

KARINE
BOUSSART

VALENTINA
MARZIALI

JACQUES
MORIAU

RÉPONDRE AUX BESOINS
DE TOUS LES HABITANTS
EN DÉFINISSANT UNE
OFFRE DE BASE

CREBIS

Pour citer ce rapport : Boussart, K., Marziali, V., Moriau, J. (2025). Répondre aux besoins de tous les habitants en définissant une offre de base - Apports d'une recherche bruxelloise. CREBIS.

Mise en page : Equipe Communication du Forum - Bruxelles contre les inégalités

Editeur responsable :

Le Forum - Bruxelles contre les inégalités
40, rue Fernand Bernier
1060 Saint-Gilles
0897.733.317
info@le-forum.org

INTRODUCTION

Que ce soit en Belgique, terrain de notre recherche, en France ou encore au Québec, la rencontre de termes comme territorialisation ou universalisme proportionné (UP) est inévitable lorsqu'on s'intéresse à l'organisation des services sociaux et sanitaires. Par territorialisation, nous entendons l'organisation de l'offre d'aide et de soins à partir des réalités locales, dans une logique de proximité et d'intégration. L'universalisme proportionné, quant à lui, vise à garantir l'accès de toutes et tous aux services essentiels, tout en allouant des moyens supplémentaires là où les besoins sont les plus aigus.

Le modèle territorial du social-santé est encore à l'aube de son développement à Bruxelles. Le [Crebis](#) (Centre de Recherche Bruxellois sur les Inégalités Sociales) a été mandaté pour accompagner son implémentation. Le Crebis a pour objectif de renforcer les liens entre les mondes de la recherche et de l'intervention sociale dans un but de justice sociale. À l'initiative de deux associations bruxelloises particulièrement bien implantées dans le secteur social-santé, [Le Forum - Bruxelles contre les inégalités](#) et le [CBCS](#) (Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique), le Crebis bénéficie d'un ancrage fort sur le terrain. Il pratique une recherche engagée et collaborative visant la transformation sociale et défendant des processus de recherche qui refusent la hiérarchisation des savoirs expérientiels, professionnels et théoriques.

Dans une première partie, nous présenterons la nouvelle organisation territoriale bruxelloise prônée par le Plan Social Santé Intégré (PSSI). Nous exposerons également quelques éléments en lien avec la situation socio-sanitaire bruxelloise et clarifierons la configuration politique en vigueur en Région bruxelloise. La deuxième partie fera état de la recherche menée par le Crebis, son objet, son mode opératoire et ses résultats généraux. En troisième et dernière partie, nous présenterons les contributions de cette recherche à la lumière des concepts de territoire, de gouvernance et d'inclusion. Enfin, nous concluons par quelques pistes de recherche à poursuivre.

LE PLAN SOCIAL SANTÉ INTÉGRÉ ET LE CONTEXTE BRUXELLOIS

Afin de cerner le cadre dans lequel s'inscrivent les principes de territorialisation et d'universalisme proportionné, nous évoquerons ci-dessous le [Plan Social Santé Intégré](#), la situation socio-sanitaire bruxelloise et l'organisation politique en vigueur.

Le Plan Social Santé Intégré bruxellois (PSSI)

Le Plan social-santé intégré (PSSI), lancé en octobre 2022 par le Ministre bruxellois des Affaires sociales et de la Santé, propose une nouvelle approche pour l'offre d'aide et de soins afin de répondre aux enjeux sociaux et sanitaires de la Région bruxelloise. Il repose sur 8 principes structurants : promotion de la santé, intégration et découplage, approche territorialisée, responsabilité populationnelle, universalisme proportionné, accès aux droits, à l'aide et aux soins, approche genrée, appui et évaluation des politiques par les savoirs académiques, professionnels et expérimentiels.

« L'objectif général de ce Plan Social Santé intégré est la production d'un modèle re-

nouvelé de l'offre de l'aide et du soin qui repose sur un usage plus intégré de tous les moyens disponibles. Il s'agit de pouvoir offrir un service de base à l'ensemble de la population bruxelloise tout en atteignant les personnes les plus éloignées de l'aide et du soin. »¹

Afin d'assurer à la fois un service à la population la plus éloignée de l'offre et une organisation plus intégrée entre acteurs de terrain, le Plan introduit deux échelles territoriales : les quartiers social-santé (56 quartiers en Région bruxelloise comptant chacun en moyenne 25.000 habitants) et les bassins social-santé (5 bassins en Région bruxelloise comptant chacun en moyenne 250.000 habitants) (voir illustration 1). Les 56 quartiers sont classés en fonction d'indicateurs socio-écono-

miques et sanitaires afin de dégager un ordre de priorité dans les actions à mener. Les quartiers prioritaires (les plus précarisés) reçoivent alors un financement pour déployer des Contrats Locaux Social Santé (CLSS). Via leur référent de quartier attribué et en concertation avec les prestataires social-santé actifs sur le quartier, les CLSS ont pour mission de réaliser un diagnostic du quartier sur les besoins, l'offre et les manques, d'élaborer un plan d'actions, d'animer des groupes de travail et de suivre l'implémentation du plan d'actions. La mise en place des CLSS se fait en deux phases (2021 et 2023) pour couvrir la Région entière à terme. Ils sont encadrés par les coordinations sociales des Centres Publics d'Action Sociale (CPAS). Ces dernières réunissent acteurs publics et privés et in-

terviennent principalement sur la lutte contre la précarité, le non-recours et les inégalités. Dans les quartiers sans CLSS, les coordinations sociales peuvent mener des diagnostics de quartier et définir des actions prioritaires.

Les niveaux territoriaux envisagés dans le PSSI sont délimités et officialisés par des textes réglementaires. Toutefois, comme le disait Crozier en 1979, « on ne change pas la société par décret ». Le PSSI s'inscrit dans une démarche volontariste, moteur de changement social, mais il ne peut produire d'effets sans accompagnement. Dès lors, une fois les bassins constitués, des organisations d'appui dans le domaine du social et de la santé ont organisé des Ateliers du Changement (ADC) dont l'ambition était de réunir les professionnels de terrain et les

habitants d'un même bassin pour les informer des réformes en cours mais aussi pour récolter des informations sur les besoins et priorités propres à chaque bassin. Ces ateliers étaient conçus comme des espaces de discussion et de réflexion sur les enjeux liés à la réorganisation territoriale de l'offre social-santé². Ces rencontres ont aujourd'hui été pérennisées dans des « conseils d'action bassin » qui réunissent les acteurs de terrain trois fois par an.

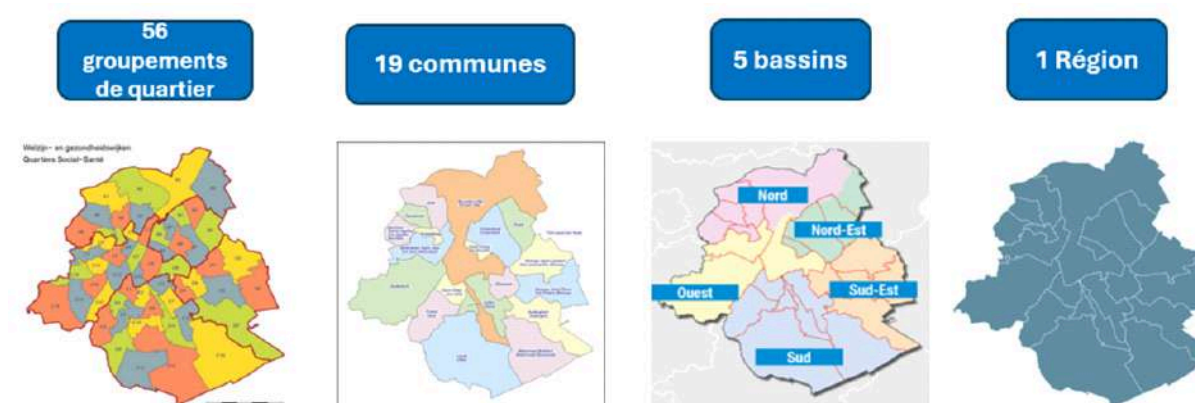
Les rencontres au niveau des bassins et le découpage de la Région en 56 quartiers visent à répondre à une détérioration progressive et critique de l'état de bien-être de la population bruxelloise. « Le diagnostic socio-sanitaire bruxellois (...) exige de prendre des mesures fortes,

ciblées et structurées, pour réduire les déséquilibres les plus importants et construire une offre d'aide et de soins articulée et capable de répondre aux besoins essentiels de toutes les personnes vivant à Bruxelles »³. Pour saisir l'urgence de la situation, il nous semble essentiel de dresser un portrait de la situation socio-sanitaire bruxelloise.

Situation socio-sanitaire bruxelloise

La situation socio-sanitaire de Bruxelles révèle l'urgence de la réforme. On entend par secteur social-santé les opérateurs de première ligne procurant aux per-

Illustration 1



Boussart K., Marziali V., Moriau J. (2025), Rapport de recherche, Accompagnement à la mise en place du PSSI – étude pilote sur l'offre de base

sonnes en besoin, des services dans les domaines entre autres de la santé (physique et mentale, préventive et curative), des assuétudes, des aides sociales, du planning familial, de la médiation de dettes, des aides à domicile, de l'accueil téléphonique, ...

Si la Belgique est reconnue comme un pays proposant une couverture sociale avancée (elle se place 5^e en termes de PIB/habitant au sein de l'Union européenne⁴), des disparités régionales existent et l'état de santé et de bien-être des Bruxellois et Bruxelloises se détériore. Nous reprenons ci-dessous trois grandes tendances.

Premièrement, la pauvreté structurelle. Près d'un tiers de la population bruxelloise (soit 415.000 personnes) risque de sombrer dans la grande pauvreté contre un cinquième au niveau national. Les écarts intrarégionaux sont frappants : entre la commune bruxelloise la plus pauvre et la plus riche, on observe jusqu'à six années d'écart d'espérance de vie, une mortalité infantile quasi doublée, et une dépendance aux compléments sociaux à la pension plus que quintuplée.

Les différences de profils de situation sociale et sanitaire de la population dans les différentes communes sont une première raison invoquée pour territorialiser aide et soins : organiser une approche adaptée, et donc différenciée, à la composition et aux besoins de la population.

Deuxièmement, la complexification des problématiques. Le pourcentage de la population déclarant au moins deux maladies chroniques a augmenté entre 2001 (11,4%) et 2018 (15,2%)⁵, le report de soins pour raisons financières est passé de 32% en 2015 à 44% en 2022⁶ et les troubles psychiques et du comportement représentent désormais plus de 37% de tous les malades de longue durée⁷.

Cette combinaison de précarité et de complexification est une deuxième raison plaidant pour une organisation territoriale où les acteurs travaillent plus et mieux en réseau pour répondre ensemble aux besoins croissants et complexes.

Troisièmement, la population invisibilisée. En 2024, 9.777 personnes ont été dénombrées à Bruxelles comme sans chez-soi ([+24,5% en trois ans](#)) et les

personnes sans titre de séjour valable y sont estimées à 52.000 à 100.000 personnes (pour 112.000 et 160.700 personnes en Belgique)⁸.

Par ailleurs, 60% de la population bruxelloise, soit plus de 700.000 personnes, avaient une nationalité non-belge à la naissance dont une partie ne maîtrise pas les langues nationales, ce qui génère des besoins spécifiques en matière d'accompagnement d'aide sociale et de soins.

En résumé, Bruxelles est confrontée à un double défi : répondre à une pauvreté et des inégalités structurelles plus fortes qu'ailleurs en Belgique, et gérer la complexification croissante s problématiques sociales et sanitaires. Cette situation constitue une justification centrale à la territorialisation de l'offre, qui doit permettre d'adapter les réponses aux besoins différenciés des quartiers tout en renforçant le travail en réseau.

Organisation politique bruxelloise

Cette urgence se heurte toutefois à une organisation politique complexe, qui constitue un défi supplémentaire. Rappelons que la Belgique est un pays fédéral où les compétences sont réparties entre les niveaux fédéral, régional et communautaire. Elle se découpe en trois régions : la région flamande, la région wallonne et la région de Bruxelles-capitale. Les compétences des régions se sont étendues au fil des réformes et touchent principalement aux intérêts économiques et à l'organisation du territoire. À cela se superposent trois communautés (francophone, flamande et germanophone) qui reflètent les langues nationales. Le niveau communautaire prend principalement en charge tout ce qui a trait à la langue et la culture. Enfin, l'État fédéral conserve des compétences principalement d'intérêt national comme les affaires étrangères, la défense, les finances, mais également la santé publique. Tous ces niveaux sont impliqués dans

l'organisation du social-santé et Bruxelles constitue une région à part entière qui est traversée par deux communautés (francophone et flamande) et qui connaît donc des organisations agréées par la communauté francophone, la communauté flamande ou qui ont un agrément bi-communautaire.

Cet enchevêtrement de compétences conduit à un imbroglia politique qui rend la carte social-santé bruxelloise difficile à lire et qui peut créer de la confusion tant pour les acteurs de terrain que pour la population (Malherbe et al, 2019). Une politique social-santé cohérente demande dès lors que ces différents niveaux de pouvoir dialoguent et s'alignent. Le Plan Social Santé Intégré affiche une volonté de simplifier et de rapprocher les niveaux politiques, même si les effets ne se font pas encore sentir sur le terrain.

Deux précisions supplémentaires nous semblent utiles pour une bonne compréhension du sujet. Tout d'abord, les pouvoirs publics ont cédé l'exécution d'une grande partie du service public à des associations qu'ils agréent et subventionnent. Ces agréments dépendent princi-

palement des pouvoirs communautaires et sont octroyés selon des valeurs, des principes et des règles qui diffèrent entre communauté flamande et francophone. D'où, des paysages flamand et francophone de l'aide et du social qui divergent avec un modèle plutôt centralisé du côté flamand et un modèle décentralisé et éclaté du côté francophone. La configuration des secteurs diffère également, ce qui fait qu'un service d'une communauté ne trouvera pas nécessairement son pendant dans l'autre communauté. Cela peut conduire à des difficultés de compréhension de l'organisation et de la manière de travailler entre services de communautés différentes et entraver la collaboration.

La deuxième précision touche à la vision du rôle des autorités publiques en matière sociale et sanitaire. Depuis les années 1990, le new public management a pénétré la sphère publique et remplacé le concept d'aide par celui d'activation, guidé par une « *rhétorique de la responsabilité*. C'est à l'usager qu'il incombe, tout autant qu'aux pouvoirs publics ou aux services que ces derniers mandatent, de définir un projet,

de mobiliser ses ressources et d'user au mieux des moyens qui sont mis à sa disposition. » (Moriau, 2022). « L'État, convaincu par le néolibéralisme qu'il doit se diriger comme une entreprise, impose aux associations de se gérer de la même manière et de sommer les personnes à qui elles s'adressent de s'activer et d'être entrepreneures d'elles-mêmes. C'est désormais à chacun de s'activer, de remplir son contrat, de réussir son projet ... avec des sanctions à la clé en cas d'échec. » (Bietlot, 2022).

Cette délégation par le service public pose globalement des questions de responsabilité quant aux actions publiques, de rôles et d'indépendance de la sphère associative vis-à-vis des institutions publiques et, pour le sujet qui nous occupe plus particulièrement, d'une gouvernance qui permette la construction d'une vision commune du territoire et des enjeux qui y sont présents.

Pour résumer, nous pourrions donc dire que le système de santé plutôt protecteur en Belgique et à Bruxelles n'a pas empêché la détérioration de la situation sociale et de l'état de santé de la population bruxelloise. Cela pose question sur le modèle socio-sanitaire en vigueur qui n'arrive pas à couvrir les besoins minimaux. Ce modèle a tendance à cloisonner les secteurs, à privilégier le curatif et l'individuel au détriment du préventif et du communautaire et à être hospitalo-centré. En outre, il ne combat pas – ou pas assez – les inégalités social-santé entre quartiers bruxellois qui requièrent une offre et des modalités différenciées. Par effet de cascade, la détérioration du bien-être et la complexification des problématiques conduisent à des prises en charge plus intensives qui, à leur tour, sursollicitent les services socio-sanitaires et, à conditions de travail inchangées, entraînent une saturation des services, un essoufflement des travailleurs et un recours excessif aux urgences et hôpitaux. Face à cela, le Plan Social Santé Intégré vise à opérer une transition de l'organisation social-santé actuelle à un modèle territorial et intégré.

Suite au lancement du PSSI, les enjeux de la réforme et les rôles des uns et des autres se sont progressivement clarifiés et le cadre juridique a été adapté. Le Crebis a alors proposé de mener une recherche en 2024 avec des professionnels actifs au niveau des quartiers sur les contours d'une offre social-santé de base, une manière donc de concrétiser le volet « universel » de l'universalisme proportionné.

DU PLAN À SON IMPLEMENTATION – UNE RECHERCHE SUR L'OFFRE DE BASE

La recherche menée sur 12 mois en 2024-2025 est une première étape dans la concrétisation de principes clés liés à la territorialisation comme l'universalisme proportionné (UP). L'objet et la méthodologie de celle-ci sont exposés aux points 2.1 et 2.2. ci-dessous et le point 2.3 en présente les résultats principaux.

Objet de la recherche

La recherche s'est positionnée au niveau des quartiers social-santé définis dans le cadre du PSSI pour dessiner les contours d'une offre de base, c'est-à-dire les fonctions indispensables à prévoir dans chaque quartier de la Région bruxelloise afin de répondre aux besoins minimaux, avec une

attention particulière aux publics fragilisés.

Méthodologie

La sélection des quartiers

Sur les 56 quartiers social-santé bruxellois, nous en avons sélectionné trois ; un nombre réaliste pour croiser les informations et pour respecter le calendrier de l'étude. Afin de pouvoir induire une offre de base à partir des trois quartiers investigués, nous avons été attentifs à ce que ces derniers présentent des profils divergents, partant de l'hypothèse que le commun entre ces quartiers contrastés pourrait configurer l'offre de base. Nous rappelons ici qu'il s'agit d'une étude pilote pour dresser les contours de cette offre, restant à valider par la suite.

Les indicateurs retenus pour la sélection des trois quartiers sont :

- **Géographiques** : se situer en région bruxelloise, appartenir à des communes différentes, retenir au moins un quartier central ;
- **Socio-économiques** : part de bénéficiaires de l'intervention majorée (personnes à faibles revenus), revenu imposable médian, part de familles monoparentales, part de demandeurs d'emploi ;
- **Démographiques** : population totale et densité, taux de croissance de la population, répartition selon la nationalité, répartition selon l'âge ;
- **Socio-sanitaires** : catégorisation CLSS (première vague, deuxième vague, aucun CLSS),

présence hospitalière au moins dans un quartier, densité de l'offre social-santé, nombre de médecins généralistes par habitants ;

- **Relationnels** : pouvoir compter sur des acteurs mobilisés dans des diagnostics de quartiers.

Nous avons sélectionné un quartier du centre (Marolles) avec des revenus faibles, une stabilité démographique, une proportion importante de la population issue de l'immigration, une répartition dans la

moyenne bruxelloise en termes d'âge, une offre social-santé dense et la présence d'un hôpital public. Le deuxième quartier se situe au nord de la Région (Koekelberg) avec une dualité au sein même du territoire en matière d'indices socio-économiques et de profil démographique, présentant en moyenne une stabilité de la population avec une composante immigrée et une part relativement plus importante que la moyenne régionale des 0-17 ans. Et le troisième se trouve à l'est (Evere Sud) avec une croissance de po-

pulation de plus de 10% et une offre social-santé proportionnellement faible, ainsi qu'une part relativement élevée de personnes de plus de 65 ans.

La recherche collaborative

Le Crebis pratique la recherche collaborative. Il réunit des personnes disposant de savoirs académiques, expérimentiels et professionnels autour de la table pour les associer à la recherche. Ty-

piquement, des groupes de recherche sont constitués. Un groupe de recherche est un espace réflexif au sein duquel les participants, désignés comme co-rechercheurs, sont invités à mener des activités de co-analyse, au départ de matériaux et par le biais d'outils variés, en vue d'élaborer un savoir collectif. Le groupe de recherche se rencontre lors de séances de travail organisées et animées par l'équipe de recherche.

Étant donné le temps limité imparti pour cette recherche, nous avons travaillé avec les professionnels de terrain et n'avons incorporé les savoirs expérimentiels qu'à la marge. Nous avons aussi adapté notre approche au terrain en réalisant plutôt des entretiens individuels semi-directifs sur un quartier qui présentait une densité d'offre particulièrement élevée. Au total, 24 entretiens individuels, 2 entretiens collectifs et 3 focus groups ont été menés entre avril et octobre 2024. Ces professionnels débordaient du social-santé pur afin de pouvoir définir une offre qui prenne en compte les déterminants sociaux de la santé. Si la recherche a effectivement pu réunir des pratiques et disciplines diversifiées, force est de constater que les professions libérales n'ont pas ou peu participé au processus

malgré nos invitations. Les Ateliers du Changement avaient déjà montré à quel point il est difficile d'embarquer ces professionnels dans une recherche.

Résultats principaux

Les besoins

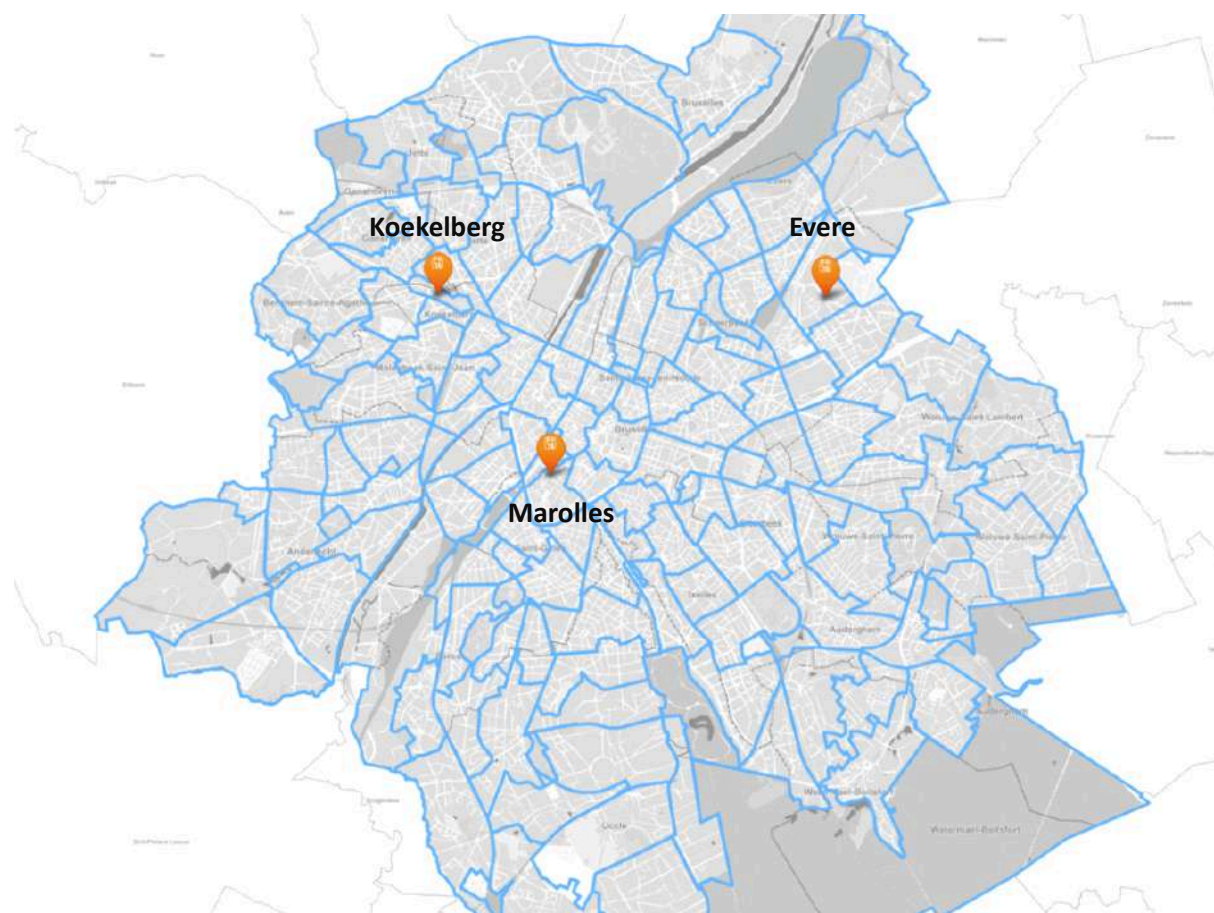
Atteindre le but poursuivi par la recherche (définir l'offre de base qui devrait être accessible à toutes et tous avec une attention soutenue pour les personnes qui en sont le plus éloignées) présuppose de partir des besoins et d'arriver à délimiter parmi eux les plus « essentiels ». Pour nous inspirer dans cet exercice, nous avons compulsé une littérature abondante et multidisciplinaire : sources juridiques, réglementations en vigueur pour activer une aide sociale, indicateurs de pauvreté, concept de la ville à 15 minutes (Moreno, 2020), théorie du Doughnut (Raworth, 2012), déterminants sociaux ou d'inclusion sociale. Il n'existe pas de définition universelle des besoins fondamentaux. Par regroupements logiques successifs, nous les avons repris sous six catégories :

- **Recevoir aide et soins** : cela couvre la santé

physique et mentale, préventive et curative, ainsi que l'assistance pour les soins à domicile ;

- **Habiter** : le logement est une composante clé, impliquant la qualité du logement, son équipement, et l'accès à des conditions de vie décentes, telles que l'accès à l'eau, l'électricité, et un environnement sain. Cela comprend aussi les services à proximité ;
- **Avoir un revenu** : cela inclut le travail, les revenus de remplacement, ainsi que la gestion de l'endettement ;
- **S'approvisionner** : il s'agit de la nourriture, des vêtements appropriés et de l'accès aux biens de première nécessité ;
- **Apprendre** : l'accès à l'enseignement et à la formation continue est essentiel pour permettre à chacun de participer activement à la société et de développer ses capacités ;
- **Vivre en société** : cette catégorie englobe les contacts sociaux, la lutte contre l'isolement, ainsi que l'accès aux loisirs, à la culture et à la participation politique.

Illustration 2 : les 3 quartiers retenus



Les auteurs

Le modèle social-santé et ses conditions de mise en œuvre

Le modèle reprenant l'offre de base a été élaboré en comparant les services qualifiés d'essentiels par les professionnels de chaque quartier afin d'en extraire un socle commun. Avant de détailler l'offre de base en tant que telle, rappelons ici le principe d'universalisme proportionné qui la justifie. Ce principe vise à satisfaire les besoins essentiels de toutes et tous en affectant des moyens (et une offre) supplémentaires pour des besoins particuliers ou aigus. Cela suppose donc une bonne connaissance des besoins du territoire, d'où l'importance des diagnostics locaux et des fonctions de proximité agissant comme agents de lien. Le modèle proposé ci-dessous considère la coordination et l'articulation des relations entre les acteurs de terrain comme pièces maîtresses du système. Il tient compte de trois dimensions : l'offre elle-même, les agents de lien qui articulent les services entre eux et avec les habitants et les conditions de mise en œuvre de l'offre.

Ces fonctions essentielles ont conduit à l'élaboration d'un modèle social-santé. Il repose sur : i) des fonctions sociales et santé généralistes qui constituent un

premier noyau essentiel dans l'offre de base, ii) autour de cette offre généraliste, l'organisation de fonctions spécialisées tout aussi essentielles, iii) la prise en compte des réseaux informels (bénévoles) comme partie intégrante du modèle et iv) les fonctions de lien destinées à soutenir les parcours entre les différents services. Les relations entre acteurs jouent un rôle crucial dans la mise en place de l'offre de base et dans la construction d'une responsabilité vis-à-vis de la population locale.

L'évocation de fonctions ne suffit pourtant pas pour qu'une offre social-santé minimale fonctionne. En effet, le quartier n'est pas quelque chose d'abstrait, il vit au travers des relations sociales, institutionnelles et humaines qui s'y développent. On peut dresser un parallèle ici avec ce que dit Didier Vrancken (2022) au sujet de l'utilisateur : *« le citoyen, voire l'utilisateur des services (...) abstrait, coupé de ses appartenances et, par extension, de ses attaches au territoire, là où précisément il aurait fallu le penser dans son épaisseur, comme un utilisateur plus « ample », ancré dans des pratiques, traversé par les inégalités, mais aussi par les dynamiques relationnelles de la société et*

du territoire auxquels il appartient ». Le modèle résultant de la recherche met précisément ces relations en exergue comme l'exprime le schéma ci-dessous dans le champ social-santé (les liens indiqués le sont à titre illustratif uniquement).

Au niveau des professionnels, le modèle concentre des fonctions généralistes à haut niveau de coordination (au centre du schéma en bleu foncé). Ces fonctions sont : des fonctions bas seuil généralistes, des soins de base, des informations sur les ressources du quartier et un dispensaire/labo/radio d'ordre préventif. Ces fonctions généralistes tissent un réseau dense et travaillent en étroite collaboration pour entourer au mieux l'utilisateur. Elles se situent sur un même lieu où travaillent en réseau à partir de lieux distincts.

Les fonctions spécialisées (en vert foncé) font partie intégrante de l'offre de base. Elles se rapportent à la santé mentale, aux activités communautaires, à la médecine spécialisée, à l'aide sociale spécialisée, à des lieux ouverts, à une aide numérique et à des soins à domicile. Services généralistes et spécialisés sont soit en lien direct, soit ré-

Tableau 1 : Les fonctions (et non les structures) indiquées par les professionnels comme devant faire partie de l'offre de base

Recevoir aide et soins	Habiter	Avoir un revenu
accompagnement bas seuil à orientation santé globale et à orientation sociale généraliste, antenne CPAS, guichet unique mutuelle, soins de santé physique et mentale de base (médecin généraliste, infirmiers, pédiatres, kiné, dentiste, diététicien, psychologue), aide et soins à domicile, activités social-santé communautaires, santé sexuelle et reproductive, services labo d'analyse sanguine, radiologie et échographie à but préventif, vétérinaire, service d'accompagnement physique	logements accessibles et adéquats, accompagnement pour accéder à un logement, informations sur les ressources du quartier et les questions d'énergie, espaces collectifs et communautaires, crèche, police de proximité, agences bancaires et postales, espaces publics avec facilités, mobilité douce et inclusive	aide à l'insertion professionnelle, bureau de paiement des revenus de remplacement, aide à l'accès aux revenus
S'approvisionner	Apprendre	Vivre en société
magasins de produits de première nécessité accessibles financièrement	formation et accompagnement au numérique, écoles, soutien scolaire, soutien à la citoyenneté, activités préscolaires, bibliothèques	lieux ouverts à la rencontre, entraide locale, volontariat, maison de jeunes, infrastructures sportives et aires de jeux, offre d'activités physiques et culturelles accessible financièrement, espaces verts

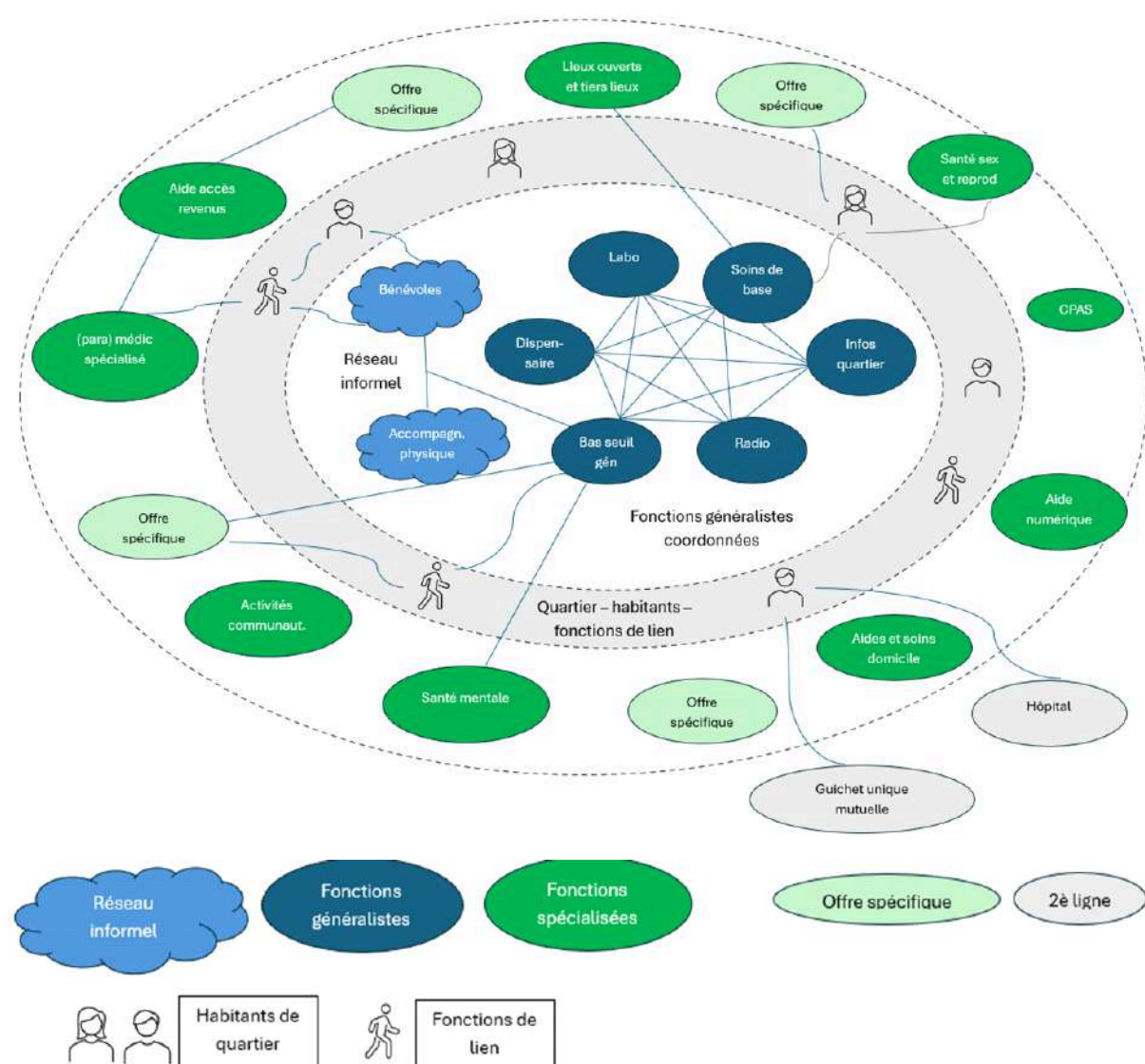
Source : les auteurs

orientent les personnes via les fonctions de lien qui ont une connaissance fine des acteurs locaux.

Les personnes elles-mêmes (habitants, usagers) peuvent s'adresser aux services généralistes, aux services spécialisés, ou y être adressées par les agents de lien du quartier ou les bénévoles. Les habitants entrent donc dans le système social-santé par n'importe quelle porte : généraliste, spécialiste, agent de lien, réseaux informels.

Par leur connaissance fine du territoire, les agents de lien constituent la charnière du système pour (ré)orienter les personnes et les professionnels. Ils permettent aux acteurs de l'offre d'être au plus proche des besoins des habitants et d'ainsi également faire évoluer l'offre en fonction des besoins. Les réseaux informels de bénévoles et pair-aidants jouent un rôle essentiel au bon fonctionnement, tant pour les liens qu'ils tissent avec les habitants, liens pérennes et de confiance, que pour le soutien aux professionnels.

Illustration 3 : modèle social-santé



Boussart K., Marziali V., Moriau J. (2025), Rapport de recherche, Accompagnement à la mise en place du PSSI – étude pilote sur l'offre de base

Le modèle d'offre de base ne peut être rendu opérationnel qu'en respectant des conditions. Celles-ci visent tant la mise en place d'un cadre adapté aux besoins (moyens de coordination, pérennité) que l'accessibilité qui repose sur la collaboration entre opérateurs de quartier et sur les prestations des opérateurs individuels. Il s'agit d'offrir un accès ouvert et simple : accès inconditionnel (bas seuil), approche généraliste avec réorientation, horaires élargis, tarifs adaptés, prise en charge par tous pour éviter la saturation, multiplicité des approches, multiculturalité, accueil physique, ouverture à la pluridisciplinarité, ... Le modèle forme un tout indissociable : les fonctions, les agents de lien et moyens de coordination et les conditions de mise en œuvre.

En résumé, par la sélection de trois quartiers bruxellois et la participation de co-chercheurs issus des secteurs professionnels social-santé, une esquisse d'un modèle d'offre de base social-santé a pu être dessinée. L'étude innove en déplaçant la focale des structures vers les fonctions, en valorisant la dynamique relationnelle au sein des quartiers et en affirmant le rôle stratégique des agents de lien et l'importance des conditions de mise en œuvre de l'offre pour en rendre l'accessibilité réelle et effective. Elle propose ainsi une première concrétisation opérationnelle de l'universalisme proportionné. Toutefois, ses résultats doivent être consolidés : l'absence de certains acteurs-clés et la portée limitée de l'échantillon imposent de considérer ce modèle comme une esquisse à valider et à ajuster. Cette recherche illustre le potentiel transformateur d'une approche territorialisée et proportionnée, mais aussi les défis de son implémentation. Pour qu'une offre de base devienne réellement effective, il faudra dépasser les obstacles de financement, de gouvernance et d'inclusion, et renforcer l'implication des habitants et des professions libérales.

LIMITES ET RÉFLEXIONS

Outre le modèle, la recherche a permis d'apporter un éclairage sur trois notions : le territoire, la gouvernance et l'inclusion. La territorialisation et l'universalisme proportionné posent assurément la question de la fixation des frontières, des indicateurs à prendre en compte et de la « bonne » échelle permettant à la fois une approche de proximité et une approche globale. L'organisation territoriale suppose également une gouvernance qui privilégie la coopération multi-acteurs et le développement d'une vision commune sur les enjeux du territoire. Il s'agit d'un changement de focale pour donner une véritable place à la concertation avec les acteurs de terrain et les usagers. L'inclusion sera donc organisée dans les modalités de gouvernance mais également dans la construction de solutions adéquates qui répondent aux besoins des personnes les plus fragilisées et les plus éloignées de l'offre.

TERRITOIRE

L'approche territorialisée consiste à adapter l'offre de services aux réalités locales, afin de rapprocher les soins et l'aide sociale des populations concernées. Elle répond à la nécessité de prendre en compte les disparités socio-sanitaires mises en évidence au point 1 et d'avoir une vue holistique des personnes et de leurs besoins. « Cela impliquera d'organiser l'offre sur une base territoriale **au plus près des besoins locaux et dans une approche globale** des situations »⁹. Et tout l'enjeu est là : de pouvoir gérer à la fois la proximité et la globalité. De savoir à quelle échelle fixer le périmètre du territoire pour s'assurer d'approcher les besoins locaux (éviter donc une échelle trop large) tout en maintenant une soutenabilité financière (éviter donc une échelle trop étroite), et ce, notamment, pour pouvoir s'attaquer aux inégalités sociales et de santé. « Dans cette conception, la territorialisation doit permettre de corriger très localement les inégalités en déployant des actions ciblées et adaptées aux besoins précisément dé-

limités » (Vaillant et al, 2020).

Le territoire devient l'échelle à partir de laquelle travailler l'action publique. Il est légitime de recourir « à la territorialisation au nom d'une action publique plus pertinente car envisagée et animée dans une plus grande proximité avec les réalités vécues » (Pasquier, Rouzeau, 2023). Les auteurs Moriau et Bottero (2023) pointent également que « le territoire peut être mobilisé de diverses manières : comme espace d'intégration, comme échelon de repérage des manques, comme espace d'initiatives, de concertation et de mise en œuvre, ou encore comme lieu concret de conception et de construction de l'action publique ».

Si la territorialisation est vue comme une réponse aux inégalités sociales et sanitaires en s'approchant au mieux des besoins de la population dans un périmètre défini, elle constitue aussi un changement de paradigme : passer d'une approche sectorielle à une approche plurisectorielle décloisonnée et passer d'une attention à l'offre à une attention aux besoins de la population.

Déjà la Déclaration d'Alma-Ata (1978) posait l'approche territoriale comme principe pour « *rapprocher le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent* ». Si le principe semble faire consensus aujourd'hui, sa mise en pratique, elle, demeure compliquée et a priori difficilement reproductible d'un environnement à l'autre étant donné les carcans administratifs, les visions politiques, les organisations en place, ...

Dans le cadre du PSSI, deux nouvelles délimitations territoriales ont vu le jour : les quartiers social-santé et les bassins. Leur périmètre a été fixé pour avoir une homogénéité en nombre d'habitants (les quartiers comptent en moyenne 25.000 et les bassins 250.000 habitants). Les critères prévalant pour leur délimitation sont principalement administratifs et géographiques : frontières communales, zones de police, contiguïté géographique et, en moindre mesure, des considérations sur des réseaux existants ou des inspirations émanant de l'étranger ou de Flandre. La taille en termes d'habitants tient également compte des missions des

bassins (connaissance des problématiques générales, interconnaissance entre professionnels, réseau et actions de prévention et promotion social-santé) et des quartiers (connaissance fine des besoins et spécificités du territoire).

Réflexions issues de la recherche : délimitation, répartition et proximité

Cette **délimitation** principalement administrative a été remise en cause par les intervenants dans la recherche qui considèrent qu'elle ne correspond pas nécessairement aux territoires de vie des habitants et des professionnels. Dans un des trois quartiers de la recherche, ces derniers ont insisté sur le fait qu'ils avaient plus de liens avec les acteurs situés sur la commune voisine appartenant à un autre quartier social-santé que les acteurs de leur propre territoire. Dans un deuxième quartier de la recherche, l'accent a été mis sur la nécessité d'être attentif aux sous-quartiers. Ainsi, un habitant d'un sous-quartier A ne recourra pas nécessai-

rement aux services du sous-quartier B, tous deux pourtant situés dans les limites d'un même quartier social-santé. Cela pour diverses raisons, comme les habitudes de vie, les trajets nécessaires (pour les enfants ou le travail par exemple), les recommandations faites par des pairs, la sécurité mais aussi la facilité d'accès (les rues pentues par exemple). Toute territorialisation comporte une part d'arbitraire dans la fixation des frontières, ce qui est vécu comme acceptable tant que ces dernières sont poreuses et que les collaborations les plus appropriées sont soutenues, qu'elles soient au sein du quartier social-santé ou non.

D'autres critères qu'administratifs pourraient-ils prévaloir pour la délimitation des territoires ? « *Sur quelle base territoriale s'appuyer ? le territoire, cadre d'une projection institutionnelle, expression d'un pouvoir administratif, ou le territoire correspondant à un espace vécu, approprié, expression de dynamiques environnementales, économiques, sociales, ou une association innovante des deux ?* » (J-M. Amat-Roze, 2011).

L'organisme Perspectives Brussels en charge du développement régional et territorial bruxellois, a établi des « [Macrozones](#) » qui délimitent des territoires entre quartiers et Région. Le périmètre en est fixé selon des indicateurs qui prennent en compte les habitudes de vie et les interactions. Si les délimitations des quartiers, fixées administrativement, sont respectées, les macrozones s'affranchissent en revanche des limites communales pour s'intéresser à l'infrastructure (facilitant ou freinant les flux et les interactions) et aux habitudes des habitants. Ce sont donc les flux en matière d'emploi, de consommation et d'interactions sociales qui sont pris en compte pour la délimitation des zones.

Les deux exemples précédents font état de délimitations réfléchies et organisées par les autorités publiques. C'est une différence notable avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) établies en France dont la délimitation est fixée par les professionnels social-santé eux-mêmes en fonction des habitudes de travail, de coordination et de parcours cliniques. À la différence des deux modèles précités, cela conduit à des territoires disséminés en termes de popu-

lation et de taille mais qui reflètent les réalités de terrain.

Ensuite, la volonté d'organiser l'offre social-santé au plus proche du citoyen cotoie des impératifs de planification urbaine qui demandent à concilier des intérêts divergents, qu'ils soient économiques, écologiques, résidentiels, touristiques ou encore d'attractivité urbaine. À nouveau, la gestion de la Région bruxelloise doit répondre à une multitude de besoins qui exige un dialogue entre les ministres compétents et avec les administrations pour s'aligner sur une vision commune pour la ville et mettre en commun leur temps, leurs connaissances et leur énergie sur des chantiers de transformation. Au sein de cette vision pour la ville, et plus spécifiquement pour l'organisation de l'offre social-santé, une réponse politique devra être donnée à la question de la **répartition** de l'offre sur le territoire pour subvenir aux besoins, notamment de la population la plus précarisée. S'agit-il de concentrer l'offre dans les quartiers au plus près des personnes précarisées afin que tout soit géographiquement facilement accessible ? Dans ce cas, ne risque-t-on pas de renforcer la stigmatisation de certains quartiers et la population qui s'y trouve

ne se confinerait-elle pas d'autant plus dans sa zone sans opportunité de sortie ? Et ce, sans pouvoir garantir que l'accessibilité géographique conduise, de fait, à une accessibilité réelle des services. Ou alors, s'agit-il, au lieu de concentrer l'offre, de la disséminer avec l'idée sous-jacente que cela favoriserait le franchissement des frontières d'un quartier par les personnes qui y habitent ? Dans ce cas, les personnes sortiront-elles effectivement du quartier ou n'iront-elles simplement pas jusqu'au service dont elles ont pourtant besoin ?

Enfin, quand bien même la territorialisation résulterait d'une vision partagée sur l'organisation du territoire et la répartition de l'offre social-santé en organisant une proximité géographique, celle-ci ne suffit pas à s'assurer d'une offre social-santé intégrée. Cela requiert en effet aussi la mise en place d'autres types de proximités, et notamment une **proximité** organisationnelle. Le groupe de chercheurs multidisciplinaires à l'initiative de l'école de la proximité et des « Dynamiques de proximité » (Filippi et al, 2018) ont ainsi raccroché le concept de proximité à cinq dimensions :

- **Cognitive** : le degré de rapprochement entre

les connaissances des deux acteurs ;

- **Organisationnelle** : les arrangements, les relations partagées entre organisations ;
- **Sociale** : les relations sociales interindividuelles directes ou indirectes (famille, amis, ...) ;
- **Institutionnelle** : l'environnement macro-économique, aux règles du jeu, à la culture, aux valeurs, aux incitations publiques, ... ;
- **Et géographique** : la distance à parcourir.

Il nous semble particulièrement intéressant de réfléchir à la territorialisation en tenant compte de l'interdépendance de ces dimensions. Boschma (2005) ou encore Torrè et Rallet (2005), qui ont étudié le concept de proximité dans le registre de la mondialisation et de l'économie, ont observé que la proximité géographique ne suffit pas à l'échange, au partage de connaissances et à la collaboration : « *One cannot infer from the co-localization of actors that they necessarily have direct relations with each other* »¹⁰. Les interactions dans un contexte de proximité géographique ne pourront naître que si d'autres dimensions de la proximité sont présentes,

et notamment la proximité organisationnelle qui fournit le terreau (le réseau, le soutien, les rôles, ...) où ces interactions peuvent naître. Ces constats apparaissent dans le champ économique mais tout porte à croire qu'ils sont valables pour le domaine social-santé où notre recherche a montré qu'une distance organisationnelle pouvait exister malgré la proximité géographique.

La territorialisation demande donc à ce que l'organisation spatiale d'une offre de base social-santé s'accompagne de mesures permettant un rapprochement organisationnel, institutionnel et cognitif (le volet social est plus difficile à appréhender par les pouvoirs publics étant donné que cette dimension touche aux relations interindividuelles). D'où l'importance, comme nous l'avons souligné dans notre modèle, des fonctions de lien pour articuler les relations.

Pistes à retenir ?

Nous retenons de ce qui précède les considérations suivantes. Une territorialisation de l'offre socio-sanitaire ne peut se concevoir sans prendre en compte la gestion de la région dans son ensemble, dépassant les enjeux social-santé

stricto sensu pour s'accorder sur une vision commune dans le développement du territoire.

La définition de la taille et l'emplacement des limites du territoire est un exercice compliqué qui restera teinté d'arbitraire tant il est impossible de répondre à tous les impératifs des habitants et habitantes. Ce côté arbitraire peut être atténué, d'une part, en tenant compte de critères non-administratifs pour déterminer les frontières (tels que les habitudes de vie, les interactions commerciales, professionnelles ou de la sphère privée) et, d'autre part, en gardant les frontières poreuses (laisser libre accès et libre choix aux habitants et aux professionnels et soutenir les collaborations qui font sens pour répondre aux besoins quel que soit le territoire).

Enfin, la proximité géographique seule ne permettra pas l'intégration social-santé. Celle-ci doit être stimulée par d'autres dimensions telles que la proximité organisationnelle (comme les fonctions de lien) ou encore la proximité cognitive. Cela est d'autant plus requis qu'il ne s'agit pas juste d'une territorialisation mais d'un changement de modèle et, même si la comparaison a ses limites, un parallèle peut être dressé avec les trois niveaux d'action requis selon Touraine

(1978) pour parler d'un mouvement social : le micro (les organisations), le méso (les relations aux niveaux institutionnels et politiques) et le macro (les orientations sociales générales).

GOUVERNANCE

De nombreux modèles de gouvernance existent et ont évolué au fil du temps. Baly et al (2019) évoque d'abord l'organisation hiérarchique et bureaucratique où l'action publique émanait de l'État par la voie régulatrice (l'« administration publique »). Elle a été suivie de la « nouvelle gestion publique » qui s'inspire de pratiques de marché et de la mise en concurrence et ensuite de la « nouvelle gouvernance publique » qui repose sur la promotion de la coopération au sein de réseaux d'acteurs et de la mise en place de règles souples et adaptables. La recherche des auteurs précités conclut à la coexistence des modèles plutôt qu'à leur remplacement. Hagedorn Krogh et al (2024) complètent la notion de nouvelle gouvernance publique en y attachant les critères qui la caractérisent : la collaboration intersectorielle, la gestion du réseau et la co-création de valeur dans le do-

main public. Ces trois éléments se retrouvent également dans les objectifs mêmes du PSSI mais aussi dans sa gouvernance.

Le Plan Social Santé Intégré faisait suite à une consultation des professionnels sociaux et santé, aboutissant à une note de vision en 2020, dont il a repris certains principes. La mise en place de la gouvernance pour le PSSI a été progressive. Certains éléments étaient déjà présents (tels les CLSS), d'autres ont été formalisés par la suite, notamment le rôle d'un organe d'appui dans l'accompagnement des bassins d'aide et de soin par une équipe de 6 personnes par bassin.

La gouvernance à l'échelle bruxelloise peut être compliquée à représenter étant donné la complexité même de la Région évoquée au point 1. Toutefois, en simplifiant et en se concentrant sur les acteurs majeurs en termes de gouvernance, le schéma suivant est proposé.

En soutien du PSSI, différents organismes publics et privés sont mandatés ou consultés pour alimenter le cabinet et l'administration en données sur les quartiers, sur la planification urbaine ou encore pour évaluer le Plan ou mener des recherches spécifiques comme celle sur l'offre de base.

Les professionnels social-santé et les habitants sont informés et consultés au niveau des « conseils d'actions bassin » et impliqués via les CLSS ou les coordinations sociales des CPAS au niveau des quartiers.

Quant à notre recherche, elle a été commanditée par le cabinet social-santé et suivie par l'administration en charge du suivi du PSSI. Le suivi s'est opéré par un comité d'accompagnement (Comac) composé de membres de l'administration (bicommunautaire et de la communauté française, voir point 1) et d'organisations d'intérêt public détenant une expertise territoriale ou thématique ou ayant été désignées comme centre d'appui à la mise en place des bassins d'aide et de soins.

Réflexions issues de la recherche

Au niveau du processus suivi pour la territorialisation, on peut soulever trois éléments plutôt positifs. Le premier touche au fait que la législature 2019-24 avait mis en place un cabinet aux compétences croisées social-santé. Le deuxième concerne la consultation menée auprès des professionnels préalablement au PSSI et la concrétisation de

cette consultation dans une note de vision. Et, troisième élément, des moyens ont été mis en place pour accompagner les professionnels de terrain vers ce modèle territorialisé (Ateliers du Changement, équipes dédiées aux bassins, CLSS). Des points négatifs (communication, priorisation, transparence, ...) peuvent également être soulevés mais nous voulons centrer ici notre propos sur le fond de la réforme.

En effet, il semble y avoir un décalage entre la volonté de territorialisation, d'intégration et de décloisonnement affichée dans le plan et la réalité du terrain politique. La mise en place du modèle se heurte à la configuration politique bruxelloise elle-même. Nous avons vu précédemment que l'organisation bruxelloise du social-santé implique trois niveaux de pouvoir mais également deux communautés aux pratiques différentes (francophone et flamande). Nous savons également que le bien-être social-santé ne peut être atteint qu'en s'attaquant aux déterminants sociaux et environnementaux et donc en dépassant le champ du social-santé. Or, en présentant les fonctions qui devraient faire partie de l'offre de base au Comac, l'administration en charge a sou-

haité que le rapport se limite au périmètre social-santé. Ce cloisonnement se reflète aussi au niveau de la composition du Comac qui réunit des administrations ou organismes publics en charge du social-santé et de la planification urbaine. Ce décalage s'observe également entre administration et politique. Autant ce repli sur le social-santé est compréhensible au vu des leviers d'action mobilisables, autant la territorialisation ne peut être vue en silo. Le territoire forme un tout. Et si ce changement de focale ne peut bien évidemment que s'inscrire dans un temps long, il serait souhaitable que les premiers indices d'ouverture et de décloisonnement de la réflexion et de l'action soient observables.

Par ailleurs, le politique a également une responsabilité dans l'organisation du secteur en maniant les outils réglementaires d'agrément (qui sont encore sectoriels) et financiers qui mettent souvent les acteurs en concurrence par le biais d'appels à projet. Certes, les réalités de terrain ne découlent pas uniquement des conditions politiques, elles dépendent également de l'historique, des valeurs et des approches propres aux associations de terrain mais les conditions dans lesquelles celles-ci opèrent sont in-

fluencées par le cadre réglementaire.

Les organisations de terrain, et à plus forte raison les habitants ou associations d'habitants, sont la pièce manquante sur l'échiquier de la territorialisation. Or, nous défendons l'idée que la territorialisation est à la fois un outil de redistribution et un enjeu démocratique, à condition d'impliquer les acteurs locaux dans la conception, l'évaluation et l'ajustement de l'offre. « *Conférant aux politiques municipales traditionnelles la capacité à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé* » (Basson, Honta, 2018), l'État ne peut pour autant se décharger de ses responsabilités. Tout comme certains départements français ont saisi « *les politiques de territorialisation départementale comme des stratégies de résistance* » (Pasquier, Rouzeau, 2023), la territorialisation peut être la voie d'un ré-engagement politique.

Il s'agit, en somme, pour les décideurs politiques de décider, de fonctionner, d'évaluer et d'ajuster ... autrement : en suivant une gouvernance qui inclut la multidisciplinarité, les différents échelons de pouvoir, les professionnels de terrain et les publics pour former une vision commune et une alliance. Adopter un modèle de gouvernance partagée qui dépasse la

Tableau 2 : responsabilités PSSI

Cabinet social-santé	Administration social-santé	CLSS	Organe d'appui
Élaboration et lancement du PSSI	Gestion et suivi du PSSI	Diagnostic et action quartiers	Actions bassin

Les auteurs

gestion purement administrative pour devenir un endroit de délibération et de réflexion afin de mener une implémentation et un pilotage réfléchis. Il s'agit aussi pour les acteurs de terrain, la société civile et les personnes concernées elles-mêmes de réinvestir l'espace socio-sanitaire comme un bien commun, de se le réapproprier. L'innovation n'est donc pas tant à trouver dans la mise en œuvre de nouveaux principes structurants guidant l'action mais bien plutôt dans la posture et la gouvernance à adopter pour que la territorialisation ne soit pas un désinvestissement déguisé de l'État ou de la Région mais un véritable acte politique d'engagement vers une organisation social-santé qui réponde aux besoins de la société dans son ensemble en tenant en compte des sujets les plus vulnérables. L'inclusion a également une visée pragmatique : une réforme d'une telle ampleur ne peut être menée sans soutien à sa base.

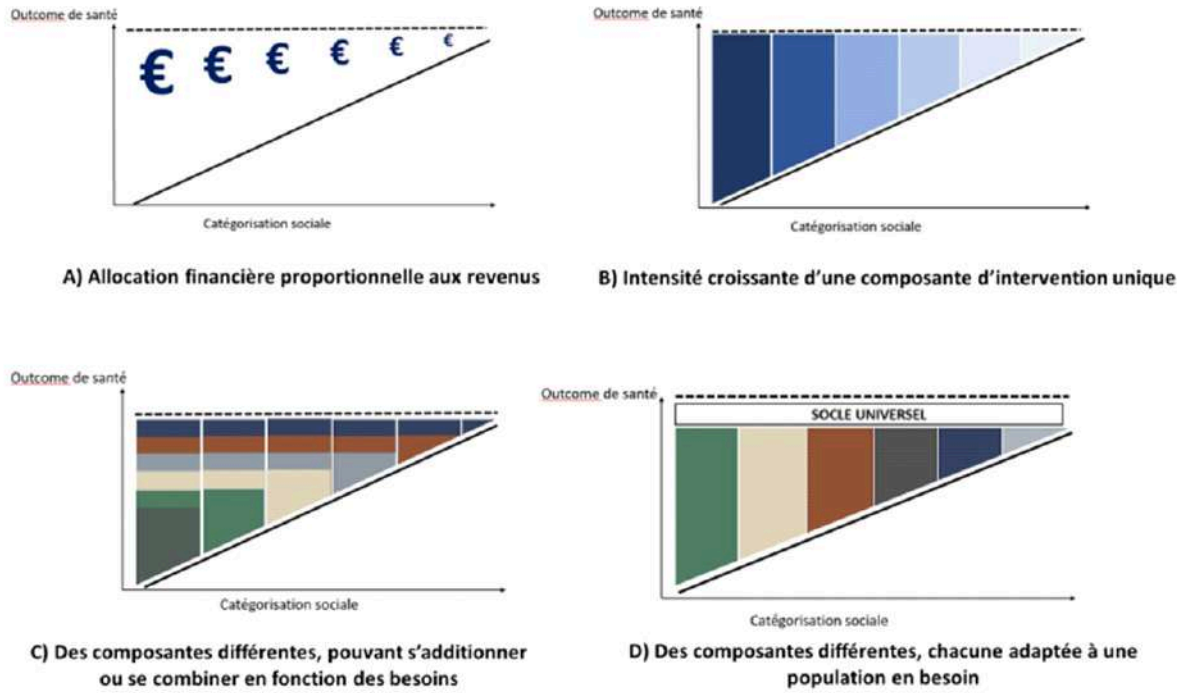
La mobilisation des acteurs de terrain permet de faire des choix et de piloter le changement pour correspondre aux impératifs de terrain. Et, par son adhésion, il peut soutenir le système et contribuer à sa pérennité lorsque les gouvernements, et leurs priorités, changent.

Pistes à retenir ?

La gouvernance territoriale à mettre en place doit être à la hauteur des enjeux et des défis, en dépassant les cloisonnements institutionnels existants. Connaître les besoins et prévoir une offre social-santé territorialisée exige à la fois de travailler avec les professionnels de terrain et les habitants et usagers (gouvernance verticale) et avec les différents niveaux de pouvoir et compétences (gouvernance horizontale). Ainsi, la gouvernance pourrait s'organiser en mobilisant et croisant les huit ou-

tils mis en avant par Hagedorn Krogh et al (2024) en matière de « nouvelle gouvernance publique ». Il ne s'agit pas d'utiliser un outil en particulier mais de les croiser et les choisir en fonction du contexte. Les outils structurels visent à faciliter les connexions, notamment en redistribuant le pouvoir, les rôles, les ressources et les responsabilités. Les outils de processus portent sur les interactions, les manières de travailler ensemble, les normes. Ces outils sont présentés selon une matrice à deux entrées : le type de collaboration (horizontale ou verticale) et le type d'acteur (institution ou membre individuel). À titre d'exemple, on peut pointer ici l'outil intitulé « integrative public leadership » (IPL) préconisé pour faciliter la collaboration horizontale entre les membres d'institutions publiques, ou celui de « political-administrative metagovernance » (PAM) pour une collaboration verticale entre institutions. L'IPL insiste sur la clarification des

Illustration 4 : modélisation de l'UP



Francis-Oliviero F. (2022), Universalisme proportionné : évolution, appropriation et mise en place du principe, vers

rôles et responsabilités de chacun et du principe de confiance afin de mobiliser les ressources et expertises nécessaires à la collaboration. En intégrant une gouvernance PAM, les autorités publiques dirigent les réseaux et les processus de gouvernance en orchestrant l'environnement et la dynamique de ces réseaux plutôt qu'en donnant des ordres directs. Elles conservent ainsi leur capacité de pilotage tout en favorisant l'auto-organisation, la gouvernance interactive et la collaboration entre divers acteurs afin d'atteindre des objectifs publics.

INCLUSION

Nous prenons ici le terme d'inclusion en référence aux personnes les plus éloignées des services d'aide sociale et de soins, qu'il s'agisse de personnes aux faibles revenus, de personnes ayant des difficultés d'accès aux services (handicap, mobilité, langue, culture, ...), de personnes sans chez-soi ou sans titre de séjour valable, ... L'inclusion touche à deux perspectives. La première concerne l'inclusion dans les mécanismes de décision. Nous avons abordé cela au point précédent et

n'y revenons donc pas ici. La seconde concerne l'inclusion dans les dispositifs socio-sanitaires mis en place. L'universalisme proportionné pose assurément la question du périmètre, non pas sous sa forme territorialisée cette fois, mais sous la facette d'éligibilité et d'équité. Revenons sur quelques notions-clés. L. Allen (2022) évoque trois écoles de pensée en matière de distribution et organisation des ressources. L'approche égalitaire (egalitarian) qui octroie la même chose à tous quel que soit le niveau de revenu, l'approche de suffisance (sufficientism) qui ne vise pas à corriger

les inégalités mais à s'assurer que tout le monde ait suffisamment. Et la priorisation (prioritarianism) où les personnes les plus en besoin sont priorisées dans l'affectation des ressources. T. Skocpol (1991) propose le terme d'« universalisme ciblé » (targeted). M. Marmot (2010) utilise « proportionate » qui combine la sélection positive avec des principes universels d'égalité et d'équité, c'est-à-dire fournir un service à tous, avec des ressources additionnelles pour les membres de groupes spécifiques qui font face à des difficultés structurelles.

Affeltranger et al (2018) notent que « *les catégories sociales dites favorisées sont, elles, souvent les principales bénéficiaires d'actions de prévention « universelles » conçues pour la population générale* ». Or, l'enjeu consiste à atteindre les couches les plus éloignées de l'aide et des soins, les personnes les plus précarisées.

Un universalisme qui réponde aux besoins des publics les plus précaires où les services seraient accessibles à tous de manière égale demanderait des moyens financiers considérables. L'universalisme ciblé implique de fixer des seuils et les caractéristiques de la population éligible, ce qui pose la question des personnes laissées à la marge

et peut augmenter encore la stigmatisation du public visé. L'universalisme proportionné propose de jouer sur les deux tableaux : universalisme et adaptation du dispositif pour tenir compte des inégalités d'accès à l'aide et aux soins. Selon les professionnels de terrain interrogés dans le cadre de sa thèse, F. Francis-Oliveiro (2022) a modélisé les formes que pouvait prendre l'universalisme proportionné.

E. De Leeuw (2025) considère, quant à elle, que « *everyone the same, and some more* » ne fonctionne pas. Ce qu'il faut c'est « *everyone the same, and some get different things* ».

Réflexions issues de la recherche

Les conditions de mise en œuvre du modèle social-santé défini plus haut visent à s'assurer que les fonctions intégrées par le modèle soient accessibles par les personnes les plus éloignées de l'offre, les plus précarisées ou les plus fragilisées. L'inclusion de ces publics dans l'offre social-santé est le but même de la territorialisation.

Cependant, il faut noter que dans un contexte de sous-financement généralisé du secteur social et santé, la territorialisation n'ap-

portera pas à elle seule la solution aux défis rencontrés. Les acteurs en manque de financement, en manque de personnel et des services saturés doivent d'abord recevoir les moyens nécessaires pour assurer les services dans la période de transition d'un modèle à l'autre. Le public le plus fragilisé est aussi le plus à risque d'exclusion étant donné les demandes généralement plus complexes et la charge de travail élevée qu'elles représentent. C'est pourquoi, outre le financement adéquat, le modèle proposé doit pouvoir s'assurer d'une répartition de la demande tant entre les acteurs d'un même quartier social-santé où chacun porte une part de responsabilité pour ce public qu'entre quartiers social-santé pour avoir une distribution de l'offre sur l'ensemble de la Région.

L'inclusion c'est aussi concevoir les dispositifs avec les personnes elles-mêmes, recourir à des experts de vécu afin d'avoir la meilleure correspondance possible entre l'offre, le besoin réel et les conditions d'émergence d'une demande. Force est de constater que ce sont les personnes les plus éloignées et les plus en besoin qui sont les plus difficiles à atteindre pour connaître leurs besoins.

La territorialisation et l'affectation d'une responsabilité aux professionnels et autorités publiques locales ne peut décharger les politiques d'une responsabilité d'investir aujourd'hui dans des solutions qui se révéleront plus que probablement rentables à terme, étant donné la prise en charge plus rapide et le fait qu'elles évitent une détérioration et complexification des situations, une surcharge de travail, un épuisement des travailleurs, ...

Le modèle doit encore faire ses preuves mais il faut s'en donner les moyens au risque de tirer des leçons erronées de l'expérience. Dans un contexte de rigueur budgétaire, une approche par petits pas, en mode expérimental et par itération avec un suivi rigoureux nous semble une manière pragmatique de pouvoir avancer dans la concrétisation de l'universalisme proportionné en veillant à inclure les publics les plus précarisés.

Pistes à retenir ?

Si la volonté existe de proposer des solutions socio-sanitaires inclusives de publics fragilisés, la preuve sur le terrain doit encore en être faite. L'inclusion reste une question difficile tant elle suppose de définir des péri-

mètres dans l'éligibilité et dans les dispositifs à mettre en place. Le recours à des experts de vécu permettrait d'avancer des solutions pertinentes et de réorienter les personnes les plus précarisées vers l'aide sociale et les soins.

Il est toutefois crucial d'avoir une vision sur le long terme pour assurer la transition. Le rôle politique d'affectation de moyens et de priorisation doit pouvoir dépasser les cloisonnements et les évaluations trop rapides et considérer le passage au modèle territorialisé comme une véritable transition qui demande des moyens et du temps. Faute de quoi, le Plan risque de rester à l'état de plan où la concrétisation ne sera ni suffisamment achevée ni suffisamment généralisée pour résoudre et les questions budgétaires et la détérioration de l'état social et de santé de la population bruxelloise.

CONCLUSION

En conclusion, il convient de prendre conscience de l'ampleur du changement requis pour affirmer un modèle territorialisé des soins et de l'aide, dans une organisation bruxelloise complexe politiquement et divisée sectoriellement. Passer d'un modèle à l'autre ne se fera pas seulement en communiquant sur le modèle et en divulguant les fonctions clés qui composent l'offre de base. « *Les analyses relatives à l'impact des politiques publiques sur les processus de changement social oscillent entre deux schémas : l'un conçoit ces politiques comme un moteur essentiel du changement social ; l'autre ne les perçoit que comme un accompagnement de celui-ci, le volontarisme étatique n'exerçant une influence qu'à la marge et le changement social dépendant d'un ensemble beaucoup plus large de facteurs* » (Chevallier, 2005). Même s'il a fait suite à des consultations de professionnels, le PSSI se conforme plutôt au premier schéma : le moteur est politique. Or, ce moteur politique est confronté à des défis internes et externes pour pouvoir donner toute sa puissance.

En interne, les rôles qu'une ville doit exercer sont multiples. La territorialisation demande à ce qu'il y ait une vision pour la ville afin d'en fixer les priorités et d'ancrer l'offre social-santé dans les quartiers bruxellois selon une vision partagée. Le paysage politique bruxellois est particulièrement morcelé. Or, cet alignement demande une concertation entre des responsables politiques aux différentes compétences mais également de différents niveaux et régimes linguistiques (fédéral, régional, communautaire, francophone, flamand). La gouvernance doit être inclusive de ces différents regards.

En externe, le moteur politique doit pouvoir s'appuyer sur la base active et de terrain des professionnels et le système mis en place inclure les personnes les plus fragilisées. Les savoirs expérientiels peuvent utilement contribuer à explorer les besoins et conceptualiser une offre social-santé inclusive.

Outre la volonté politique, il convient de libérer les moyens adéquats pour donner le temps et l'espace nécessaire au nouveau modèle pour s'implanter. Il s'agit d'une réelle transformation du système, où une mise en place itérative peut répondre aux contraintes budgétaires. Dans cette optique, le temps long dépassant l'horizon d'une législature doit être pris en compte tant pour l'évaluation du modèle que pour ses effets sur la population et sur les finances publiques.

Le travail avec les professionnels de terrain a permis de dégager un modèle avec des fonctions à assumer dans une offre de base, selon certaines conditions et avec un rôle clé pour des agents de proximité. Il faut encore, et c'est une véritable gageure, pouvoir s'aligner sur des indicateurs pertinents pour la quantification et la programmation effective de cette offre de base. Il reste donc du chemin à parcourir pour asseoir le modèle territorialisé social-santé mais nous osons croire qu'avec le moteur

politique, l'implication des personnes concernées et des professionnels, les moyens adéquats et l'horizon temporel long, ce modèle puisse contribuer à une prise en charge digne et empreinte de justice sociale pour toutes les personnes sur le territoire bruxellois.

BIBLIOGRAPHIE

Affeltranger B., Potvin L., Ferron C., Vandewalle H. et Vallée A. (2018), Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ?, Santé Publique, vol. 30, no 1, supplément HS1, pp. 13–24

Allen L. (2022), The philosophical foundations of ‘health for all’ and Universal Health Coverage, International Journal for Equity in Health

Amat-Roze J-M. (2011), La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat, Hérodote, n° 143, 4^e trimestre 2011, pp. 13–32

Baly O., Kletz F., Sardas J-C. (2019), Culture « gouvernancielle » et transformation des organisations de santé : les enseignements du virage ambulatoire hospitalier en France, Ecole des Mines de Paris

Basson J-C., Honta M. (2018), Se bien conduire dans une ville saine. La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse, Terrains & travaux – n°32 (2018/1), pp. 129-153.

Bietlot M. (2022), Les grandes périodes de l’histoire associative (suite). Dans Collectif 21, Cent ans d’associatif en Belgique... Et demain ?, Agence Alter Éditions, pp.133-137

Boschma R. (2005), Proximity and Innovation : A Critical Assessment, in Regional studies

Boussart K., Marziali V., Moriau J. (2025), Rapport de recherche, Accompagnement à la mise en place du PSSI – étude pilote sur l’offre de base

Chevallier J. (2005), Politiques publiques et changement social, Revue française d’administration publique, n°155, pp. 383-390

De Leeuw E. (2025), Better not more, beyond proportionate universality in Healthy and Equitable Cities, presentation at ULB, Mai

Filippi M., Wallet F., Polge E. (2018), L’école de la proximité : naissance et évolution d’une communauté de connaissance », Revue d’économie Régionale & Urbaine, n°5-6, pp. 939-966

Francis-Oliviero F. (2022), Universalisme proportionné : évolution, appropriation et mise en place du principe, vers une réduction des inégalités sociales de santé. Médecine humaine et pathologie. Université de Bordeaux

Hagedorn Krogh A., Triantafillou P. (2024), Developing New Public Governance as a public management reform model, Public Management Review, September 2024

Malherbe A., Moriau J., Rosa E. Wagener M. (2019), La problématique du sans-abrisme à Bruxelles -limite de la gouvernance multiniveau dans l’application du principe de justice spatiale

Marmot M. et al (2010), Fair Society, Healthy Lives, The Marmot Review, Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010, London Institute of Health Equity

Moreno C. (2020). La ville du quart d'heure : Du concept à la mise en œuvre, Chaire ETI – IAE Paris, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Moriau J. (2022). Les quatre étapes de la gestion publique du secteur associatif à Bruxelles (1945-2015). Dans Collectif 21, Cent ans d’associatif en Belgique... Et demain ?, Agence Alter Éditions, pp. 159-169

Moriau J., Bottero M. (2023). Territorialisation et intégration des politiques social santé : quelle place pour la question sociale ?, Pauvreté, n°40

Moriau J., Wetz E., Willaert A. (2020), Organisation de l’aide et des soins de première ligne en région bruxelloise, note de vision politique de l’inter-fédération ambulatoire, CBCS

Pasquier R., Rouzeau M. (2023). S’implanter pour durer : les politiques de territorialisation départementale comme stratégies de résistance, Politiques et Management Public, 40, 3°, pp. 323-338

Raworth, K. (2012). A safe and just space for humanity: can we live within the doughnut?, Oxfam

Skocpol T. (1991), The Urban Underclass. Washington DC, Brookings Institution Press

Torré A., Rallet A. (2005), Proximity and Localization, ADIS, Université Paris Sud, SADAPT, INRA INA-PG Paris

Touraine A., Dubet F., Hegedus Z., Wierviorka M. (1978), Lutte étudiante, Paris, Le Seuil

Vaillant Z., Bardes J., Rican S. (2020), De la discrimination positive à la discrimination territoriale : les quartiers en politique de la ville, inégaux face à la santé, Les Cahiers de la LCD, vol. 12, n°1, pp. 67-91.

Vrancken D. (2022), Le territoire et les usagers : double impensé et double défi pour les politiques sociales, dans P. Artois (Éd.), Comprendre la territorialisation pour repenser les politiques sociales et l'intervention sociale (pp. 113–127). Éditions de l'Université de Bruxelles

NOTES

¹ Plan Social Santé Intégré, Le référentiel, 2022, p. 19 ; https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/uploads/documents/Docs%20divers/PSSI_FR.pdf

² Rapport disponible sur : <https://www.crebis.be/nos-recherches>

³ Plan Social Santé Intégré, Le référentiel, 2022, p. 19 ; https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/uploads/documents/Docs%20divers/PSSI_FR.pdf

⁴ Eurostat, PIB par habitant en SPA, mise à jour 10.07.2025, <https://ec.europa.eu/eurostat>

⁵ C. Maertens de Noordhout et al., Évaluation de la performance du système de santé : soins des personnes vivant avec des maladies chroniques, KCE report 352B, Belgique, 2022. Consulté sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/2022-04/KCE_352B_HSPA_Soins_Maladies_Chroniques_Rapport.pdf

⁶ Enquête Solidaris, Renoncement aux soins pour des raisons financières, Belgique, 2024. Consulté sur : <https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2024/12/Report-de-soins-2024-VF.pdf>

⁷ O. Verhaeghe, Plus de 526.000 malades de longue durée : un record historique en Belgique, L'écho, 20.12.2024. Consulté sur : <https://www.lecho.be/dossiers/emploi/plus-de-526-000-malades-de-longue-duree-un-record-historique-en-belgique/10579728.html>

⁸ Surkyn et al. (2023), et Van Meeteren et al. (2007à), cités par : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Baromètre social 2023, Bruxelles : Vivalis.brussels, 2023. Consulté sur : <https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2024-03/Barometre-2023-FR.pdf>

⁹ PSSI, op.cit, p. 19

¹⁰ Traduction libre par les auteurs : « l'on ne peut pas déduire de la co-localisation des acteurs qu'ils auront nécessairement des relations directes entre eux ».