières du quartier.

## **Promo santé : l'oubliée de Proxisanté**

Loredana Tesoro est aussi membre du groupe de travail « ASI » (associations de santé intégrée) de l'AViQ, au sein duquel elle représente

la fonction de santé communautaire des maisons médicales de la Fédération. À l'annonce du lancement de la réforme Proxisanté de la ministre de la Santé Christie Morreale qui vise, en Région wallonne, à réorganiser la première ligne d'accompagnement et du soin par zones géographiques, Loredana s'est plutôt réjouie : cette réforme allait sans doute être une opportunité pour les ASI et la santé communautaire. Au cours des séances de présentation de la réforme, la promotion de la santé était d'ailleurs mentionnée comme l'une des composantes à part entière de la première ligne. Une première ligne qui devra mettre en place « *des stratégies de promotion de la santé* » et tenir compte « *du projet de vie de la personne dans un esprit de collaboration entre les secteurs, afin de permettre l'adoption d'une vision globale et holistique de la personne et de ses besoins en santé* »<sup>1</sup>.

Mais, selon elle, Proxisanté est une occasion manquée. « *On arrive à la fin de la législature et plusieurs dossiers pâtissent de retards dus à la crise sanitaire – dont la santé communautaire – alors qu'on espérait beaucoup.* » Aujourd'hui, la santé communautaire demeure sous-financée, alors que « *ce sont des dynamiques de long terme avec les patients et avec le réseau. On l'a vu durant la crise sanitaire : une augmentation des maladies psychiques, une solitude renforcée. À Liège, des acteurs du secteur ont continué à travailler et à réunir des gens tant bien que mal. Mais on doit travailler avec des bouts de ficelles* ». Loredana n'en attend pas davantage de la prochaine législature : « *Tout cela reste encore fort l'affaire du curatif.* »

Autre province, autres acteurs, autre son de clo-

**Aujourd'hui, la santé communautaire demeure sous-financée.**

1. www.aviq.be.

che. Lydia Polomé, qui coordonne le Centre local de promotion de la santé (CLPS) de la province du Luxembourg, nous confirme l'absence de lien entre Proxisanté et promotion de la santé : « *Proxisanté, on en a entendu parler via le SIRD (service intégré de soins à domicile) et non via l'AViQ, notre pouvoir subsidiant.* » Mais elle se montre un brin plus optimiste. « *J'imagine que cela va venir, tout est encore à construire. Mais nous, les CLPS, sommes bien conscients que nous avons une place à prendre dans cette nouvelle politique.* » La coordinatrice a donc pris la balle au bond quand elle a été contactée par Chronilux (partenariat de santé intégrée qui dépend de l'asbl SIRD Luxembourg) afin de développer, ensemble, la promotion de la santé sur le territoire de la province.

Céline Mostade, coordinatrice de Chronilux, revient sur les origines de la collaboration. Financée par les autorités fédérales, Chronilux s'est attaché depuis 2018 à développer dans la province des projets de soins intégrés pour les patients souffrant de maladies chroniques<sup>2</sup>. La phase expérimentale des projets pilotes étant clôturée, ces derniers sont dans l'attente d'un cadre réglementaire. Dans cette période de transition, Chronilux a pris le parti de se pencher, pour les deux années à venir, sur le développement de stratégies de promotion de la santé avec les professionnels de la santé et du social

## La crise sanitaire a ralenti de nombreux dossiers. Mais elle a donné un coup d'accélérateur aux actions de proximité.

2. M. Mormont, « Vers un nouveau modèle de soins ? », *Santé conjugulée* n° 97, décembre 2021.

3. [www.brusselstakescare.be](http://www.brusselstakescare.be)

4. Soixante agents de terrain ont été mobilisés dans le cadre du Covid tracing par la Cocom et les mutualités pour accompagner les citoyens dans la lutte contre la crise sanitaire. Leur rôle ? Prévenir,

du Luxembourg. Le processus est en démarrage. Première étape : la constitution d'un groupe de travail qui planchera sur une vision commune de la promotion de la santé et sur son intégration dans les soins intégrés. À ce jour, une trentaine de personnes, d'institutions et de métiers différents ont répondu à l'appel : communes, mutuelles, réseau multidisciplinaire local, Fondation contre le cancer, kinés, médecins ou encore infirmières et aides à domicile, etc. Les acteurs du social sont intégrés à la réflexion, car, plus que des soins intégrés, c'est bien une santé intégrée qui est visée : une santé qui prend en considération la globalité du bien-être des citoyens, dans ses aspects culturels, sociaux, économiques.

Tout en partant de l'existant, la dynamique prendra la forme d'un laboratoire de co-construction. « *La difficulté sera de réussir à mobiliser des personnes qui ont de longs déplacements à faire et qui exercent parfois des métiers en pénurie* », anticipent les porteuses du projet. Des incitatifs ont été prévus (remboursement des frais de déplacement, jetons de présence, etc.) pour que la réflexion se déroule dans les meilleures conditions. « *Ces politiques vont de toute façon être mises en place. Autant qu'un maximum de gens y soient associés* », conclut Lydia Polomé.

### PSSI : la prévention au cœur d'un nouveau dispositif

Côté bruxellois, le Plan social santé intégré (PSSI) porté par le ministre de la Santé et de l'Action sociale Alain Maron, spécifique en ce qu'il articule les enjeux de santé avec les enjeux sociaux, compte huit principes structurants. Parmi eux, la démarche de promotion de la santé, au sens d'« *un état complet de bien-être physique, mental et social* ». Une vision qui sous-tend d'une part « *une approche de la santé à travers les déterminants sociaux et les déterminants des inégalités sociales de santé* » et d'autre part « *une visée émancipatrice permettant à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et les causes de vulnérabilité* »<sup>3</sup>.

La crise sanitaire a ici aussi ralenti de nombreux dossiers, parmi lesquels le fameux PSSI. Mais elle a donné un coup d'accélérateur aux actions de proximité et au volet territorial du plan. *Field agents*<sup>4</sup>, infirmiers vaccinateurs de proximité, relais d'action de quartier (RAQ)<sup>5</sup> : autant de dispositifs créés dans le sillage du Covid afin de « *mettre en œuvre rapidement des mesures de santé publique avec les populations* ». Le dernier en date porte le joli nom de « projet de mobilisation des acteurs de prévention et promo santé dans le cadre du PSSI », et ses travailleurs celui de CPPS pour « *chargés de prévention et de promotion de la santé* »<sup>6</sup>

Le projet, qui s'inscrit pleinement dans le cadre d'un PSSI loin d'être finalisé, a démarré en février 2023. « *Comme la gouvernance des cinq bassins n'était pas encore prête* (l'approche territoriale du PSSI combine le niveau "quartiers", le niveau "bassins" et le niveau régional, NDLR), la Fédération des maisons médicales chapeaute le projet de manière transitoire », retrace Moira Fornier, l'une

des coordinatrices du projet. Et de préciser : « Nous ne sommes pas le PSSI, mais un projet créé dans le cadre de cette réforme. Ce qu'on en retient, en revanche, c'est cet aspect territorialisation, dont l'objectif est de prendre en compte les besoins en étant au plus proche des bénéficiaires. Deuxième chose importante pour nous : faire des liens, améliorer les collaborations entre acteurs de la santé et du social de première ligne. »

L'ambition du projet : offrir un soutien aux acteurs social-santé qui font ou souhaitent faire de la prévention. Des thèmes prioritaires ont été identifiés par le cabinet – tabac, alcool, dépistage des cancers, diabète, tuberculose, maladies transmissibles et vaccination – mais les besoins émergeant du terrain seront également pris en considération, à condition bien sûr de rentrer dans la prévention santé. « La santé mentale, l'isolement, on ne peut pas passer à côté, illustre Sasha De Jonghe, CPPS engagée dans le projet à son démarrage en février. Cela ne fait pas partie de nos thèmes prioritaires, mais si la santé mentale est soulagée, cela permet aussi à la santé physique d'aller mieux. » Bien sûr, l'idée n'est pas d'agir sur tous les déterminants de la santé, précise Moira Fornier : « Les problèmes de logement par exemple, on n'a pas les capacités de travailler là-dessus. Par contre, on peut faire en sorte que les gens qui vivent dans des logements insalubres protègent leur santé. Il faut faire attention au syndrome du sauveur. On a une équipe très jeune, il faut gérer ce genre de questions. »

Pour s'adapter aux besoins, une méthodologie évolutive a été adoptée. « On a commencé par le maillage. Nous allons, par bassin, rencontrer la majorité des acteurs du social et de la santé pour voir qui fait quoi, comment et avec qui. L'objectif, c'est de connaître la première ligne, de nous faire connaître, de voir qui fait de la prévention et de la promo santé, qui veut en faire, qui a besoin de soutien pour en faire. Ce qu'on a fait très vite aussi, c'est établir des liens entre des associations qui ne se connaissaient pas », détaille Moira Fornier.

Trois types d'action sont envisagés : de la prévention tout public en première ligne, par exemple à l'aide de stands sur un marché ; de la prévention en collaboration avec des associations ; de la formation et la montée en compétences de travailleurs associatifs. « C'est le côté le plus durable et qui nous intéresse le plus. Mais aussi l'option la plus difficile », commente Moira For-

nier, qui prévient aussi : « Il y a des choses qu'on ne va pas faire. On ne va pas se transformer en distributeurs de flyers pour les autres. Nos CPPS ne vont pas non plus devenir du staff que l'on prête aux assoc'. On n'est pas là pour remplacer un poste qui manque, mais pour donner un coup de main. »

### Nouveaux projets vs renforts de l'existant

Vingt-trois CPPS et cinq coordinateurs : voilà une nouvelle équipe d'envergure sur le terrain du social-santé à Bruxelles. Comment est-elle accueillie sur le terrain ? « De manière générale, je suis assez bien reçue, dit Sasha De Jonghe. Beaucoup de gens sont dans le rush et un peu noyés. Le fait de pouvoir simplement discuter, puis de proposer du renfort, ça peut faire du bien. D'autres personnes sont moins collaborantes, ce que je comprends. Elles se disent : "encore un dispositif de plus". » Un dispositif de plus, et donc un budget alloué à un nouveau projet alors que l'associatif social-santé souffre de problèmes de financements.

Faut-il créer de nouveaux dispositifs ou renforcer l'existant ? Pour Loredana Tesoro, il n'y a pas l'ombre d'un doute. Elle évoque à ce sujet un autre projet qui a vu le jour à la faveur du Covid, les *community health workers* (CHW). Lancé en 2021 par le ministre fédéral de la Santé Frank Vandebroucke et mis en œuvre par le Collège intermunicipal, son financement couvre l'engagement de cinquante travailleurs en santé communautaire déployés sur l'ensemble du pays avec pour mission de fournir aux personnes précarisées les conseils nécessaires à l'amélioration de leur santé et de favoriser leur accès aux soins. « Ce sont des fonctions assez similaires à ce que l'on tente de faire en maison médicale. Ces travailleurs ramènent ces publics entre autres vers les maisons médicales. Cela pose doublement question : les négociations interministérielles n'amènent pas un renfort de l'existant et en plus on nous renvoie des patients supplémentaires alors que nos maisons médicales sont saturées. C'est démotivant », commente Loredana, qui conserve toutefois une lueur d'espoir : « Un groupe santé communautaire va être créé au sein de la Fédération des maisons médicales fin 2023. J'en espère beaucoup. Pour réussir à parler d'une seule voix et avoir plus de poids dans les lieux de négociation. » ■

## « La santé mentale, l'isolement, on ne peut pas passer à côté. »

sensibiliser le patient aux mesures sanitaires, et venir en aide aux personnes qui en ont le plus besoin.

5. Travailleurs sociaux de terrain qui ont pour mission de travailler sur les déterminants sociaux de la santé et l'accès aux droits en favorisant les liens entre les acteurs social-santé d'un quartier.

6. S. Devlésaver, « Chargé.e.s en prévention et promotion Santé : "de quelle couleur est ton bassin ?" », <https://cbcs.be>, avril 2023.

# LUTTER POUR UNE VILLE HOSPITALIÈRE

**Le droit à vivre en ville pour toutes et tous présuppose et encourage un pouvoir d'attraction ainsi qu'une certaine idéalisation politique du cadre de vie urbain, comme lieu d'émancipation sociale.**

**Marion Alecian, directrice de l'asbl Atelier de recherche et d'action urbaines (ARAU).**

**L**e droit à la ville passe par le droit à un environnement sain et à un confort urbain. Or tous les habitants n'ont pas le choix de leur trajectoire de vie et de leur environnement et il n'y a rien de très volontaire, quand on habite le « croissant pauvre » de Bruxelles, à subir les inégalités et pollutions urbaines exacerbées dans les quartiers les plus densément habités.

Pour dépasser les conditions d'une « simple » survie sociale et conférer à tous les quartiers un confort de vie, l'ARAU accompagne son action urbaine d'un combat pour l'amélioration globale de l'environnement urbain, prérequis indispensable au bien-être et à l'épanouissement de tous les Bruxellois... et à la crédibilité d'une défense universelle du droit à la ville. Mais comment faire de la ville un lieu de vie réellement volontaire ?<sup>1</sup> Comment établir une plus grande justice environnementale favorable à la santé des Bruxellois en travaillant sur les espaces publics ? Quels leviers et raisonnements urbanistiques faire valoir dans les projets urbains qui touchent à des lieux collectifs et partagés ? Comment les politiques urbanistiques peuvent-elles constituer des leviers pertinents pour réduire la dualisation sociale de notre ville et augmenter le confort de vie urbain ? Par une approche évidemment complémentaire aux revendications sociales plus macros partagées par ailleurs : une meilleure distribution des richesses, un accès aux droits sociaux, etc.

## **Les contrats de quartier, un outil urbanistique et social pertinent ?**

La philosophie de la réparation urbaine promue par l'ARAU, dans la logique et continuité même des luttes urbaines (contre la démolition de la ville et pour la défense de ses habitants), a contribué à alimenter la naissance et la légi-

timité des contrats de quartier (1993) dans le contexte de la création de la Région. L'ARAU a de manière générale toujours soutenu la politique de rénovation urbaine en tant qu'outil de réparation de la ville et d'entretien des espaces publics, de création de logements sociaux et d'équipements collectifs, et comme un moyen direct de redistribuer la richesse vers les quartiers les plus pauvres, via une compétence que Bruxelles pouvait maîtriser. Les maisons médicales, parfois incluses dans les dynamiques des contrats de quartier, contribuent d'ailleurs à nourrir des diagnostics ou volets sociaux de certaines opérations. Cependant l'ARAU partage également certaines failles et lacunes de cette politique qui ont fait l'objet d'un bilan critique par le sociologue Matthieu Berger<sup>2</sup>. De manière évidente, les contrats de quartier n'ont ni résorbé les problèmes de pauvreté dans les périmètres concernés ni rééquilibré la fracture sociale et territoriale entre le sud-est et le nord-ouest de la Région... Et c'est effectivement l'aspect matériel, « la brique », qui a prédominé dans les opérations et dans la répartition des moyens financiers alloués. « *Il faut se demander si l'avenir de Bruxelles passe par la rénovation urbaine, par des solutions bâties ou architecturées. On peut penser que l'amélioration des situations sociales et urbaines à Bruxelles ne passe que partiellement par l'amélioration du bâti. [...] Peut-être faut-il penser à un déterminisme autre qu'architectural, un déterminisme environnemental : créer un environnement – composé d'associations, d'institutions, pas que du bâti – pour les gens dans le besoin* », développe-t-il dans les colonnes d'Alter Échos<sup>3</sup>.

Ces investissements urbanistiques devraient encore mieux tirer parti des connaissances du milieu associatif pour remettre l'habitant au cœur de la dynamique de construction des contrats

1. Charte urbaine de l'ARAU, 12 décembre 2022, [www.arau.org](http://www.arau.org).

2. M. Berger, *Le temps d'une politique. Chronique des contrats de quartier bruxellois*, CIVA, 2019, <https://quartiers.brussels>.

3. J. Winkel, « Les contrats de quartier, un outil dépassé ? », *Alter Échos* n° 474, juin 2019.

4. « Cinq nouvelles rues aux Marolles ? », [www.arau.org](http://www.arau.org).

de quartier. Si l'analyse du sociologue est pertinente, elle ne doit pas non plus nous amener à balayer l'importance de projets concrets, et à proprement parler urbanistiques, que les aménagements urbains et contrats de quartier peuvent recouvrir. Il serait plus légitime de s'attarder sur de réels enjeux de rénovation et d'entretien, et moins sur de nouvelles constructions ou opérations de rénovation d'espaces publics qui ont tendance à s'orienter davantage sur le design et l'attractivité que sur la durabilité et les usages quotidiens des habitants... (aspects souvent moins porteurs pour les autorités en matière de communication et de bilan politique). Pourtant, les projets concrets de rénovation d'espace public ont cet avantage de pouvoir intéresser et interpeller directement le public concerné et, quand les processus sont bons, de rendre possible une participation des habitants dans la conception des projets. Et c'est bien là la force historique et la faiblesse actuelle des contrats de quartier : tout en ayant été très précurseurs dans les mécanismes participatifs liés aux projets urbains, ils en ont aussi révélé toute la difficulté. Il n'est effectivement pas évident de citer des contrats de quartier très concluants sur la donne participative. Récemment, l'ARAU a d'ailleurs lui aussi émis un avis très critique sur la rénovation de cinq rues dans les Marolles, demande de permis directement liée au « contrat de quartier durable Marolles » et dont tant le processus participatif que les plans projetés se sont révélés défailants pour les habitants et institutions sanitaires concernées (le périmètre d'action concerne pourtant le quartier le plus pauvre de Bruxelles-ville, et aurait mérité une vigilance et des moyens spécifiques<sup>4</sup>). Toutefois, malgré les défailances connues, le système doit être encouragé et poursuivi, et la participation renforcée : qui de plus légitimes que les habitants pour élaborer le diagnostic d'un quartier, cibler les besoins quotidiens, et revendiquer un environnement sain ?

### Les infrastructures vertes et les espaces publics comme piliers de la santé urbaine

L'accès aux espaces verts participe à la santé physique et mentale des citoyens et constitue un indicateur de bien-être urbain. Une très récente étude américaine<sup>5</sup> est venue préciser ces

benefices et démontrer que vivre à proximité des espaces verts en ville fait gagner plusieurs années d'espérance de vie. Elle encourage dans ses conclusions les urbanistes et aménageurs publics à les placer au même niveau d'exigence que les infrastructures sanitaires, réseau d'égouts, ramassage des ordures... Les urbanistes ayant effectivement tendance à ne retenir les atouts des espaces verts qu'en réponse aux défis du changement climatique (lutte contre les îlots de chaleur et meilleure infiltration des eaux en milieu urbain...) en oubliant les autres gains en matière de santé publique. Si l'on prend l'angle humain et social, on parlera d'ailleurs dans les projets urbains d'« infrastructures vertes » en complément de l'approche naturaliste de réseau écologique plus orientée vers la biodiversité, les deux étant intimement liés. Les fonctions écosystémiques des espaces verts, pour les services évidents rendus à la santé des habitants et de nos villes, devraient donc aujourd'hui être à la base de la conception des projets urbains<sup>6</sup>.

Pour éviter tout vœu pieux, il convient d'implémenter cette perspective verte dans la planologie bruxelloise contraignante. Pour la Région, il s'agit donc de profiter de la révision en cours du plan régional d'affectation du sol (PRAS) – baptisée Share Brussels – pour intégrer de manière règlementaire les mailles vertes et bleues, mais aussi la qualité des sols (la fameuse carte d'évaluation biologique des sols qui classe la friche Jospahat à très haute valeur biologique et qui a indirectement provoqué une crise gouvernementale<sup>7</sup>). Le défi pour les quartiers les plus denses sera par ailleurs de parvenir à suivre une courbe de dédensification permettant la création d'espaces verts ou la verdurisation des intérieurs d'îlots, évolution que les autorités communales et régionales ont bien du mal à amorcer. En effet, les demandes de permis que l'on recense dans le « croissant pauvre » continuent de nourrir une densification des projets de logements, mais aussi un projet de marketing territorial (politique d'attractivité le long du canal), souvent contreproductif pour la qualité de vie des habitants des communes concernées<sup>8</sup>. Sur ces questions, c'est du côté d'une autre réforme en

## Qui de plus légitimes que les habitants pour élaborer le diagnostic d'un quartier ?

5. K. Kyeezu et al., "Inequalities in urban greenness and epigenetic aging: Different associations by race and neighborhood socioeconomic status", *Science Advances*, 28 juin 2023, [www.science.org](http://www.science.org).

6. « Plus de vert et de bleu dans nos villes, Conseil supérieur de la santé, 21 avril 2022, [www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be).

7. La carte d'évaluation biologique (CEB) est un outil qui permet de suivre et d'objectiver la valeur biologique sur le territoire régional. Elle montre les zones d'une (très) haute qualité biologique en Région bruxelloise qui contribuent de manière importante à la protection de la biodiversité régionale (faune, flore et habitats naturels). <https://geodata.leefmilieu.brussels>.

8. C. Di Prima, « Le Plan Canal peut-il relancer Bruxelles », *L'Écho*, 16 septembre 2021, [www.lecho.be](http://www.lecho.be).

cours, le règlement régional d'urbanisme (RRU) – rebaptisé lui Good Living – qu'il faut être attentif. Le milieu associatif a jusqu'à présent alerté sur les risques d'accroissement de la spéculation immobilière (nouveaux projets de tours...), peu bénéfique pour les quartiers denses malgré, il faut le reconnaître, les avancées non négligeables de ce projet de réforme en termes d'incitant pour une plus grande qualité de logement (accès à un espace extérieur, par exemple<sup>9</sup>).

Pour l'ARAU, l'espace public de la rue (le « salon du pauvre » selon la formule de l'un de ses fondateurs) a été placé et restera dans les priorités de sa grille de lecture des projets urbains : pour l'accessibilité des espaces publics face aux dérives de leur privatisation, pour la possibilité de manifester devant celle de marchander, pour une plus grande mobilité active en lieu et place du stationnement automobile, etc.

Aujourd'hui, par exemple, un sujet a priori anecdotique inquiète particulièrement notre association : la suppression des trottoirs au profit d'aménagements de plain-pied (dans les zones piétonnes commerçantes de type rue Neuve, modèle de centre commercial à ciel ouvert, ou encore dans l'hypercentre) : ces aménagements intuitivement favorables à la mobilité douce et dans le courant de la diminution de la pression automobile (que nous revendiquons) sont-ils réellement favorables aux déplacements des personnes les plus fragiles – enfants, personnes âgées, personnes à mobilité réduite... – là où les trottoirs les sécurisaient ? Avant d'être générali-

sé et standardisé, ce type d'évolution devrait directement impliquer les usagers quotidiens de l'espace public. La marche étant le mode de déplacement le plus accessible et universel, mais aussi le plus bénéfique pour la santé, il importe de s'assurer que les projets urbains répondent en premier lieu aux besoins et exigences des déplacements à pied.

### L'air de la ville rend libre... surtout quand il est sain

Face à la paupérisation des conditions de vie qui s'accroît dans les quartiers denses, l'amélioration du cadre de vie dans les espaces communs urbains est primordiale. L'entretien de l'espace public et l'amélioration de l'environnement constituent un objectif urbanistique des plus politiques, qui doit accompagner de multiples autres revendications économiques et sociales. La participation des citoyens aux projets urbains, la sensibilisation préalable aux enjeux environnementaux et aux effets de la pollution sur la santé des habitants nécessitent un investissement continu et croissant des autorités publiques.

La ville n'est pas un organisme vivant qui suivrait une évolution déterministe ou non régulable. La ville est le fruit d'une construction sociale et d'un projet politique qui implique l'engagement de ses habitants, mais aussi des plans contraignants volontaristes visant à atteindre un confort de vie : faire du milieu urbain un véritable lieu de vie volontaire, partout et tout le temps ! ■

### Les constats sur la fracture sociale de Bruxelles

Difficile de développer un point de vue urbanistique sans rappeler la dualisation croissante de la Région, à la fois marqueur et déterminant d'une précarisation dans les quartiers les plus pauvres. Nous renvoyons ici à quelques sources :

- Le dossier en ligne interactif « Bruxelles malade » de *Médor*<sup>10</sup>, qui cartographie les disparités de la Région selon de multiples indicateurs. Les quartiers centraux et denses subissent (au moins) une double peine, les pollutions environnementales se superposant aux indices de pauvreté et favorisant les conditions d'une dégradation des états de santé.
- Lors de ses écoles urbaines, l'ARAU aborde les enjeux de santé publique, notamment la question du non-recours aux droits sociaux ou l'impact du bruit sur la santé des habitants<sup>11</sup>.
- Sur les diagnostics systématiques et institutionnels : le Centre d'expertise régional de référence pour le développement régional et territorial bruxellois ([perspective.brussels](http://perspective.brussels)), dont le rapport « Redéploiement socioéconomique, territorial et environnemental suite à la crise du Covid-19 » publié en 2020.
- L'Observatoire de la santé et du social<sup>12</sup>, qui pointe les cancers, les maladies cardiovasculaires et les maladies de l'appareil respiratoire comme les trois principales causes à l'origine des décès en 2019. ■

9. « La grande élusion », avis de l'ARAU sur le premier projet à l'enquête publique, 23 janvier 2023, [www.arau.org](http://www.arau.org).

10. C. Joie et al. « Bruxelles Malade. Portrait d'une ville où les inégalités fonctionnent en cercle vicieux », *Médor*, juin 2022, <https://bxl-malade.medor.coop>.

11. [www.arau.org](http://www.arau.org).

12. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru>.

# MOUSCRON, VILLE SANTÉ

**La santé au cœur de toutes les politiques? Certaines communes en ont fait une priorité et ont rejoint le réseau des Villes-Santé. On en compte une centaine en Europe et une dizaine en Belgique. Mouscron en fait partie depuis 2007.**

**Pascale Meunier, rédactrice de *Santé conjugulée*.**

Le Programme Villes-Santé a été lancé par le Bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) suite à l'adoption en novembre 1986 de la Charte d'Ottawa<sup>1</sup>, qui « inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard ». Ce programme doit permettre « d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables » et qui tiennent compte de la diversité nationale et locale des systèmes sociaux, culturels et économiques. Les villes qui se sont engagées à généraliser la prise en considération de l'amélioration de la santé dans toutes les politiques sectorielles qui relèvent de leurs compétences se sont peu à peu organisées en réseaux<sup>2</sup>. « Une ville-santé, ce n'est pas une ville qui a atteint un niveau particulier en matière de santé, mais plutôt une ville qui donne une priorité à la santé de ses habitants, qui crée et renouvelle les conditions de bonne santé pour sa population. Il n'y a pas de modèle unique : chaque ville s'appuie sur ses potentialités, ses ressources à tous les niveaux pour déployer sa conception de la santé. Mais pour être reconnue comme ville-santé, il faut concrétiser cet engagement politique explicite dans la durée : mettre en place un processus et une structure adéquate, réorganiser certains services et méthodes de travail, réaliser des actions novatrices. »<sup>3</sup>

La bourgmestre de Mouscron, Brigitte Aubert (Les Engagés), infirmière de formation et ancienne professeure en haute école paramédicale, est entrée en politique comme échevine des Affaires sociales et de la Santé en 2006. Elle brosse un portrait lucide de son territoire : « Nos indicateurs ne sont pas bons. Mouscron est une commune socialement défavorisée. Sur les 262 communes wallonnes, nous sommes dans le trio

de queue. Le diagnostic de l'Observatoire du Hainaut relève de nombreux points d'amélioration possible : assuétudes, obésité, cancer du sein, diabète... On peut travailler dans tous les domaines, tant il y a à faire et tant la santé est transversale. »

## Une maison de la santé

Premier acte posé : la création de la maison communale de promotion de la santé, appelée aussi maison de la santé. C'est un bâtiment bien visible aux abords du siège de l'administration communale. Il héberge le service Phare, spécialisé dans le traitement des assuétudes, l'alcool notamment, ainsi qu'un local sanitaire pour les personnes sans abri : douches et laverie sont accessibles à toute heure.

Un rôle important de la maison de la santé est d'orienter la personne en demande vers les ressources associatives les plus pertinentes. Mais la maison de la santé, c'est surtout une équipe interdisciplinaire d'une dizaine

de travailleurs – assistants sociaux, éducateurs, psychologues, animateurs, etc. – rattachés aux affaires sociales, un échevinat qui couvre aussi les seniors, les personnes handicapées, la prévention, l'abri de nuit, etc. « C'est la santé avec un grand S », résume l'édile, qui est aussi la présidente francophone du réseau belge Villes-Santé. L'équipe traduit les choix politiques en actions, en partenariat avec le secteur médical et le secteur associatif de la ville : centre de planning familial, hôpital, maison de repos, maison médicale, médecins généralistes, services et soins à domicile... Et l'essentiel se passe sur le terrain, comme l'explique Marie Dewaele, coordinatrice de la maison de la santé. « Au quotidien, c'est

**L'équipe traduit les choix politiques en actions, en partenariat avec le secteur médical et le secteur associatif.**

1. <https://apps.who.int>

2. E. Le Goff, R. Séchet, « Les villes-santé et le développement durable : convergence, concurrence ou écran ? », *L'Information géographique* 2011/2.

3. M. Prévost, « Promotion de la santé et développement durable : le cas des villes-santé », *Santé conjugulée* n° 50, octobre 2009.

*beaucoup d'animations dans les écoles, des ateliers de cuisine équilibrée, des animations dans les quartiers : comme les bols bavards, des lieux de convivialité où prendre un café, assister à un atelier, où partager ses idées, ou comme les bars d'eau, des lieux d'accueil pour des personnes en difficultés de vie, en manque de lien social, ayant des problèmes de dépendance liés à la consommation d'alcool.* » Il y a aussi la recherche de subsides évidemment et du travail administratif, aussi essentiels, car sans cela pas de moyens ni de suivi. Parmi les ressources, le plan de cohésion sociale, l'AViQ, et la ville de Mouscron qui salarie une partie du personnel. « *Une volonté politique* », souligne la bourgmestre.

### Des projets au fil de l'an

Cette semaine de fin de vacances, des animations se tiennent dans les maisons de repos, avec des élèves du secondaire qui suivent l'option sociale. Et avec la rentrée, les animations dans les écoles reprennent. Le brevet cycliste, par exemple : un partenariat police/ville/Pro vélo. Les enfants de cinquième primaire apprennent à rouler en ville. Pendant qu'une partie pédale, des animations sur la santé et l'alimentation sont organisées en classe avec les autres. Les écoles sont particulièrement investies par l'équipe de la maison de la santé. Des diététiciennes analysent et valident les menus des cantines communales. À la demande, elles assistent aussi à la distribution des repas dans l'enseignement libre. « *Les choses évoluent positivement, remarque Marie Dewaele. Les règlements sur les collations par exemple. On demande désormais un fruit par semaine, pas de chips... Les plus jeunes deviennent des ambassadeurs auprès de leurs parents et de leurs enseignants.* »

Depuis 2007, Mouscron est également membre de Viasano<sup>4</sup>. Ce programme mobilise tous les acteurs qui gravitent autour de la famille pour bouger et manger mieux. « *Aujourd'hui, poursuit-elle, dès qu'une activité sportive ou culturelle est organisée dans la commune, l'équipe Viasano est là. Elle dispose d'un foodtruck, on y distribue des fruits, de l'eau. Le camion sert de support à des animations, à la diffusion de conseils en santé. On y organise aussi des ateliers culinaires.* »

Tout au long de l'année, des actions visent plus globalement la population. Entre autres, Octobre rose : le mois est consacré à la campagne de sensibilisation au cancer du sein. En général, les journées mondiales sont propices à

la prévention, comme le 1<sup>er</sup> décembre pour la lutte contre le sida. « *Nous distribuons des kits aux jeunes à la gare et au Centre hospitalier de Mouscron (CHM), qui voit passer près de 3000 personnes par jour* », note la coordinatrice.

Un cycle de conférences tout public aborde différents thèmes : le sommeil, l'hyper parentalité, les émotions chez les enfants, les stéréotypes, les sextos chez les jeunes... « *Nous sommes à l'écoute et sensibles aux sujets dans l'air du temps et un sondage fait remonter les thématiques qui intéressent les spectateurs.* » Le CHM y collabore en y envoyant des orateurs, tout comme le Centre hospitalier Gustave Dron, à Tourcoing. La frontière est très proche en effet et cela se traduit historiquement par une certaine fragilité de la population. Mouscron est un ancien fleuron de l'industrie textile qui a drainé pendant près de deux siècles une main-d'œuvre très importante, souvent reléguée dans les quartiers situés à l'ouest de la ville. « *Un alignement de toutes petites maisons, avec juste une fenêtre et une porte* », décrit la bourgmestre. Alors que la densité moyenne de la ville est déjà très forte – 1457 habitants par kilomètre carré contre 207 en Région wallonne –, elle peut grimper à 2500 dans certaines zones.

### Des effets attendus à long terme

Il n'est pas simple de mesurer les effets des actions de promotion de la santé et d'établir un lien direct avec les animations, car si certains indicateurs s'améliorent (moins d'enfants obèses, plus de mammothests), d'autres n'évoluent pas favorablement, comme les conditions socioéconomiques des habitants. La consommation d'alcool et de tabac reste aussi problématique. « *Nous faisons déjà beaucoup de choses, mais nous pourrions encore aller plus loin, aller encore au plus près des habitants* », reconnaît la bourgmestre. Et c'est là que le réseau des Villes-Santé a un rôle à jouer. Toutes ne développent pas les mêmes projets, mais chacune dispose d'un savoir, d'une expérience, d'outils à partager, ce qui permettrait d'agir ensemble à un niveau plus large et d'en inciter d'autres à rejoindre le mouvement. Pour Brigitte Aubert, un préalable reste cependant à régler : toutes les communes du pays n'ont pas encore fait le choix d'un échevinat dédié à la santé. Incroyable, non ? ■

4. [www.viasano.be](http://www.viasano.be).

# QUAND LE MÉDECIN TRAITANT VIENT À MANQUER...

**Jusqu'il y a peu, l'accès à un médecin généraliste était globalement garanti pour l'ensemble de la population. Avec la pénurie de généralistes, aggravée par une répartition géographique inhomogène, de plus en plus de patients ont ou ne vont plus avoir accès à un médecin traitant et se voir dès lors privés d'un ensemble de services essentiels pour leur santé. Otages d'une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins, ils illustrent le concept nouveau d'une « médecine à trois vitesses ».**

**Roger van Cutsem, médecin généraliste à la maison médicale de Ransart et chargé d'analyse à la Fédération des maisons médicales.**

**L**e monde idéal en termes d'accessibilité aux soins médicaux impliquerait des soignants en nombre suffisant et un système d'assurance qui offre un accès maximal et uniforme. Quand l'accès aux soins devient dépendant des ressources financières, émerge alors le concept de médecine à deux vitesses. Est-elle présente en Belgique ? L'Observatoire social européen s'est penché sur la question en 2020<sup>1</sup>. Il constate que « l'accès aux soins de santé en Belgique est, pour l'ensemble de la population, relativement bon. Cependant, il existe de grandes disparités d'accès entre les groupes socioéconomiques ». En ce qui concerne les reports de soins, l'écart entre les plus pauvres et les plus riches serait l'un des plus prononcés de l'Union européenne<sup>2</sup>.

Indépendamment de toute considération de moyens financiers, une nouvelle dimension dans l'inégalité d'accès aux soins est en voie d'émergence en Belgique, créant de ce fait une « médecine à trois vitesses ». La cause en est la pénurie de médecins généralistes, largement documentée par ailleurs. Par exemple en Wallonie, selon les chiffres de juillet 2023 de l'Agence pour une vie de qualité (AViQ), la pénurie sévère (moins d'un généraliste pour 2000 habitants) concerne 51 communes sur 253 et couvre des zones de plus en plus étendues au point que la quasi-totalité de la province du Luxembourg est aujourd'hui concernée<sup>2</sup>. Dans d'autres territoires, comme la botte du Hainaut, cette réalité se complique d'une proportion très élevée de médecins âgés<sup>3</sup>.

Le risque de se retrouver du jour au lendemain sans médecin traitant est donc élevé dans cer-

tains territoires de soins. Avec comme conséquence, une discrimination binaire entre les habitants selon leur accès ou non à un médecin traitant. Celui-ci étant la porte d'entrée la plus efficiente au système de santé de par son rôle de coordinateur de soins au sein d'une première ligne dont la pertinence n'est plus à démontrer.

## Des conséquences néfastes

Le premier enjeu concerne les problématiques aiguës qui constituent une part considérable du travail des médecins traitants. Dès à présent, les services d'urgence des hôpitaux voient affluer de nombreux cas qui relèvent d'une consultation de médecine générale. Cela génère une prise en charge retardée, coûteuse et bien souvent moins appropriée.

Encore plus préjudiciable est la rupture de continuité dans le suivi des pathologies chroniques. Prenons l'exemple du diabète : cette pathologie nécessite des renouvellements de prescriptions médicamenteuses et des examens sanguins pluriannuels qui sont difficilement gérables dans leur planification et leur interprétation par le seul endocrinologue. Sans parler de la vérification régulière de la tolérance et la compliance au traitement souvent lourd, ou de l'accompagnement dans tout ce qui touche à l'amélioration de l'hygiène de vie, pierre angulaire du traitement. Autre enjeu, sans médecin traitant, le patient ne peut avoir accès au tra-

**Le risque de se retrouver du jour au lendemain sans médecin traitant est élevé dans certains territoires de soins.**

1. S. Cès, R. Baeten, *Inequalities in access to healthcare in Belgium*, Observatoire social européen, [www.ose.be](http://www.ose.be).

2. *Ibidem*.

3. F. Hardy, "La pénurie de généralistes s'aggrave en Wallonie, le Luxembourg particulièrement touché", *Le Journal du médecin*, 11 juillet 2023.

3. <https://walstat.iweps.be>.

jet de soins diabétiques et aux aides que ce trajet implique. Traitements moins bien supervisés, évolution de la pathologie mal contrôlée, prise en charge retardée ou inexistante des complications, tout cela génèrera une aggravation des conséquences individuelles et collectives des pathologies chroniques, dont la prévalence augmente dans une population vieillissante.

Une des facettes de la continuité des soins concerne la continuité de l'information. Le développement des dossiers de santé informati-

sés et des « réseaux de santé » dans le cadre de l'e-santé a donné au médecin traitant un rôle crucial dans la conception et l'édition des dossiers de santé résumés (Sumerh). Ce transfert de l'information au sein et entre les niveaux de soins est devenu un élément indispensable à des soins de qualité. Sans médecin traitant, pas de dossier résumé accessible aux autres médecins.

Il est aisé d'imaginer la différence de prise en charge aux urgences d'un patient inconscient, avec ou sans dossier résumé complet accessible immédiatement via une plateforme. À nouveau cette carence se traduira fréquemment par un accroissement évitable de la morbi-mortalité.

Que dire de la prévention, parent pauvre d'un modèle de santé hospitalocentrique? Il est à craindre que la couverture des actions de prévention primaire (vaccination) et secondaire (dépistage) ne se dégrade encore plus au sein des clusters de population privée de médecin traitant. L'impact sur la prévention des complications des maladies existantes a déjà été abordé au sujet des maladies chroniques.

### La continuité relationnelle

Le médecin généraliste est un intervenant privilégié dans l'accueil et l'accompagnement de nombreux problèmes de santé mentale, dont l'incidence augmente. Les mutualités socialistes sont explicites sur le sujet : « *Le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge de la santé mentale. C'est lui qui initie la prise d'antidépresseurs dans trois cas sur quatre et d'antipsychotiques dans six cas sur dix. [...] Ceci peut s'expliquer par leur rôle en première ligne ainsi qu'en*

*tant que premier contact pour bon nombre d'affiliés, mais aussi par le fait qu'ils peuvent être amenés à renouveler des médicaments prescrits précédemment par un psychiatre.* »<sup>4</sup> Où seront déposés les problèmes d'états anxieux ou dépressifs, les problèmes de sommeil, de sexualité, les idées suicidaires, les états de burn-out...? Le rôle d'écoute active, d'orientation, de médicalisation éventuelle par le médecin traitant est indispensable pour réduire le risque de chronicisation de ces problématiques.

La spécificité de l'omnipraticien est sa polyvalence et son rôle de médecin de famille. Cela génère un phénomène bien connu du « syndrome du pas de porte », qui consiste en une question toute différente du sujet principal de consultation et qui survient habituellement en cours d'entretien. « *Au fait docteur, je m'inquiète de cette tache qui grossit sur ma peau* » ou encore « *Mon mari m'inquiète, car il est essoufflé en montant les escaliers.* » Il est peu probable que la patiente parle de son mari à son gynécologue ou de son bouton à son cardiologue. Et pourtant ces motifs secondaires débouchent parfois sur des diagnostics bien plus importants que le motif initial de consultation<sup>5</sup>. À nouveau l'absence d'un interlocuteur polyvalent va générer des délais de diagnostics et de traitements de pathologies potentiellement graves. Certaines conséquences sont ou seront rares, mais symboliquement difficilement acceptables. Une fin de vie au domicile dans le cadre de soins palliatifs est inenvisageable sans la présence d'un médecin traitant. Les équipes de soins palliatifs au domicile ne peuvent intervenir sans lui. L'hospitalisation sera la seule issue dans de telles situations. Enfin, le rôle de coordinateur des soins de première ligne et d'interface entre le patient et les spécialistes et l'hôpital mériterait à lui seul un article.

### « On reconnaît le bonheur au bruit qu'il fait quand il s'en va »

Il est à craindre que l'on doive un jour quantifier les années de vie en bonne santé perdues<sup>6</sup> dues à l'absence de médecins traitants. Au vu de l'ensemble des implications décrites ci-dessus, de façon non exhaustive, les résultats seront probablement dramatiques. Dramatiques, car évitables par une planification et une organisation des soins qui ont fait cruellement défaut ces dernières années. ■

## L'absence d'un interlocuteur polyvalent va générer des délais de diagnostics et de traitements de pathologies graves.

4. L. Bruyneel et al., *Baromètre hospitalier AIM, Inventaire des montants facturés au patient pour des séjours en hôpital général et universitaire*, mai 2022.

5. É. Beaud, V. Cottron, *L'influence du discours du médecin sur l'apparition des motifs de consultation secondairement révélés : analyse conversationnelle à partir d'enregistrements audio de consultations en médecine générale*, Université de Bordeaux, 2022.

6. DALY : indicateur permettant de comparer le fardeau des différentes maladies ou facteurs de risque.

# UNE SEULE SANTÉ, MAIS BEAUCOUP DE QUESTIONS

Face aux maladies émergentes, le concept Une Seule Santé, qui souligne les interdépendances entre la santé des humains, des animaux, des plantes et des écosystèmes, fait l'objet d'une attention grandissante de la part des organisations internationales et même du G20. Alors que l'on travaille à ses premières traductions dans les politiques européennes, le concept semble plus difficilement trouver son chemin sur le terrain.

**Nicolas Antoine-Moussiaux, docteur en médecine vétérinaire, PhD, professeur associé à l'Université de Liège.**

La santé des humains ne peut se concevoir séparément de celle des plantes, des animaux et des écosystèmes qu'ils constituent et partagent, avec l'appui d'une myriade de micro-organismes. Entremêlées, enchevêtrées, ces santés le sont tant qu'il est en fin de compte plus raisonnable de considérer qu'elles ne font qu'une : une seule santé, dont nous devons apprendre à prendre soin. C'est là le cœur du concept Une Seule Santé (souvent évoqué dans ses termes anglais, *One Health*). La convergence des crises écologiques, économiques, sociales, sanitaires interpelle chacune et chacun. Elle met au jour les interdépendances, les fragilités partagées et le besoin de relier : relier pour comprendre et relier pour agir. C'est là une approche dite « systémique » du monde et de nos problèmes, approche qui tient compte des liens et des contextes au moins autant que des entités qu'ils relient et environnent. Reconnaisant et valorisant la diversité des regards portés sur ces problèmes complexes, l'approche systémique vise à changer les choses en comprenant leur dynamique propre.

## Relier est vital

Au fil du progrès des connaissances et de la technique, la spécialisation du travail s'est largement accrue, morcelant le savoir et l'action. C'est une critique récurrente de la médecine moderne que de pointer l'hyperspécialisation comme empêchant de voir le patient dans sa globalité. Ici, le monde est notre patient, démultipliant l'ampleur et la complexité du travail de

coordination et collaboration qui nous attend. L'urgence aussi. Les problèmes auxquels nous faisons face dépassent tout un chacun. Ces problèmes, dits retors ou pernicieux (*wicked problems*), se jouent de nous.

Ils agrègent les complexités biologiques et techniques à la difficulté de l'action collective. Ils se rient des savoirs les plus pointus et nous renvoient à notre devoir d'humilité. Nous sommes là, perplexes face au complexe, indécis face à l'ambiguïté, incertains face à l'incertitude.

Une Seule Santé a le mérite de pointer cette complexité, mais face à l'énormité des enjeux, parle-t-on encore vraiment de santé ? À quelle échelle agir ? Que peut faire le praticien de santé ? Comment faire évoluer les systèmes de santé ? Comment traduire cette idée dans les faits ?

## Né sur le front sanitaire

Formulé en 2004 dans les Principes de Manhattan, à l'initiative de la World Conservation Society<sup>1</sup>, le concept Une Seule Santé est né d'une prise de conscience face aux émergences virales : Ebola, SARS, H5N1... La menace pandémique se faisait en quelque sorte l'alliée objective des enjeux de conservation. Il faut dire que l'expérience de terrain des conservationnistes leur avait fait prendre conscience de la menace infectieuse émergente. En 2010, Une Seule Santé fait l'objet d'un accord tripartite entre l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Orga-

**L'approche systémique vise à changer les choses en comprenant leur dynamique propre.**

1. Avec la participation déjà de l'OMS et de la FAO. [www.oneworldonehealth.org](http://www.oneworldonehealth.org).

## Une Seule Santé pourrait à bon droit se décrire comme une approche tournée vers la prévention.

nisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), et l'Organisation mondiale de la santé animale (OMSA, ex-OIE). La pandémie de Covid-19 intensifie le mouvement, introduisant les termes *One Health* dans les agendas politiques. Rejointe en 2022 par le Programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE), la Tripartite s'est muée en une Quadripartite. La mise en place de collaborations entre les secteurs, on le voit, est un processus d'ouverture lent. En l'espèce, le secteur de l'environnement s'est révélé le grand oublié pendant longtemps et encore trop souvent, malgré le rôle précurseur joué par la Wildlife Conservation Society. Les auspices biosécuritaires sous lesquels l'approche Une Seule Santé est née, mettant l'humain face à une nature étrangère et menaçante, n'ont en effet pas favorisé le dialogue avec le secteur de l'environnement. L'intégration de ce dernier dans la démarche Une Seule Santé marque et accompagne la nécessaire transition d'une logique de riposte face aux menaces vers une logique de soin des écosystèmes, auxquels nous appartenons.

### Sortir d'une logique de pompier

Si les maladies émergentes et la « pandémie silencieuse » de l'antibiorésistance ont servi de révélateurs à l'approche Une Seule Santé, elles ne doivent pas en être un carcan. C'est devenu une antienne : la santé ne se limite pas à la simple absence de maladie, encore moins spécifiquement infectieuse. Appliquant l'idée aux écosystèmes et à leurs habitants, le concept Une Seule Santé devrait élargir encore notre compréhension de la santé. Or, parfois, il semble la rétrécir. Cette focalisation sur la menace infectieuse contredit l'approche systémique et rend le concept inopérant. Développer des systèmes de surveillance et de contrôle précoce des émergences, se préparer à réagir de façon coordonnée, c'est en effet nécessaire, mais ne dispense pas d'impulser des changements plus profonds qui permettraient idéalement de prévenir.

En effet, l'approche Une Seule Santé pourrait à bon droit se décrire comme une approche tournée vers la prévention, le plus en amont pos-

sible, une « prévention profonde »<sup>2</sup>. Encore ancré dans l'idée de juguler les menaces, ce dernier concept ouvre néanmoins à une approche positive de la santé, une « salutogénèse », une promotion de la santé qui tirerait parti de la diversité des connaissances et des perspectives pour considérer conjointement la santé des humains, des animaux, des plantes et des écosystèmes. Cette idée sous-tend la récente définition du concept Une Seule Santé établie par le groupe d'experts commissionné par la Quadripartite (One Health High-Level Expert Panel)<sup>3</sup>. Créant explicitement la connexion avec les enjeux de développement durable, cette définition ouvre sur un champ large d'actions pour une santé partagée. Un champ trop large peut-être, qui nous ramène au problème de mise en œuvre.

### Régler le problème d'échelle

Une autre difficulté est que le concept Une Seule Santé est avant tout promu dans une logique hiérarchique descendante : des guides et recommandations sont produits par les institutions internationales afin d'être mis en œuvre par les pays. Des instruments de coordination sont créés et les outils normatifs internationaux sont travaillés afin de s'accorder et d'amener les secteurs à collaborer<sup>4</sup>. Cette part de la mise en œuvre s'adresse ainsi au politique et à la gestion publique. Aussi, ces efforts posent l'échelle (inter)nationale comme échelle d'action première. Or, en bon accord avec la pensée systémique, l'approche Une Seule Santé intéresse tous les niveaux d'action, du mondial au local, en interdépendance. C'est donc à tous les niveaux qu'il faut réaliser des efforts de collaboration et créer des connexions avec les échelles d'action plus locales ou plus générales. En fait, il ne se pose pas de problème d'échelle. L'échelle est bien ici un outil à mobiliser, pour monter et descendre entre les niveaux, et coordonner les changements de terrain en lien avec les changements du cadre national ou international, dans une idée de « santé globale ». L'enjeu pratique est celui de la création de liens. Les idées et les actions suivront.

### Une Seule Santé, en pratique(s)

Le concept Une Seule Santé nous amène à penser plus largement, à contacter des personnes nouvelles, à rechercher des avis nouveaux, des appuis nouveaux. Contacter plus facilement des

2. Commission européenne, *EU Global Health Strategy : Better Health for All in a Changing World*, 30 novembre 2022.

3. Déclaration conjointe du Groupe tripartite (FAO, OIE, OMS) et du PNUE, 1<sup>er</sup> décembre 2021, [www.who.int](http://www.who.int).

4. En tête, l'outil d'évaluation externe conjointe (JEE) du Règlement sanitaire international et l'outil de suivi des Performances des services vétérinaires (PVS), couplé à travers des National Bridging Workshops.

personnes en dehors de notre profession, en dehors de notre secteur d'activité, pour s'intéresser aux facettes des problèmes de santé qui jusque-là restaient dans l'ombre de notre ignorance. Bien sûr, toutes les situations professionnelles ne le nécessiteront pas. La spécialisation a du bon et nombre de bonnes pratiques sont en effet de bonnes pratiques. Mais, face à la complexité, de nouvelles pratiques doivent émerger. Cette complexité se pose aussi au niveau local, appelant un abord plus complet, durable, préventif de la santé humaine.

Dans nos contextes (post)industriels, trois enjeux constituent des appels et des clés pour de nouvelles collaborations : le verdissement des villes, les systèmes alimentaires, ou encore la communauté de bien-être entre l'humain et les animaux domestiques.

Le verdissement des villes – les périodes de confinement l'ont bien mis en évidence – est crucial pour promouvoir un bien-être social et mental. Il fournit un soutien à la biodiversité, apporte les fameux services écosystémiques au cœur de l'habitat humain, notamment face aux îlots de chaleur, aux inondations. Mais les questions ne manquent pas, y compris concernant des impacts négatifs : allergies, maladies vectorielles et zoonoses... Il importe d'impliquer le secteur de la santé dans cette réflexion.

L'alimentation est une condition première de notre santé, physique, certes, mais aussi d'un bien-être social et mental. Or, la manière dont nous produisons notre nourriture a un impact majeur sur les écosystèmes, mais aussi sur notre économie et notre bien-être social. En accompagnant chacune et chacun pour une prise en main de son alimentation en accord avec ses besoins, nous pouvons aussi générer des bénéfices de santé bien au-delà du seul équilibre nutritionnel. Les animaux domestiques, qu'ils soient de travail, de production, de sport ou de compagnie, sont nos compagnons de fortune et d'infortune. Ils peuvent apporter soutien et bien-être aux personnes, mais partagent également nos souffrances : pauvreté, froid et chaleur, malnutrition, violences économiques, violences domestiques... Ces enjeux impliquent des professionnels de la santé aux côtés de vétérinaires, psychologues, travailleurs sociaux...

En décentrant un peu le propos, nous pouvons aussi nous demander comment la santé hu-

main peut contribuer à la santé des animaux et des écosystèmes. Comment soigner sans nuire à d'autres ? Cette question de l'empreinte écologique des soins de santé appelle à les repenser de l'intérieur, depuis la pratique. Voilà un chantier concret d'Une Seule Santé qui nous éloigne du seul spectre des zoonoses à potentiel pandémique.

### De nouvelles aptitudes à prendre soin

Le concept Une Seule Santé invite les professionnels de la santé, déjà ouverts à la collaboration interdisciplinaire par la complexité propre à leur domaine, à élargir et approfondir encore cette aptitude. Élargir, car il s'agit de comprendre un champ plus large de professionnels, leurs langages, leurs inquiétudes et priorités, leurs apports potentiels à nos problématiques, nos apports aux leurs. Approfondir, car il s'agit de les considérer *in fine* comme des partenaires à part entière de la santé. Depuis la santé animale, l'urbanisme, l'agriculture, la foresterie... tous peuvent être des acteurs de la san-

té, légitimes pour nous conseiller et influencer nos manières d'agir. De nouvelles aptitudes doivent être acquises, des aptitudes à une interdisciplinarité large qui appelle à revisiter de façon critique nos manières de voir, penser, dire et faire. Les dynamiques nécessaires sont collectives et requièrent donc une implication des professionnels de la santé dans les politiques locales, dans l'associatif, dans un entrepreneuriat social. L'implication récente du Centre liégeois de promotion de la santé (CLPS) au sein du festival Nourrir Liège<sup>5</sup> représente un premier exemple d'une telle implication pratique, pour apprendre de l'autre et avec l'autre.

L'approche Une Seule Santé nous engage ainsi sur un chemin d'apprentissage mutuel et partagé, dont nous ne pouvons savoir aujourd'hui où il mènera et ce que nous en retirerons. En effet, l'approche proposée ne réduit pas l'incertitude. Comme principe d'action créative, elle génère même probablement davantage d'incertitude, positive en l'occurrence, de l'espoir en somme. ■

**Les dynamiques nécessaires sont collectives et requièrent donc une implication des professionnels de la santé dans les politiques locales.**

5. Ch. Jonet, « Nourrir la ville », *Santé conjugquée* n° 102, mars 2023.

# LA PARTICIPATION EN SANTÉ, DERRIÈRE LA POLYSÉMIE

On observe dans le monde de la santé un essor associatif grandissant, une multiplication des causes investies et une diversification des modalités de mobilisation. L'un des dénominateurs communs de ces modifications variées est le souhait d'inclure les patientes et les patients. Ce souhait s'inscrit dans une dynamique participative observable dans de nombreux domaines, dont la santé. Cette apparente unité masque en réalité une pluralité conceptuelle et pratique qu'il est sain d'aborder pour renforcer les aspirations politiques contemporaines.

Simon Lemaire, assistant et doctorant en sociologie, membre de l'institut Transitions (UNamur).

## Proxisanté et le PSSI s'inscrivent dans cette dynamique participative.

L'expansion du cadre participatif dans le domaine de la santé suit la logique évolutive des modes d'action publique. D'un État-providence, redistributeur et organisateur de services, nous passons à un État-réseau, émetteur de « droits autonomes » orientés vers l'expression des capacités citoyennes et la possibilité d'autodéfinition des individus. En conséquence, « se font jour, par le biais d'associations représentatives, des revendications d'implications des usagers ou des représentants d'usagers, dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques les

concernant, comme d'ailleurs dans certaines instances [...]. Dans un monde contrôlé jusque-là essentiellement par les professionnels, ces nouveaux interlocuteurs demandent que leur soit reconnue une compétence, d'ailleurs irremplaçable, dans l'élaboration de politiques respectueuses des patients », écrivait Jean-Louis Genard, philosophe, sociologue et professeur à la faculté d'architecture de l'ULB<sup>1</sup>.

D'après lui, la possibilité de reconnaissance de compétences chez les individus atteints d'une maladie s'explique par l'émergence d'une nouvelle anthropologie capacitaire, une conception de l'humain apte qui ne serait non plus disjonctive, séparant les capables des incapables (autrefois, les malades), mais bien conjonctive<sup>2</sup>. Être humain, dit-il, était depuis le siècle des Lumières et jusqu'à la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle associé au fait d'être un agent, dans l'action, fai-

sant preuve de raison de manière autonome, capable, responsable et libre (par opposition à patient, passif, passion, émotion, hétéronomie, incapacité, irresponsabilité et déterminisme). Graduellement, ce rapport entre un pôle capable et un pôle incapable se modifie jusqu'à ne plus s'opposer. Les individus ne sont donc plus versés de manière définitive dans un pôle capable-incapable mais situés sur une échelle évoluant de l'un à l'autre, un entre-deux dynamique).

Conséquemment, les personnes concernées, devenues maintenant « usagers » et « usagères »<sup>3</sup> ou « patients contemporains »<sup>4</sup>, sont en mesure de revendiquer une posture épistémologique légitime – une position relative à un ensemble de connaissances – et de transmettre des savoirs originaux au monde de connaissances lié à leur condition<sup>5</sup>. La posture épistémologique des professionnels partenaires de santé est elle aussi progressivement légitimée, à l'instar du développement des sciences infirmières<sup>6</sup>. Voilà brièvement résumé le contexte légitimant l'expansion associative sanitaire, un contexte appelant à redistribuer les cartes dans le monde de la santé.

### Plusieurs échelles citoyennes

En assumant la pertinence de postures épistémologiques s'écartant du modèle médical canonique plaçant le ou la médecin en unique regard légitime, Proxisanté et le Plan social santé intégré (PSSI) s'inscrivent dans cette dynamique participative. C'est en se voyant proposer un dispositif de concertation que la pluralité de ces

1. J. L. Genard, J. Y. Donnay, « L'action publique en matière de santé mentale », *Revue nouvelle* n° 2, février 2002.

2. J. L. Genard, F. Cantelli, « Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques », *SociologieS*, 2008.

3. P. Lascoumes, « L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile », *Politiques de management public*, 25(2), 2007.

nouvelles perspectives légitimes est appelée à contribuer et participer. Le travail associatif et ces nouvelles inclusions ne font pas pour autant l'unanimité. Similairement aux réserves participatives générales, il est reproché à l'inclusion des patients d'être avancée sans être réellement effective, et de se maintenir au stade de la figuration. Les principales critiques dénoncent une déresponsabilisation étatique et professionnelle à travers l'application d'un principe néolibéral sous couvert d'une forme démocratique<sup>7</sup>, ou regrettent l'instrumentalisation de ces associations par les industries pharmaceutiques, par les associations elles-mêmes, par le monde médical ou académique<sup>8</sup>. Les lacunes pratiques aux volontés politiques égalitaires et inclusives sont fréquemment soulignées.

Nombreuses sont les tentatives d'élaboration des degrés de la participation sanitaire, à l'instar, entre autres, de Eve Bureau-Point et Judith Hermann-Mesfen à partir de l'échelle de la participation proposée par Arsntein en 1969<sup>9</sup> : « Si un courant dominant dans la médecine pense effectivement le patient au centre du système de santé, cela ne signifie pas pour autant une uniformité d'usages. Le patient "acteur", "informé", "expert", "partenaire", "autonome" diffère selon les contextes. Ces notions renvoient à une rhétorique floue qui se traduit souvent par des pratiques très hétérogènes en fonction des niveaux de participation au système de santé. L'échelle de la participation citoyenne rend compte des multiples usages du terme de participation et des différents niveaux de participation des citoyens dans les mécanismes de prise de décision : la participation du patient dans le système de santé va d'une forme de manipulation (non-participation) à différentes formes de coopération symbolique (tokenism) et de contrôle des patients (participation effective). Dans la première, ceux qui ont le pouvoir le gardent (participation instrumentalisée où le patient est un auxiliaire du système de santé). Dans la seconde, les patients peuvent se faire entendre, mais n'ont pas le pouvoir de décider. La dernière traduit une redistribution des pouvoirs et une réelle influence des patients sur les décisions. Cela permet de rappeler l'ambiguïté inhérente aux messages de santé basés sur la participation citoyenne, qui se répandent dans la société. Concrètement, on peut tout autant faire participer des patients pour leur permettre d'augmenter la maîtrise de leur vie (empowerment) que pour obtenir des informa-

tions personnelles utiles à une technique de soin. Fin ou moyen, la participation des patients peut reposer sur des valeurs tout à fait différentes »<sup>10</sup>.

Un autre exemple, de Patrick Hassenfeutel, est relevé dans un article de Pierre Lascoumes : il retient « cinq niveaux de participation : le premier est celui du discours managérial qui conçoit le rapport à la clientèle comme une technique de réorganisation et de mobilisation du personnel ; le second correspond à des efforts de modernisation des fonctionnements organisationnels par le renforcement de la communication avec les usagers, les dispositifs d'information [...], les structures d'accueil, le recueil des opinions (enquête de satisfaction) ; le troisième correspond aux formes de démocratie de proximité qui s'efforcent de structurer dans une certaine continuité les échanges sur la connaissance des besoins, la recherche de solutions et le suivi des décisions prises ; le quatrième niveau est celui de "l'empowerment" [...] qui renvoie à la reconnaissance d'une identité légitime et à l'attribution de moyens d'action (juridiques et financiers) à des groupes de contre-pouvoir ; le cinquième est le niveau d'une démocratie participative pleine et entière qui combine différents types de représentation (politique, groupes d'intérêts organisés, minorités) et articule des procédures de délibération différenciées. »<sup>11</sup> Multiples sont les modalités participatives et leurs classifications, mais de ces deux échelles citoyennes, on peut retenir plusieurs critères renforçant ou affaiblissant un processus se décrivant comme participatif. Leurs diversités se mesurent premièrement à partir du degré de « participation » des citoyennes et des citoyens, c'est-à-dire de l'importance de leur influence sur l'éventuel commun en co-construction. Les informer d'un projet déjà en cours, leur demander de se prononcer à ce sujet et prendre ou non en considération leurs remarques, voilà qui est bien loin de l'idéal participatif de philosophies politiques attentives à l'influence concrète des gens. Si l'on s'inspire de l'échelle de Arsntein, il importe de fait qu'un réel pouvoir de décision et d'action soit laissé aux personnes concernées. Aussi, pour Joëlle Zask<sup>12</sup>, participer n'est possible que si les citoyennes et les citoyens prennent part, contribuent et bénéficient d'une part. Soit, s'ils et elles

## Le travail associatif et ces nouvelles inclusions ne font pas pour autant l'unanimité.

4. E. Bureau-Point, J. Hermann-Mesfen, « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & Santé* n° 8, 2014.
5. A. Allen, "Power/knowledge/resistance : Foucault and epistemic

injustice", *The Routledge handbook of epistemic injustice*, 2017.

6. M. Kaunonen, « Institutionnalisation des sciences infirmières : comparaisons internationales », *Nouvelles coopérations réflexives en santé*, Éditions des archives contemporaines, 2014.

7. J. L. Genard, « Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance », *Destins politiques de la souffrance*, Erès, 2009.

8. P. Lascoumes, *op cit.* ; E. Bureau-Point, J. Hermann-Mesfen, *op cit.*

9. S. Arnstein, "A Ladder of Citizen Participation", *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 1969.

s'inscrivent dans un commun que leur inscription modifie. Sans cette transformation et la possibilité laissée par l'environnement participatif, on ne peut parler de participation pour la philosophe. Sans la co-construction à toutes les étapes du dispositif, point de concertation dans ce modèle philosophique.

### Une épreuve politique ?

Une deuxième modalité se dégage de la seconde échelle présentée. De fait, les trois derniers niveaux identifiés par Hassenfeutel sont inscrits dans une temporalité longue et non ponctuelle. Cela invite à dévoiler ce qui est pratiquement caché derrière le terme « concertation ». De

## Participer ou concerter est parfois confondu avec délibérer.

manière analogue à la polysémie du terme « participation », il convient d'être explicite quant aux modalités organisationnelles, pratiques et temporelles des aspirations inclusives. Ainsi, participer ou concerter est parfois confondu avec délibérer<sup>13</sup>. Or le modèle philosophique de la délibération est construit sur d'exigeantes

bases. À le suivre, par exemple, nous devrions observer des échanges publics, rationnels, transformant le bien commun et débouchant sur une prise de décision à partir de la délibération, et seules sont légitimes les décisions basées sur ce type d'échanges.

Au-delà de la multiplicité philosophique contenue derrière le terme « participation », je souhaite donc relier les inquiétudes participatives à celles portant sur l'acte de participation en lui-même. Participer, comme l'avance Mathieu Berger, c'est concrètement se mêler et rejoindre un groupe<sup>14</sup>. Le sociologue fait de la participation ce qu'elle est en premier lieu, malgré toute divergence philosophique : une réalité empirique qui nécessite des capacités diverses et variées pour être menée à bien par ses différents protagonistes, une situation de coprésence qui peut en elle-même constituer une épreuve... politique. Au-delà de la pluralité de modèles politiques cherchant à inclure citoyens et citoyennes, se combine une pluralité d'actes participatifs, de pratiques consultatives, de rencontres, numériques ou non, de discussions, délibératives ou non, d'échanges, asymétriques ou non. Soit pour des asymétries de statut lors de la rencontre, soit pour des diversités communicationnelles, soit

pour le stigmate de certains publics ou encore pour des différentiels d'aisance lors de la discussion, ces rencontres concrètes peuvent être naviguées de manière plus ou moins inégale par les individus mobilisés. Une réelle réflexion sur la concertation en pratiques est donc primordiale. En plus de rappeler que la concertation n'est qu'un des gradients pensés sur les différentes échelles citoyennes, soulignons donc que ce gradient n'est pas que conceptuel. Il est également pragmatique, fait de pratiques et d'actes concrets qui eux aussi peuvent renfermer des entraves à l'inclusion idéalisée formulée par tout processus se définissant comme participatif. Il convient d'interroger les actes façonnant la concertation dans le cadre des réformes qui animent les réflexions de ce dossier, car ils renferment potentiellement les freins à leurs propres aspirations philosophiques.

La simple aspiration participative des projets animant le monde politique du social et de la santé belge est déjà un sujet de réjouissance. Elle invite à la réflexivité collective en vue de renforcer, concrétiser et pérenniser les voies que prennent nos modalités politiques. Nous avons souhaité outiller cette réflexivité en repositionnant la position concertatrice comme l'un des gradients citoyens de la participation sur une échelle façonnée sur base de degré d'influence dans la co-construction d'un commun et en rapportant ce gradient à une pluralité d'activités pratiques elles-mêmes brassant une série de capacités et compétences participatives pouvant varier et minimiser les effets pratiques de volontés philosophiques participatives<sup>15</sup>. Il importe donc de suivre les traces de la participation depuis les rencontres concrètes jusqu'à l'élaboration de projets, impliquant une explicitation du terme « concertation » et de ses pratiques.

Si les chercheurs et les chercheuses de la participation cultivent la prudence, c'est que l'optimisme participatif occulte fréquemment qu'en ses modalités philosophiques et ses pratiques concrètes sommeillent potentiellement ses propres chaînes. La *phronesis* aristotélicienne, l'intelligence pratique, est un outil bénéfique dans la mise en place du PSSI et de Proxisanté, afin qu'au plaisir politique de toutes et tous, nous réfléchissions réellement, et durablement, ensemble aux modalités collectives des traitements de la vulnérabilité sanitaire et sociale. ■

10. E. Bureau-Point,

J.Hermann-Mesfen, *op cit.*

11. P. Lascoumes, *op cit.*

12. J. Zask, *Participer. Essai sur les formes démocratiques de la participation*,

Le Bord de l'eau, 2011.

13. L. Blondiaux, *Le nouvel esprit de la démocratie-actualité de la démocratie participative*, Média

Diffusion, 2017.

14. M. Berger, « S'inviter dans l'espace public.

La participation comme épreuve de venue et

de réception »,

*SociologieS*, 2018.

15. M. Berger, J. Charles, « Persona non grata. Au

seuil de la participation »,

*Participations* n° 2, 2014.