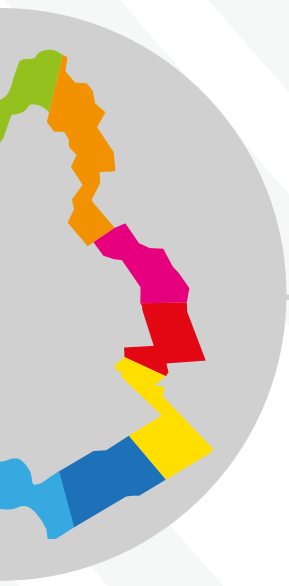




RETOUR D'EXPERIENCE APRES LA CRISE COVID-19 A BRUXELLES

UNE REVUE TRANSVERSALE ET INTEGREE
SEPTEMBRE 2020



● Vers des soins de proximité

Introduction	2
I. Définir les contours de la "crise COVID" pour la première ligne de soins	5
I.1/ Du côté des personnes ayant des besoins de soins et d'aide	5
I.2/ Du côté des soignants	7
I.3/ Effets sur l'offre de soins	7
II. L'adaptabilité de l'organisation et la continuité des soins hors urgences	8
II.1/ La crise : "proof of concept" de domaines et modes d'action ?	8
II.2/ Recompositions de la distribution des fonctions entre les parties de l'offre de soins	9
II.3/ Conditions du maintien de la continuité de soins hors urgences COVID	12
III. Une approche locale au niveau d'un quartier ou d'une commune comme maillon mieux structuré pour les soins et mieux lié aux citoyens ?	15
III.1/ Fonctions au niveau du quartier	15
III.2/ Plus de place pour les citoyens dans la santé ?	16
IV. Dix pistes d'actions	17
1 - Définir collectivement la santé	17
2 - Favoriser les dynamiques inclusives	17
3 - Assurer la lisibilité de l'offre socio-sanitaire	17
4 - Soutenir les dynamiques locales (approche quartier, responsabilités populationnelles...)	18
5 - Penser les lieux d'hébergement (pour les personnes âgées, handicapées ou les publics spécifiques) comme des lieux de vie intégrés	18
6 - Rendre la mobilité "multidirectionnelle"	18
7 - Préparer les relations de soins aux situations délicates	18
8 - Développer la culture palliative	19
9 - Simplifier ou déléguer la gestion administrative	19
10 - Assurer des lieux de pilotage et des plans de pilotage en temps de crise des services publics et de proximité à Bruxelles	19
Conclusion	20
Bibliographie	22

INTRODUCTION

CONSTATS ET PROBLEMATISATION

Durant le premier pic de contaminations de COVID-19 en Belgique, entre mars et juin 2020, les hôpitaux, les soins de premiers recours et soins primaires généralistes, dont les soins à domicile, ainsi que les professionnels du social, de la santé mentale, les organisations bas-seuil et les structures d'accueil se sont organisés pour faire face à l'urgence. Dans un premier temps, les projecteurs ont beaucoup été tournés sur les hôpitaux, acteurs emblématiques du paradigme biomédical de la santé, qui a largement guidé la gestion politique de la crise. Cependant, c'est l'ensemble du système santé-social qui a été mis à rude épreuve pour faire face à une situation de "crise". Cette situation se caractérise par la présence d'un virus à contagiosité élevée, potentiellement mortel en particulier pour les personnes les plus fragiles, c'est-à-dire les personnes âgées, les personnes immunodéprimées et les personnes souffrant déjà d'autres maladies aiguës ou chroniques. Elle a conduit à une restriction forte de la mobilité des personnes et des liens sociaux qu'elle permet, encourageant des liens médiatisés par les technologies de communication et l'isolement physique. Cette situation a touché un système de santé qui se sentait déjà fragilisé et qui n'était pas préparé pour une maladie infectieuse de masse simultanée, tant du côté des hôpitaux dotés de capacités limitées dans les services infectieux que du côté des professionnels des soins et de l'aide.

Dans ce contexte, on peut supposer que si les urgences hospitalières avaient été envahies par les problèmes courants, elles n'auraient pas pu faire face aux nouveaux besoins liés au coronavirus. Il semble que les hôpitaux aient pu "tenir" et absorber l'affluence de cas en partie grâce aux autres acteurs du système de soins. Parallèlement cependant, de nombreux problèmes de soins et d'aide qui surviennent couramment sont restés non accompagnés, tandis que les non-recours ont augmenté et que certains déterminants psycho-socio-environnementaux de la santé se sont vus mis à mal. Or, aujourd'hui, avec la fatigue d'un grand nombre de soignants, les soins primaires apparaissent "à risque" de n'être pas en mesure de poursuivre l'effort face à une triple menace : celle du virus qui reste présent, celle des problèmes qui ont émergé ou se sont aggravés durant la période de mars à juin, et enfin celle du retour des situations de routine qui n'ont pas ou moins été suivies durant le confinement.

Qu'il y ait ou non de prochaines "vagues" pandémiques dans les mois qui viennent, il apparaît que le système de santé doit se préparer à vivre avec la COVID et l'intégrer dans son fonctionnement en l'attente de solutions de maîtrise voire d'éradication de l'épidémie, comme il l'a fait auparavant avec d'autres pathologies infectieuses que l'on connaît. Quoiqu'il arrive, il y a une deuxième vague d'effort à fournir par le système de soins pour faire face aux vulnérabilités de tous ordres qui n'ont pas ou moins reçu d'attention pendant le confinement et se sont parfois aggravées. De même, fort des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé, on peut aisément supposer que les conséquences économiques de la crise sur l'emploi et la précarité ne manqueront pas d'affecter l'état de santé physique et mentale d'une partie de la population.

QUESTIONS TRANSVERSALES

BRUSANO souhaite apporter sa contribution à la réflexion sur la manière dont le système de soins peut s'adapter à ce nouveau paramètre et plus largement à l'incertitude des situations individuelles et collectives qui se présentent et sont susceptibles de se présenter à nouveau à l'offre de santé. De nombreux éléments de réflexion et témoignages ont afflué dans les médias généralistes et professionnels pour raconter comment les différents métiers, structures et secteurs de l'aide et des soins ont traversé cette période. BRUSANO s'est appuyé sur ces articles pour comprendre la manière dont, à Bruxelles, les différentes parties du système ont interagi durant la crise, pour



intégrer les nombreuses analyses sectorielles ou professionnelles qui ont été produites et élaborer une analyse transversale, centrée sur la question suivante :

QUELLE A ÉTÉ LA CAPACITÉ DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE, EN INTERACTION AVEC LES AUTRES SECTEURS, À S'ORGANISER POUR PERMETTRE LA CONTINUITÉ DES SOINS, EN DEHORS DES URGENCES COVID ?

Il importe en effet de comprendre quelles sont les capacités de coordination entre les différentes parties du système. Quels canaux structurels de collaborations ont fonctionné et montré leur efficacité ? Quels canaux ont été insuffisants ? Lesquels ont dû être créés ? De quoi aurait besoin le système pour pouvoir soutenir le changement, sans travailler sur et dans l'urgence ?

OBJECTIFS

Avec cette note, BRUSANO poursuit les objectifs suivants :

- Collecter les bonnes pratiques et identifier les manques dans l'adaptation à la présence à long terme de la menace épidémique et renforcer le fonctionnement structurel des collaborations à Bruxelles,
- Nourrir le plan d'action de BRUSANO et les diverses réflexions en cours à Bruxelles (Plan de relance, Plan Intégré Social-Santé...).

HYPOTHÈSES

"Les études de cas montrent que ce qui compte dans les moments de crise, ce ne sont pas tant les procédures et outils à la disposition des participants, que la capacité de se coordonner. Or, ceux-ci dépendent pour beaucoup des formes d'interconnaissance et d'interaction préexistantes ou qui se mettent en place durant la crise"¹. Suivant la réflexion d'Henri Bergeron et ses co-auteurs, on peut faire l'hypothèse que là où existaient déjà des liens (collaborations de routine, confiance entre certains acteurs), des initiatives ont pu émerger.

On peut également supposer que quand l'action publique est restée limitée et perçue comme tardive par endroits, des acteurs encore discrets ont émergé comme parties prenantes de l'offre de services santé-social.

Enfin, les liens et parties les plus fragiles du système de santé ont été mis sous tension. Cet épisode peut donc révéler les fragilités du système et les éléments qu'il convient de renforcer. Inversement l'examen des témoignages peut révéler certaines forces de l'offre social-santé en tant que système.

MÉTHODE

Pour réaliser cette note, BRUSANO a rassemblé une cinquantaine d'éléments de littérature (scientifique, revues professionnelles ou sectorielles, enquêtes, littérature grise et media généralistes), sélectionnés selon leur pertinence au regard de la situation à Bruxelles, des axes stratégiques de BRUSANO et de la question transversale posée ci-dessus. Nous avons également

cherché des références qui témoignent de l'expérience des différents professionnels et secteurs qui composent les soins et l'aide santé-social à Bruxelles. Etant donnée la pléthore de références et le délai de réalisation de cette note, cette revue est non exhaustive. Elle comprend une dizaine de références en néerlandais. Elle est limitée également par un "biais de publication", certains acteurs étant plus prolifiques que d'autres. BRUSANO s'est également appuyée sur sa propre expérience, constituée à la fois des échanges avec ses partenaires et des contacts avec prestataires et patients via le service téléphonique d'orientation (Ligne Helpdesk). Cette note présente une analyse thématique transversale de l'ensemble de ces éléments.

PLAN

Pour examiner comment les collaborations interprofessionnelles se sont organisées ou recomposées autour des soins hors urgences COVID, en particulier dans les situations complexes, cette revue se divise en quatre parties. D'abord, nous tracerons les contours de la crise pour la première ligne de soins, entendue dans un sens large. Nous regarderons comment l'organisation des soins hors hôpital s'est adaptée et quelles conditions ont favorisé ou non la continuité des soins non liés aux urgences COVID. Puis, nous examinerons en quoi et dans quelles conditions une approche locale des soins peut constituer un maillon pertinent de structuration des soins, faisant la part belle à la participation citoyenne. Ensuite nous proposerons une série de pistes d'actions pour soutenir le changement nécessaire pour permettre des soins intégrés de proximité



I. DEFINIR LES CONTOURS DE LA "CRISE COVID" POUR LA PREMIERE LIGNE DE SOINS

La période de mars à juin 2020, qui a correspondu non seulement à un pic des contaminations et des cas graves de Coronavirus, mais également au confinement de la population, a pris des tours particuliers pour les différents acteurs : les personnes ayant des besoins d'aide et de soins d'une part et les soignants d'autre part. Enfin, les situations rencontrées de part et d'autre ont conduit à des effets sur le système de soins en général.

I.1/ DU COTE DES PERSONNES AYANT DES BESOINS DE SOINS ET D'AIDE

NOMBREUX PROBLEMES NON ACCOMPAGNES

De nombreux problèmes sont restés sans suivi ni prise en charge durant la période, dont certains sont des problèmes habituellement présents et d'autres des problèmes exacerbés par le confinement², par les gestes barrières, par l'angoisse liée à la crise, par les variations dans la disponibilité des services de soins et pour lesquels une réponse suffisante n'était pas prête. En particulier, la peur de contaminer, de contaminer les autres et de "peser" sur les soignants et le système de santé a pu conduire à des situations d'isolement fortes et d'annulation de recours aux soins et à l'aide. "Les mécanismes déjà en place de non-recours s'accroissent avec la fermeture de différents services, les injonctions à rester chez soi et à ne pas surcharger les services de première ligne, l'isolement social accru"³.

On peut pointer notamment parmi ces problèmes, ceux qui sont liés à la fin de vie : difficulté d'accompagner les proches hospitalisés et augmentation des besoins d'accompagnement psychologique spécifique lié au deuil en situation de crise (traumatisme de la mort, difficulté à réaliser les rituels habituels...) ⁴. De même, la modification des pratiques hospitalières en contexte de crise aura également eu des conséquences sur l'entrée dans la vie, qui auraient probablement nécessité un accompagnement : impossibilité pour un conjoint ou proche d'accompagner une femme à la maternité, rapportage de situations vécues comme des violences obstétricales⁵. La Fédération Laïque de Centres de Planning Familial a signalé également un risque de baisse des recours à l'IVG, alors même que le secteur pharmaceutique témoigne d'une hausse des ventes de tests de grossesse de près de 25% d'après Ophaco⁶⁻⁷.

D'autres problèmes sont liés aux situations de restriction de la mobilité, comme le huis-clos familial ayant conduit à des violences intrafamiliales et comme l'immobilité physique ayant eu des effets délétères sur la santé de certaines personnes malades chroniques (déséquilibre du régime alimentaire d'un diabétique, pied diabétique avec amputation). Ces personnes ont pâti d'un suivi parfois défectueux de leur pathologie chronique ou ont vu celle-ci s'accroître²⁻⁸. Troubles psychiques et/ou expressions de solitude sont également rapportés⁹, ainsi que la stigmatisation de certains groupes cibles ou le nombre élevé de victimes parmi les personnes sans-abris.

Le paradoxe de la continuité des besoins en suivis chronique et de la recrudescence des besoins en accompagnement d'une part avec l'augmentation du non-recours aux soins et à l'aide et la préparation insuffisante de l'offre à absorber ces besoins d'autre part, a pu conduire à un manque d'accompagnement pour ces besoins.

De surcroît, une partie de la population n'a pas été touchée par les campagnes d'information et de prévention, soit parce qu'elle n'utilise pas les canaux d'information officiels, soit parce qu'elle a interprété les messages de manière erronée.

CERTAINS DETERMINANTS PSYCHO-SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTE MIS A MAL

"Les personnes les plus précarisées et les plus fragilisées de notre société paient un très lourd tribut à cette crise : des personnes sans-abri n'ont plus d'endroit où dormir ni se reposer ; des personnes dépendantes de l'aide alimentaire ne peuvent compter que sur un nombre restreint de colis, des travailleurs au noir sont livrés à eux-mêmes, des ex-détenus en remise de peine ne savent pas où se loger ; des travailleurs et travailleuses du sexe sont privés d'activité et donc de revenus"⁸⁻¹⁰⁻¹¹. On peut ajouter à cette liste non exhaustive des publics particulièrement vulnérables les personnes sans statut de séjour, les étudiants étrangers comme certains parmi les étudiants belges... La combinaison du confinement et du ralentissement de l'activité économique a eu et continue de produire des effets sur les principaux déterminants psycho-sociaux de la santé : possibilité de maintenir une activité physique, accès à l'alimentation, accès à l'emploi, au logement... De même, les personnes n'ayant pas accès aux technologies de l'information et de la communication se sont trouvées dans une situation d'autant plus fragile que de nombreuses initiatives impliquent un usage de ces technologies. La "précarité", en tant que condition fortement soumise à l'aléa, a montré son sens, là où des personnes déjà sur la corde raide dans ces domaines ont vu leur situation s'aggraver. En ce sens et étant donné le poids connu de ces déterminants sur la santé, on peut s'attendre à ce que la crise traversée opère comme une bombe à retardement pour les soins hors COVID et l'accompagnement psychosocial post-crise, sans mentionner les besoins d'aide sociale, qui sont susceptibles de complexifier les situations individuelles.

EMERGENCE ET MISE EN EXERGUE DE BESOINS JUSQU'A PRESENT CONSIDERES COMME MOINS "URGENTS" QUE CEUX QUI APPELLENT UNE REPONSE MEDICALE

L'épisode de crise de mars à juin a mis au centre des préoccupations des questions éthiques fortes, devenues brutalement plus saillantes pour un grand nombre d'acteurs.

Qu'est-ce qu'un soin essentiel ?

Tout d'abord, elle a mis en évidence la difficulté à définir ce qu'est un soin "essentiel" et "urgent". On peut y voir une opportunité jusqu'à présent manquée de définir, de manière concertée entre différentes professions et représentants de patients, ce qu'est un soin "essentiel" et "urgent", tenant compte de la vision du bénéficiaire du soin et de l'aide, et de ses aidants informels.

En effet, nous nous sommes trouvés face au paradoxe de dispositifs mis en place pour stopper la propagation du virus, qui du même coup, ont parfois coupé les liens qui soignent dans des moments décisifs : "On ne peut pas, sous peine de renier notre humanité, choisir la préservation de cette vie nue, de cette vie biologique au détriment de ce qui en fait une existence humaine en lui donnant son sens, son prix, sa grandeur : partager ses moments décisifs, naissance, maladie, vieillissement, mort."¹²

Besoins de réparation pour les personnes âgées

"Il faudra aussi relire attentivement cette page sombre de l'épidémie que furent la négligence, le refus de soins et puis l'enfermement des aînés. Et puis leur présenter nos excuses et mettre en place des dispositifs et une vigilance pour ne plus jamais commettre de telles défaillances"¹³⁻¹⁴. Cet appel invite à considérer la responsabilité collective de créer les conditions pour que des balises puissent guider l'action des professionnels. Ce besoin de "réparation" éprouvé par une partie des aînés l'est également par les personnes handicapées résidant en structures d'accueil, leurs familles et les professionnels de ces structures, qui ont pu se sentir livrés à leur sort sans soutien de la part d'autres acteurs du système de santé¹⁵.

Besoin de soutien pour les soignants qui ont été confrontés à la mort dans des conditions difficiles

Les soignants ont parfois éprouvé un sentiment d'impuissance face à la mort de leurs patients¹⁶. Pour eux, des dispositifs ont été mis en place : psychologues, permanences téléphoniques, groupes de parole.

Besoins de sens

La crise COVID, qui survient par-dessus d'autres crises déjà présentes, notamment la crise climatique et environnementale à laquelle elle est liée, engendre et renforce un sentiment de perte de repères chez une part de la population. **"Ce virus inédit a, en quelques semaines, remis en cause nos fondements, nos convictions, nos manières de vivre et notre rapport aux autres"**, comme l'analyse Olivier Abel, philosophe protestant¹⁷.

I.2/ DU COTE DES SOIGNANTS

Les professionnels de santé ont fait face à l'incertitude caractéristique de cette crise à plusieurs égards :

- Perte de repères : les règles de travail ont été changeantes et parfois floues, voire incompréhensibles car communiquées de manière maladroite (cf. visites des familles dans les MR/MRS), laissant parfois les soignants face à des injonctions contradictoires ;
- La composition des équipes a été modifiée (absences, accueil de personnels détachés),
- Les situations à suivre ont parfois changé de nature, tandis que les situations habituelles sont restées et se sont parfois aggravées ;
- Les modalités de travail en équipe ont changé (distance, vidéoconférence, nombre de réunions...);
- La charge émotionnelle a augmenté ¹⁴⁻¹⁸ ;
- La diminution subie ou ressentie de la qualité des soins a pu engendrer stress et frustration, ainsi qu'un sentiment d'impuissance, alors même que ces sentiments étaient présents avant même la crise, comme l'ont montré les luttes sociales qui demandaient des revalorisations des salaires et des moyens alloués à la santé et au non-marchand ⁽¹⁴⁻¹⁹⁻²⁰⁾;
- Le risque de transmission du virus à sa famille et à ses proches a provoqué de l'inquiétude et de la peur, conduisant à des situations parfois cornéliennes pour l'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale ;
- Les soignants ont fait l'objet de regards hétérogènes de la part de la société : témoignages de soutien ou attitudes d'ostracisation par le voisinage.

I.3/ EFFETS SUR L'OFFRE DE SOINS

La situation de crise décrite ci-dessus et les formes qu'elle a pris pour l'ensemble des acteurs a conduit aux effets suivants sur l'offre de soins :

- Entre certains soignants : baisse du soutien mutuel qui pouvait habituellement se construire en présentiel et est rendu moins systématique avec des équipes spatialement séparées, dans un moment parfois vécu difficilement ;
- Surcharge des soignants qui sont restés actifs.



II. L'ADAPTABILITE DE L'ORGANISATION ET LA CONTINUITE DES SOINS HORS URGENCES

Comment se sont réorganisés les services de soins et d'aide face aux situations décrites dans le point ci-dessus ? Plus particulièrement, comment ont perduré les différentes fonctions caractéristiques des soins primaires (2) et quelles ont été les conditions de leur maintien²⁵ (3) ? Avant d'examiner ces questions, il convient de constater que les différents secteurs ont chacun réexaminé leur positionnement dans l'offre de soins et argumenté le caractère essentiel de leur présence au sein du système, même et parfois à plus forte raison en situation de crise sanitaire. L'expression de ce besoin de reconnaissance intervient dans un contexte où la légitimité de l'action a été largement octroyée à des acteurs essentiellement médicaux (virologues, épidémiologistes, médecins) au sein des différentes instances de gestion de la crise au niveau fédéral comme au niveau régional²¹ au détriment de professions paramédicales et d'accompagnement psycho-social (1).

II.1/ LA CRISE : "PROOF OF CONCEPT" DE DOMAINES ET MODES D'ACTION ?

La revue des références citées en bibliographie montre de manière forte que certains métiers souhaitent faire reconnaître que le contexte de crise a prouvé si besoin était leur utilité et la pertinence de leur action pendant la crise et au-delà, du fait de la nature du service offert et/ou de leur mode de fonctionnement (spatialité, mode de financement). Pour eux, la crise a agi comme une "proof of concept": une démonstration du bien fondé et de la faisabilité du service proposé.

MISE EN EVIDENCE OU RENFORCEMENT DE CERTAINES FONCTIONS

Ainsi, plusieurs fonctions, revendiquées par certains prestataires, sont mises en évidences :

La fonction d'orientation du médecin généraliste

Même si la place des médecins généralistes dans l'offre de soins a pu tarder à être mise à profit et malgré l'accès limité aux tests et au matériel de protection individuelle, il reste que plusieurs initiatives ont permis aux médecins généralistes d'intervenir dans la réception des interrogations et demandes du public par rapport à une éventuelle contamination, au tri de ces demandes et à leur renvoi éventuel vers l'hôpital ou des acteurs pertinents dans l'accompagnement. En ce sens, la fonction d'orientation / *gatekeeping* - c'est-à-dire la rencontre avec le patient avant son orientation vers d'autres services, en particulier ceux de la médecine spécialisée - souvent revendiquée par la médecine générale, s'est trouvée renforcée pour cette profession. Par exemple, certaines maisons médicales se sont organisées en recevant les patients suspectés d'être atteints par le virus : "*En raison du triage des médecins généralistes, de nombreuses personnes ne sont pas allées à l'hôpital inutilement*"²². De manière régionale, la FAMGB, la Croix Rouge et le 112 ont organisé un plateau de consultations médicales par téléphone pour accueillir les demandes de patients n'ayant pas de médecin généraliste ou dont le médecin généraliste n'était pas joignable. Cette initiative est née du constat qu'un Bruxellois sur trois n'a pas de médecin traitant ce qui devenait problématique à un moment où les patients inquiets étaient encouragés à s'adresser à leur médecin²³.

L'accompagnement psychosocial

Le Conseil Supérieur de la Santé a insisté sur le fait que les besoins en accompagnement psychosocial gagneraient à être mieux pris en compte, pour aménager une réponse à ces besoins, y compris pendant la phase de crise aiguë : besoins des soignants soumis à de fortes incertitudes, besoins de groupes spécifiques tels que les prestataires de soins qui ont traversé la maladie et survécu, besoin de la population. L'association francophone des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, Hospisoc, va dans le même sens et insiste sur l'importance d'investir dans les métiers de l'humain : "*Anticiper exige la mobilisation des différents secteurs de la vie mentale et sociale et des différentes expertises disciplinaires pour pouvoir agir de manière plus large sur la santé*"²⁵.

Prévention, promotion de la santé et action sur les déterminants de la santé

Si la médecine générale a pu contribuer à réduire la pression sur les hôpitaux pour "aplatir la courbe" des admissions, il en va de même de tous les secteurs agissant sur les déterminants psychosociaux de la santé, qui, dans le prolongement de leurs activités habituelles, se sont efforcés d'accompagner les situations des personnes vulnérables avant que celles-ci n'empirent et ne requièrent une réponse médicale ou une hospitalisation. A cet égard, plusieurs références soulignent l'importance des fonctions de prévention, d'action communautaire et de promotion de la santé²¹⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸. C'est le cas par exemple de l'expérience de Médecins Sans Frontières : "*Quand les différents cabinets ont contacté MSF pour déployer cette mission de formation à la prévention et à l'hygiène sur l'ensemble du territoire, ils leur ont demandé 'de quels profils de compétences avez-vous besoin ?' MSF a insisté sur le fait que la priorité, ce n'est pas spécialement d'avoir un médecin, mais d'avoir quelqu'un qui a des notions de **santé communautaire***"²⁸.

RENFORCEMENT DE MODES DE FONCTIONNEMENT

Les lignes d'appui téléphoniques

La possibilité de joindre des professionnels par téléphone, via la présence d'une permanence téléphonique, a permis à certains acteurs de toucher un large public et de maintenir la continuité de l'aide²⁹.

Le mode de financement au forfait

Il apparaît que le mode de financement forfaitaire, ait permis le maintien de certaines fonctions. "*Le système de financement forfaitaire de notre centre de santé de district a fait ses preuves. Nous n'avons pas à nous soucier des finances, nous pouvons nous concentrer sur ce qui était nécessaire*" témoigne un médecin de Medikuregem²².

II.2/ RECOMPOSITIONS DE LA DISTRIBUTION DES FONCTIONS ENTRE LES PARTIES DE L'OFFRE DE SOINS

JEU DE VASES COMMUNICANTS

Avec la transformation des conditions d'exercice des métiers de santé, l'écosystème des soins a connu un jeu de vases communicants pour certaines fonctions : information, veille et prévention, écoute, premier contact, orientation. Celles-ci se sont transférées à des degrés divers de certains métiers/prestataires et structures mis à mal par la crise - personnel restreint, changements de règles, inadaptation des dispositifs aux mesures barrières - vers d'autres alors mieux à même de répondre aux besoins émergents ou non assouvis du fait de leur position et dispositifs (officines de pharmacie ouvertes, appui téléphonique existant, système de financement forfaitaire, habitude de faire face à des situations extrêmes/d'urgence sanitaire, capacité à mobiliser son personnel et des bénévoles). En somme, le terrain laissé inoccupé par certains a conduit d'autres – de gré ou de force – à combler la demande, en transformant leur activité. Ces lignes auront-elles bougé durablement, reviendront-elles à leur position initiale ou évolueront-elles vers de nouvelles délimitations du partage des fonctions ?

Parmi les témoignages relatés dans les références analysées, on peut relever plusieurs exemples de professions qui ont vu leurs rôles se transformer :

- Le rôle de 1^{er} contact du pharmacien a fortement augmenté, probablement pour une population plus large qu'à l'accoutumée, jouant une fonction importante de veille, d'information, de prévention et d'orientation. En effet, les contacts téléphoniques avec les pharmaciens ont été multipliés par 3. Ils ont fait l'objet d'une forte demande d'information et d'explication à propos du coronavirus³⁰. L'augmentation du volume de livraisons à domicile a également mis les pharmaciens en position de mieux connaître les situations à domicile et d'en faire état au médecin généraliste, au besoin³¹.

- Le personnel dont le métier implique des passages à domicile (travaux de réparation, jardinage, aide domestique...), a vu son rôle de veille et d'assistance sociale se renforcer, en tant que témoins notamment de l'émergence de troubles psychologiques dus à la solitude et au contexte COVID. Leurs tâches ont également plus porté sur l'aide logistique à l'approvisionnement par exemple qu'aux travaux habituels de réparation et d'entretien. Ils ont également davantage écouté les personnes et joué un rôle d'orientation vers d'autres services d'accompagnement²³.
- L'association bruxelloise ADIB, centrée sur l'éducation permanente, et qui a touché un large public de personnes vulnérables diverses (personnes âgées, jeunes, étudiants, personnes handicapées, sans-abri, sans-papiers...), a vu son rôle d'orientation des personnes bénéficiaires vers les ressources adéquates se renforcer²⁹.
- Les Lokale Dienstencentra (LDC), centres de service locaux présents dans quasi toutes les communes bruxelloises, ont dû fermer leurs portes mais ont rapidement mis en place des initiatives pour apporter de l'aide (repas et course) et garder le contact, assurant de ce fait une fonction d'information et de prévention auprès des populations accompagnées.

En contrepartie, on observe que les recompositions dans les transferts de fonctions n'ont pas toujours eu lieu là où elles étaient possibles. Par exemple, les pharmaciens ont à plusieurs reprises mis à disposition leurs réseaux et leurs ressources permettant la distribution et le traçage des masques distribués à la population et aux soignants, sans que les autorités accèdent à cette offre.

Cependant, les revendications et les transferts de fonctions entre professions ou structures n'ont pas toujours suffi, dans un système mis sous tension, à absorber l'ensemble des besoins d'orientation, de veille, d'accompagnement ou de coordination, qui ont été adressés en d'autres points d'entrée du système.

POUSSEES VERS L'INTERSECTORIALITE, L'INTERLIGNE ET DIVERSIFICATION DES ACTEURS

En effet, pour d'autres fonctions, le jeu de vases communicants n'a pas suffi à combler des manques qui sont restés manifestes. Ces manques appellent donc davantage de collaborations ainsi qu'un élargissement des secteurs qui y répondent. La crise a donné lieu au renforcement de certaines collaborations, ainsi que pour certains, à l'expérience d'une complémentarité des compétences respectives.

Renforcement de collaborations :

Médecins et pharmaciens ont pu renforcer leurs collaborations pour assurer la continuité des traitements de patients chroniques dont l'état est stable, via des accords téléphoniques combinés à la prescription électronique³¹⁻³².

Certaines maternités néerlandophones ont davantage fait appel aux sages-femmes à domicile pour mettre en place des accouchements à domicile, dont le nombre a augmenté.

Expérience de la complémentarité des compétences :

Il est probable que la crise ait par endroit réussi ce que des projets ont promu de manière trop restreinte par d'autres moyens : favoriser une interconnaissance et donner à des professionnels différemment implantés dans l'offre de soins l'occasion de travailler ensemble et d'ainsi éprouver la complémentarité dans un objectif commun. *"Les maisons médicales et des médecins généralistes en général ont été appelés dans les zones de tri à l'entrée de l'hôpital, cette fameuse **seconde ligne de soins** qui est considérée dans notre monde comme celle qui nous a toujours mis des bâtons dans les roues dans notre histoire sociale. Finalement, n'y a-t-il pas un intérêt à travailler avec elle ?"*²⁸.

Répartition des tâches et complémentarité des actions, entre plusieurs catégories d'acteurs (organisations humanitaires, citoyens, autorités locales) :

La crise COVID aura probablement également réussi à insuffler "la santé dans toutes les politiques", ce que différentes initiatives – la plus connue étant celle des "Ville-santé" promue par l'Organisation Mondiale de la Santé – ont tenté de répandre jusqu'à présent avec des succès inégaux³³. A en juger par les acteurs qui se sont impliqués dans des initiatives au moment de la crise, la santé n'est pas restée seulement l'affaire des prestataires de soins et des personnes atteintes, elle est devenue aussi celle du secteur privé ou de services publics habituellement peu impliqués dans la santé comme la police.

Plusieurs initiatives engageant des collaborations ont vu le jour, soit de manière spontanée, soit dans le cadre d'un financement spécifique (par exemple l'appel à projet d'une fondation ou d'une institution publique).

Parmi les nombreuses initiatives observées à Bruxelles (voir par exemple, 29-32-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43), la plupart sont le fruit de collaborations entre deux à trois catégories d'acteurs parmi les suivantes : citoyens, prestataires de soins (dont structures de soins associatives, prestataires indépendants, établissements hospitaliers ou maisons de repos), structures de niveau intermédiaire (fédérations, structure d'appui), entreprises privées, services publics.

La plupart des initiatives mises en place sont tout à fait nouvelles, c'est-à-dire qu'elles ont créé un service qui n'existait pas auparavant, alors que d'autres consistent en des modifications de formes ou de contenu d'activités existantes, pour les adapter au contexte ou à de nouveaux besoins identifiés.

Chacun a construit sur ses forces et faiblesses : des entreprises ont réorienté leurs chaînes de production et réorganisé des filières d'approvisionnement, alors que certains services (comme c'est le cas de BRUSANO), ont délégué du personnel au sein d'autres organismes où les besoins étaient plus forts, tandis que les associations ont mis à profit leur réseau, leur savoir-faire et leur bonne connaissance de certains publics.

Les bénéficiaires de ces initiatives sont soit des soignants et les personnels restés actifs comme celui du commerce alimentaire ou ceux de certains services publics, soit le public général, soit des publics spécifiques, particulièrement vulnérables (victimes de violences intra-familiales, sans-abris, migrants, personnes en grande précarité, personnes isolées, personnes "à risque" face au COVID...).

Quelques grandes formes de services se découpent parmi ces différentes initiatives : la mise en place de dispositifs d'entraide visant à mettre en lien offre et demande d'aide, la coordination de l'aide, la confection et la distribution de matériel de protection individuel, le soutien psychologique ou logistique au personnel de santé.

Quelques exemples :

Médecins du Monde témoigne par exemple de la dynamique engagée entre différents acteurs autour des publics précaires : "Le fait que la société civile, les autorités locales et les organisations humanitaires se soient rapidement mobilisées a clairement fait la différence. Pendant que Médecins sans Frontières et la Croix-Rouge se dépêchaient de mettre en place des centres de quarantaine et que la Plateforme citoyenne et le Samu Social adaptaient et élargissaient leurs centres, des équipes de volontaires de Médecins du Monde réalisaient des consultations dans tout Bruxelles, y compris en rue, pour référer les cas suspects et fournir des soins non liés au virus"⁴⁴.

La COVID-19 barometer, système de monitoring fondé sur des enquêtes courtes et régulières auprès des différents métiers de la première ligne (dont médecins généralistes, Coördinerend en Raadgevend Artsen (CRA's) van de Woonzorgcentra (WZC), pharmaciens, Vroedvrouwenpraktijken, postes de triage, zones de première ligne) a été mis en place rapidement par un consortium de Vivel avec monde académique et start-ups. S'il a bien fonctionné en Flandres, il a cependant reçu moins de réponses à Bruxelles. Une explication possible pourrait être l'intégration insuffisante entre acteurs néerlandophones et francophones pour mobiliser les différentes professions⁴⁵.

Cependant, une initiative comme celle des soins de cohorte, reposant sur un partenariat entre pratiques de soins à domicile, qui a été mise en place avec succès en Flandres, n'a pas abouti à Bruxelles. Il s'agit de soins infirmiers à domicile pour des patients atteints par le coronavirus. Dans ce cadre, "une équipe permanente d'infirmiers est responsable des soins à domicile de ce groupe de patients pendant leur période de contagiosité. En séparant ces dispensateurs de soins et les patients concernés, on assure la continuité des soins tout en évitant la contamination croisée avec les patients non infectés et les autres dispensateurs de soins"⁴⁶.

Les expériences de collaboration interprofessionnelles et intersectorielles reposent sur la confiance entre les acteurs pré-existante ou acquise pendant la crise et l'ouverture à de nouveaux acteurs, rendant possible des avancées, notamment sur des blocages récurrents dans la gestion de la santé.

En particulier, le bond numérique que la crise a fait faire à la société dans l'usage quotidien des possibilités technologiques (école en ligne, télétravail et usage des plateformes de réunion en ligne) est mis en évidence par certains pour montrer que les citoyens sont en mesure d'acquérir des compétences numériques suffisantes pour être pleinement impliqués dans la production et la gestion de données de santé. Certains y voient donc la possibilité d'une grande avancée dans le sens d'une gestion citoyenne des données à usage scientifique. Cela nécessite de créer les conditions – dont la plus importante est une confiance réciproque – pour que les citoyens puissent décider de l'usage de leurs données de manière éclairée et contribuer à part entière à la recherche et à l'innovation⁴⁷.

Pour autant, si la dynamique d'un ensemble d'acteurs divers a pu réunir et concentrer les énergies dans un objectif commun et montrer son efficacité dans l'opérationnalisation des actions, la légitimité de certains acteurs (police, certaines entreprises et ONG) à intervenir n'est pas sans poser question à plusieurs égards. D'abord, les manifestations de civisme de certaines entreprises ayant bénéficié de régimes fiscaux avantageux heurtent les opposants à un modèle libéral dans lequel l'Etat-providence laisse la place à des formes de mécénat, dans des secteurs dépendants de ressources publiques et souffrant d'un manque chronique de moyens. Ensuite, si l'apparition sur la scène bruxelloise d'acteurs originellement urgentistes ou développementistes met en évidence la présence structurelle de populations particulièrement fragilisées en situation d'urgence sanitaire et sociale, la présence de ces acteurs interroge les secteurs mandatés et financés par l'action publique pour gérer l'accompagnement de ces situations. Ces derniers redoutent l'affermissement d'un système à deux vitesses dans lequel le raccrochage des populations vulnérables au régime général est compliqué. De même, "Donner des colis aux pauvres relève d'une époque révolue. Les volontaires et les services qui les distribuent font un travail remarquable, mais nous devons migrer vers un **système plus progressiste et surtout moins stigmatisant**", rappelle la secrétaire générale à la Fédération des services sociaux⁴⁸. C'est donc la question du financement de l'action (origine des fonds, modes de financement et choix des initiatives financées) auprès des populations les plus vulnérables qui se pose et par là-même, la place que l'on décide de leur accorder dans l'offre de soins. Enfin, il convient de se demander quelle vision de la santé se diffuse "dans toutes les politiques". A cet égard par exemple, l'institution qu'est la police et ceux qui la composent jouent un rôle ambivalent : tantôt porteuse des mesures de surveillance et de répression d'une vision techniciste de la santé, tantôt attentive à garantir la protection des citoyens dans une vision plus préventive de la santé, comme le montre l'exemple de l'initiative de la police schaarbeekoise concernant les violences conjugales⁴³.

II.3/ CONDITIONS DU MAINTIEN DE LA CONTINUITÉ DE SOINS HORS URGENCES COVID

L'offre de soins s'est organisée ou réorganisée à plusieurs niveaux, éventuellement cumulés :

- En interne, dans chaque structure ou individuellement pour les prestataires indépendants,
- Entre plusieurs structures et prestataires qui avaient l'habitude de travailler ensemble,

- Entre prestataires et structures qui n'avaient pas encore vraiment travaillé ensemble,
- A un niveau méso ou régional, entre fédérations, représentants professionnels, responsables politiques et administratifs.

A ces différents niveaux, on remarque des conditions plus ou moins favorables à l'adaptation de l'organisation des soins.

CONDITIONS DEFAVORABLES AU NIVEAU DES PRESTATAIRES

Quelles ont été les conditions rendant difficiles la poursuite de l'activité et la continuité des soins durant la crise, au niveau des structures et prestataires ?

- La nécessité de respecter les mesures barrières,
- Le manque d'équipements de protection individuelle et le flou par rapport aux recommandations de leur utilisation (en début d'épidémie),
- La peur des soignants/des professionnels, souvent alimentée par le manque de clarté des directives, et la réduction du personnel qui s'en est suivie (absentéisme) ;
- Le manque de définition de ce qu'est un soin urgent ;
- L'accentuation des mécanismes de non-recours (services non disponibles ou surchargés, injonction à rester chez soi et à différer ce qui n'est "pas urgent", isolement social accru...);
- Les paradoxes entre éthique et valeurs d'une part et opportunités opérationnelles d'autre part, comme dans le cas du Samu-Social qui s'est vu bénéficier d'un don de véhicules perçus comme luxueux, en décalage avec son public cible³⁸, ou l'association Gastrosophe, ayant à cœur la défense de l'agriculture paysanne qui s'est vu offrir des denrées par l'entreprise Lactalis⁴⁸ ;
- La peur de la captation de clientèle, de la part des professionnels qui ont continué à travailler "comme avant".

CONDITIONS FAVORABLES AU NIVEAU DES PRESTATAIRES

Quelles ont été les conditions favorables ayant permis à certaines structures et prestataires non seulement de maintenir leur activité, voire de la renforcer, mais aussi de l'adapter à la crise ?

- Le fait d'être ouvert, avec un dispositif de type boutique à rue (comme les pharmacies), quand d'autres sont fermés ou accessibles prioritairement via le téléphone ou la vidéoconférence ;
- Le fait d'avoir un dispositif d'appui téléphonique déjà en place ;
- La capacité à mobiliser son personnel et/ou des bénévoles ;
- La capacité à travailler avec des entités d'autres secteurs que le sien (social, santé mentale, prévention et promotion de la santé...), y compris dans le domaine commercial (commerces, supermarchés...);
- L'existence d'un lien de confiance et d'une expérience de collaboration entre organisations et/ou secteurs différents ;
- La capacité à transformer rapidement le modus operandi (organiser une continuité téléphonique, aller vers les publics les plus vulnérables et isolés...), renforcée parfois par l'expérience précédente des attentats, et favorisée par le système forfaitaire dans le cas des maisons médicales ;
- Un système de financement au forfait qui permet un maintien de l'activité, malgré l'absence "d'actes";
- L'habitude de faire face à des situations extrêmes/d'urgence sanitaire (MDM, MSF, Croix Rouge, Samusocial, secours aux plus démunis...);

- La primauté de l'esprit de coopération sur le respect scrupuleux des règles administratives³⁸ ;
- L'existence d'un lien de confiance fort entre prestataires/soignants et soignés/accompagnés²⁸;
- Le lien existant avec certains publics et la capacité à les atteindre et à assurer la veille des situations à risque ou problématiques ;
- La capacité à mobiliser des prestataires ou à leur proposer un service, issue d'une légitimité à agir reposant sur un mandat ou des liens de partenariats établis (par exemple, Huis Voor Gezondheid entretient un lien direct avec les groupes représentants différents métiers).

CONDITIONS DEFAVORABLES AU NIVEAU "POPULATION"

Si les initiatives citoyennes et locales ont montré leur pertinence et leur efficacité, il reste qu'elles reposent souvent sur le supplément d'âme de certains (entreprises, bénévoles, prestataires et travailleurs), ce qui ne garantit pas que certaines personnes ne resteront pas sur le côté et ce qui n'offre pas de solution structurelle et durable à des problèmes récurrents. Cela demande non seulement la mise en place de dispositifs qui s'attaquent aux causes, mais également la mise en place d'une responsabilité collective sur un territoire donné (notion de "population de responsabilité") : *"La plupart du temps, les tentatives pour améliorer la santé et le bien-être d'une population sont minées parce que les efforts ont tendance à se concentrer sur d'autres priorités que les causes sous-jacentes, à savoir les déterminants de la santé et les inégalités de santé. C'est pour cette raison que nous avons besoin de passer d'une attitude de résolution de problème centrée sur une approche par pathologies à la mise en place d'une responsabilité vis-à-vis d'une population sur un territoire donné"*⁴⁹.

Par exemple, *"C'est particulièrement le cas de l'aide alimentaire. Aujourd'hui, 450.000 personnes n'ont pas les revenus leur permettant de se nourrir en suffisance et ont recours à l'aide alimentaire en Belgique au travers de colis, de restaurants sociaux, d'épiceries sociales. Aujourd'hui, avec les mesures de confinement et la mise à distance du public âgé, considéré comme particulièrement vulnérable, c'est tout un système, déjà très fragile, qui prend l'eau"*³.

Quels ont été les conditions rendant difficile la poursuite de l'activité et la continuité des soins durant la crise, au niveau de la couverture "population"?

- L'absence de cadastre clair et à jour en 1^{ère} ligne (prestataires indépendants, nombreux métiers, nombreuses structures associatives diverses) ;
- Les mécanismes de représentations professionnelles non systématiques et insuffisants pour permettre une organisation concertée et relayer les directives au terrain, en particulier du côté francophone ;
- Un système de santé axé **"sur la réaction et non la prévention, avec un focus sur le curatif, la spécialité et la technicité"**. Ce phénomène est d'autant plus marqué en Belgique, avec un **système de santé affecté par le morcellement entre niveaux de pouvoir (fédéral, régions et communautés), secteurs (privé et public), et réseaux d'appartenance philosophique ou politique**⁵⁰⁻⁵¹, ainsi que par le financement majoritairement à l'acte, qui ne permet pas d'agir de manière proactive, ni de financer la concertation permettant d'organiser les soins pour la population de responsabilité ;
- Le manque de politiques proactives permettant aux personnes âgées de faire connaître leurs souhaits en matière de lieu de vie, de plan de soins et d'aide, en ce compris pour leurs souhaits d'accompagnement de fin de vie ;
- Le manque d'importance accordée à certains secteurs tels que les soins et l'accueil des personnes âgées et personnes handicapées.

III. UNE APPROCHE LOCALE AU NIVEAU D'UN QUARTIER OU D'UNE COMMUNE COMME MAILLON MIEUX STRUCTURE POUR LES SOINS ET MIEUX LIE AUX CITOYENS ?

En lien avec l'un de ses axes de travail, BRUSANO a été attentive aux mentions, parmi les références sélectionnées, d'initiatives développées à une échelle locale et faisant intervenir des citoyens. D'abord, quelles sont les fonctions qui se sont mises en place à l'échelle du quartier, de quels facteurs favorables ont-elles bénéficiés et quelles ont été leurs modalités d'action (1) ? Ensuite, de quelle manière et dans quels domaines l'action citoyenne a-t-elle pris forme (2) ?

III.1/ FONCTIONS AU NIVEAU DU QUARTIER

PLAIDOYERS POUR UN RENFORCEMENT D'UNE STRUCTURATION INTEGREE DES SOINS AU NIVEAU LOCAL

Dans leur analyse de la crise, plusieurs références expriment un plaidoyer pour un renforcement d'une structuration des soins au niveau local. Certains appellent de leurs vœux une résilience individuelle et collective, un esprit communautaire et une solidarité en tant que facteurs de prévention des traumatismes potentiellement créés ou renforcés pendant la crise. D'autres, tels que les maisons médicales, plaident également pour gestion territorialisée du système de santé, au moyen de petits réseaux de soins impliquant différents acteurs²⁸. "*Le centralisme belge ou flamand n'est pas une solution, au contraire d'une décentralisation radicale vers le local*", intégrant les déterminants psycho-socio-environnementaux de la santé⁵².

FORCES POTENTIELLES D'UN MAILLAGE LOCAL

Quelles sont les forces potentielles d'un tel maillage ? Le RML-B, avant d'intégrer BRUSANO, avait analysé les atouts d'une approche locale de la santé⁵³. Dans le corpus sélectionné ici, les références pointent l'intérêt d'un tissu existant de nombreuses structures qui sont en lien avec les citoyens, les familles, les personnes isolées et peuvent jouer un rôle de veille des situations à risque ou problématiques.

C'est le cas par exemples des écoles et des crèches comme "Vindplaats" par lesquelles passent de nombreuses familles avec enfants : durant la crise, elles ont maintenu des contacts individuels et une bonne vue sur ensemble des problèmes sociaux et de santé vécus par toute la famille (enfants, adultes, personnes âgées).

De même, les centres de services, Lokale Dienstencentra (LDC), restaurants sociaux, pharmaciens d'officine sont en capacité de joindre les personnes isolées ou plus âgées sans liens avec des enfants et bénéficient d'une vue importante sur les difficultés quotidiennes constatées dans le cadre de la crise COVID.

OBSTACLES / FREINS

La difficulté est que le développement de systèmes locaux de soins demande une bonne coordination entre le fédéral, les régions et les communautés, chacun responsables d'une partie des compétences de santé⁵¹.

L'autre limite possible est la multiplication de réseaux de petite échelle, centrés sur une seule profession, qui ne soient pas bien connectés et articulés entre eux.

Enfin, une telle organisation nécessite également des structures pour permettre de faire remonter de manière dynamique les informations concernant les besoins de la population au niveau local, auprès des responsables (par exemple les systèmes permettant de signaler les problèmes, à laquelle une réponse structurelle peut être donnée, au niveau de certaines zones de première ligne en Flandre).

MODES D'ACTION

Modification des modes d'approche des populations :

Tandis que les activités communautaires et l'accueil en cabinets ont été suspendus d'un côté, des dispositifs d'outreaching ont été mis en place vers les plus vulnérables de l'autre côté (initiatives d'appeler les personnes à risque pour la COVID, mais aussi les personnes souffrant d'isolement ou de maladies nécessitant un suivi)³⁹.

Le rôle de la ville pour une santé urbaine : inclusion des groupes vulnérables, dont les personnes âgées

Expérimenter l'intégration de l'hébergement des groupes à risques (pour le coronavirus mais aussi vis-à-vis de l'isolement, de la solitude, de la précarité économique et sociale) dans le tissu urbain permettrait de structurer des soins en lien avec l'environnement mais également d'éviter le travers de la "ghettoisation" de populations parmi lesquelles le virus peut rapidement se propager. Plusieurs acteurs plaident pour l'existence de petites structures d'accueil des personnes âgées, intégrées dans la ville⁵⁴⁻⁵⁵⁻⁵⁶ comprenant un *"lien avec le reste de la société, {et la} participation des personnes âgées à la détermination de la forme de logement et de soins et {une} approche holistique des soins dans laquelle le bien-être des personnes âgées est au centre"*⁵⁴. L'intégration passe également par la suppression des cloisons entre établissements (MR / MRS) et soins à domicile⁵⁵. Ces évolutions participent de la revalorisation du vieillissement et de la place que la société ménage pour ses personnes âgées.

Plus largement et pas seulement pour les personnes âgées, certains plaident pour des soins infirmiers organisés en réseaux de petite échelle, en interdépendance avec le quartier⁵⁵.

III.2/ PLUS DE PLACE POUR LES CITOYENS DANS LA SANTE ?

Différentes références montrent un renforcement de la figure du citoyen acteur et responsable, qui a démontré pendant la crise sa capacité à contribuer à l'effort collectif, à initier des actions de solidarités et donc "gagné" sa place dans les structures de gouvernance, c'est-à-dire dans l'élaboration des décisions, a minima au niveau des projets et à une échelle locale.

CE QUI EST PLÉBISCITÉ

En adéquation avec l'approche de promotion de la santé et le besoin d'anticiper et de prévenir qu'elle sous-tend, certains engagent à considérer les citoyen.ne.s, non pas comme des réceptacles d'anxiété ou des délinquants à rendre dociles, mais comme des forces vives à même de contribuer à la veille des problèmes et capables de créativité et d'entraide dans la conception et mise en place de solutions²¹. D'autres soulignent l'intérêt de travailler en synergie : citoyen.ne.s, ASBL et commune⁴².

QUELS REPERTOIRES D'ACTION CITOYENS ?

Au niveau local, on a vu apparaître de nombreuses initiatives citoyennes, dont le modus operandi de prédilection est le réseau social (facebook, Whatsapp), pour mettre en lien des besoins et des solutions⁴⁰, éventuellement via des associations comme à Molenbeek⁴².

Ces dispositifs ont parfois été mis en place à l'initiative de la commune (comme le service urbanisme et prévention à Schaarbeek) : *"Deux critères ont guidé notre choix : la proximité géographique et la compatibilité des attentes et agendas"*⁴².

DES DOMAINES D'ACTION SPECIFIQUES ?

Les domaines de prédilection des initiatives citoyennes semblent être la détresse matérielle (dont l'aide pour l'approvisionnement), l'aide alimentaire, la solitude et isolement⁴².

IV. DIX PISTES D' ACTIONS

Afin de soutenir l'organisation d'un système de soins et d'aide capable d'adaptations et de résilience face aux situations complexes et inédites, qu'elles soient collectives ou individuelles, BRUSANO souhaite mettre en évidence dix pistes d'action :

1 - DÉFINIR COLLECTIVEMENT LA SANTÉ

S'accorder sur une définition large de la santé impliquant l'ensemble de la société et tous les secteurs de gouvernance et, à tous les niveaux de pouvoir, en faire une priorité dans toutes les politiques. Cette définition commune est d'autant plus capitale que l'on a vu les inégalités de pouvoir politique entre les différents secteurs, mais également entre les différents publics. Concevoir collectivement une définition de la santé peut être moteur de sens pour professionnels et patients : quelle place fait-on à la demande/non demande du patient ? Les soins somatiques peuvent-ils être pratiqués sans prise en compte des besoins psycho-affectifs ? Dans le continuum entre individuel et collectif, quelles sont les situations où l'un prime sur l'autre ? Il s'agit de relégitimer des soins qui partent d'abord des besoins et situations des personnes (patients comme professionnels) et non de l'offre de services (segmentée en pathologies et institutions), tout en confortant des guides éthiques pour les professionnels dans leurs pratiques quotidiennes et en associant l'ensemble des acteurs dans un objectif partagé.

2 - FAVORISER LES DYNAMIQUES INCLUSIVES

Il s'agit d'éviter autant que possible de multiplier des services parallèles pour des publics spécifiques et favoriser les liens de ces services avec l'offre généraliste. L'organisation des soins doit permettre aux prestataires de quitter la gestion de leur file active suscitée par leur offre et d'engager leur responsabilité pour un territoire et pour la population qui l'habite ou le traverse. Cette responsabilité invite à réinventer constamment les champs d'intervention au service d'une meilleure inclusion des publics exclus de la santé. Une telle organisation se fonde sur une logique de réponses multiples, faite de stratégies diversifiées. Il ne s'agit plus d'organiser une offre qui présuppose la nature de la demande, et qui ne répondrait au besoin qu'avec les outils de l'offre proposée. Il s'agit à l'inverse d'accepter qu'une demande sociale soit adressée à un psychologue et qu'une demande de santé mentale soit adressée chez le médecin généraliste. Répondre à la demande ou au besoin identifié, individuel ou collectif, passe alors par la mobilisation de stratégies partenariales, de guidance, de référencement... et des ressources territoriales très diverses (associatives, sociales, sanitaires, citoyennes, administratives, privées...), bien identifiées et lisibles.

3 - ASSURER LA LISIBILITÉ DE L'OFFRE SOCIO-SANITAIRE

Pour favoriser des dynamiques inclusives, il est important de développer une cartographie précise et exhaustive de "qui fait quoi" à Bruxelles dans les domaines sanitaires et sociaux. Cette cartographie doit faire l'objet d'une actualisation réactive et dynamique. Elle ne doit pas seulement comprendre une liste des prestataires et services mais doit faire état de leur accessibilité : disponibilité (places, visites à domicile, tarifs...). Un tel outil soutient le développement de dynamiques locales.

4 - SOUTENIR LES DYNAMIQUES LOCALES (APPROCHE QUARTIER, RESPONSABILITÉS POPULATIONNELLES...).

Quoiqu'elle ne se suffise pas à elle-même, l'échelle locale peut constituer un point d'équilibre optimal entre

d'une part, la flexibilité nécessaire à l'accompagnement de situations collectives et individuelles inédites et complexes, sollicitant différents secteurs et

d'autre part, des pratiques suffisamment standardisées et routinisées parmi des acteurs qui se connaissent déjà ou peuvent facilement se mettre en contact et collaborer de manière rapide et efficace.

Une telle approche invite également, comme les points 1 et 2, à engager la responsabilité des acteurs du soins vis-à-vis d'une population définie. Elle permet d'agir de manière intersectorielle pour soutenir le développement d'environnements de vie favorables à la santé et à la qualité de vie, prévenir la survenue de problèmes individuels ou collectifs (dont l'isolement et la désaffiliation sociale), et de garantir que les difficultés rencontrées trouvent une solution.

5 - PENSER LES LIEUX D'HÉBERGEMENT (POUR LES PERSONNES ÂGÉES, HANDICAPÉES OU LES PUBLICS SPÉCIFIQUES) COMME DES LIEUX DE VIE INTÉGRÉS

La crise a touché durement les maisons de repos et de soins, le bilan est alarmant. Le confinement des lieux avec un personnel réduit a notamment été source de profondes difficultés pour accéder au soutien extérieur tant au niveau des résidents que pour les soignants. Afin d'éviter de retomber dans ces mêmes problématiques, il s'agit désormais de penser ces établissements à une échelle plus petite et de les intégrer dans le tissu urbain, y compris en les reliant mieux au maillage local d'aide et de soins.

6 - RENDRE LA MOBILITÉ "MULTIDIRECTIONNELLE"

La crise a montré l'intérêt de décliner la mobilité de multiples manières pour les patients comme pour les professionnels. On parle alors d'"outreaching", aller à la rencontre des publics plutôt que d'attendre de ceux-ci qu'ils franchissent les murs des services d'aide et de soins. Cette pratique est déjà utilisée depuis longtemps par les services spécifiques tels que les maraudes et travail de rue, dans le secteur des assuétudes et de l'accès aux soins de base, équipes psychiatriques mobiles... La situation de ces derniers mois a mis en lumière l'intérêt d'une telle démarche qui permet de faire se déplacer le service dans le lieu de vie des personnes concernées. Il s'agit aussi de favoriser l'installation de lieux d'accueil/d'information dans les structures médicales/sociales/culturelles existantes et ancrées au niveau du quartier, éventuellement en permettant de réaliser des permanences dans des lieux diversifiés.

Permettre aux équipes de circuler, détacher du personnel, pour venir en appui aux équipes de soins qui font face à une forte demande subitement, peut être un facteur d'adaptation temporaire. Enfin, le patient aidé par une structure doit pouvoir circuler et être soutenu par d'autres en cas de situations exceptionnelles. Autrement dit, il doit pouvoir se relier à l'offre de soins la plus adéquate au niveau le mieux approprié, dans un continuum d'accompagnement.

7 - PRÉPARER LES RELATIONS DE SOINS AUX SITUATIONS DÉLICATES

Au niveau du patient, il importe d'encourager l'expression des préférences à travers des démarches anticipées :

1) déclaration anticipées (accord ou désaccord sur des actes médicaux à pratiqués, dans quelles situations),

2) accord du patient sur les démarches pro-actives de la part de prestataires pour que celui-ci puisse, en cas d'absence de contact prolongée, solliciter spontanément son patient (appel

téléphonique ou visite par exemple). Cette dernière démarche devrait être permise malgré le conflit possible avec la règle déontologique d'interdiction de la publicité. Elle pourrait par exemple être autorisée pour le pharmacien de référence ou le généraliste avec lequel un DMG est en cours, ou pour une fonction telle que celle de référent de proximité (cf. projet Boost).

8 - DÉVELOPPER LA CULTURE PALLIATIVE

Le COVID se caractérise notamment par une dégradation rapide de la santé des malades, amenant à devoir faire des arbitrages difficiles. S'ajoutent à cela le contexte inédit du confinement isolant ces mêmes patients ainsi que la suroccupation des services hospitaliers. Les professionnels de santé ont été placés dans des situations souvent intenable. De surcroît, l'impact des mesures sanitaires a bouleversé nos rites, notamment funéraires. Le développement de culture palliative aura pour effet d'aider le personnel médical confronté à ces conditions particulières. Cette mesure est d'autant plus importante dans un contexte de crise où les décisions doivent être certes rapides mais avant tout empreintes d'humanité et de respect. Il s'agit de donner les moyens au personnel soignant d'accompagner les personnes en fin de vie dans de bonnes conditions, en toute situation et même en temps de crise.

9 - SIMPLIFIER OU DÉLÉGUER LA GESTION ADMINISTRATIVE

Définir la santé (cf. point 1) implique également de repenser l'équilibre entre d'une part, les fonctions d'accompagnement des personnes, de co-construction, et d'aide et d'autre part, les fonctions de gestion administrative et de contrôle. Une telle redéfinition des priorités permettrait de redonner du sens à la relation de soins et d'accompagnement, pour les patients et les professionnels. Afin d'allouer aux travailleurs la possibilité de donner la priorité à leur cœur de métier, il pourrait être envisagé de confier les tâches administratives à des structures faitières ou représentatives. Instaurer des moyens de contrôle des autorités subsidiaires et politiques dans la gouvernance au long cours pourrait aussi permettre d'alléger le surplus de travail dédié à ces tâches.

10 - ASSURER DES LIEUX DE PILOTAGE ET DES PLANS DE PILOTAGE EN TEMPS DE CRISE DES SERVICES PUBLICS ET DE PROXIMITÉ À BRUXELLES

Nous avons pu constater l'intérêt d'articuler les compétences et positions dans l'offre de soins et d'aide, a fortiori en période de crise. Cette articulation et la réactivité de l'adaptation des différents acteurs pourraient être assurée à travers des lieux de pilotages opérationnels dans lesquels les secteurs, professions et autres acteurs (dont les patients) sont légitimement représentés. En amont, sur le long court, la création des réseaux inclusifs réunissant les différentes sphères de la société, de la connaissance scientifique à la pratique du terrain permettrait d'appuyer un changement de paradigme afin d'éviter de se retrouver démunis face à des situations de crise. Enfin, la création d'un espace de rencontre des différentes organisations pertinentes (favorisant l'interconnaissance avant la crise) pouvant devenir un lieu de pilotage stratégique si la situation le demande pourrait favoriser l'adaptabilité et la réactivité entre tous les acteurs concernés.

CONCLUSION

Dans le Bruxelles post-attentat et post 1^{ère} vague de COVID, il se réalise un apprentissage collectif de la situation de crise, avec émergence de réflexes collectifs en temps exceptionnels. Dans ce contexte se renforcent et se développent des collaborations portées par des facteurs plus ou moins favorables. Se redistribuent également les fonctions d'information, prévention, sensibilisation, veille, premier recours, orientation, entre les acteurs des soins et de l'aide, positionnés et équipés de façons diversement favorables pour assumer la continuité des soins.

Cette note doit être considérée avec ses limites, notamment l'absence de la remise en perspective de la mise en place progressive des initiatives par une ligne du temps couvrant la période de mars à juin. Une telle chronologie pourrait étoffer la compréhension de la façon dont se sont impliqués les acteurs et construites les collaborations et prises en charge au fur et à mesure des changements dans les informations disponibles et les mesures adoptées par les autorités. Par ailleurs, il s'agit d'une analyse des ressentis, expériences vécues et positions prises publiquement par les différents acteurs et non une analyse de faits vérifiés et objectivés. Toutes les initiatives mentionnées doivent encore prouver leur plus-value : il importe de suivre leurs évolutions au travers de communautés apprenantes qui réfléchissent ensemble à une approche territoriale.

Des décisions radicales prises rapidement – pour le meilleur et pour le pire – ont fait avancer des dossiers qui patinaient depuis des années (par exemple le remboursement des téléconsultations), ce qui a été interprété comme une preuve que bien des idées avancées depuis plusieurs années (soins intégrées, gestion locale de la santé...) sont réalistes et possibles quand les forces se joignent dans un objectif immédiat et partagé⁵³.

La pandémie et la façon dont elle a été gérée à tous les niveaux – international, national, régional, communautaire, communal et au niveau des structures et des accompagnements individuels – pose la question de la définition de la santé et de la construction subséquente des légitimités. Cette revue de presse et de littérature a fait état des tentatives de chacun dans le système pour faire valoir sa place : en particulier, les acteurs qui ne répondent pas au paradigme biomédical ont ressenti le besoin de faire reconnaître leur utilité sociale, comme le prouvent les nombreux articles organisés autour d'un argumentaire articulant la perception d'une appartenance à un secteur parent-pauvre ou oublié du système socio-sanitaire avec la démonstration d'une utilité avérée mise en évidence par la crise. Cela exprime clairement un positionnement qui n'est pas dans le paradigme retenu par les pouvoirs publics pour gérer la crise. La "qualité" des soins demande donc encore à être collectivement définie, de même que l'objet/sujet des soins : la maladie ou le malade, les institutions ou les personnes, la collectivité ou les individus.

Cette crise a demandé et demande encore que toutes les parties du système s'adaptent en modifiant leurs cadres d'action habituels. Une telle adaptation à un problème rencontré collectivement peut être apparentée à celle que demandent les situations individuelles complexes, où se mêlent problèmes de santé physique et mentale et conditions socio-économiques. En effet, celles-ci appellent de manière récurrente des réponses sur-mesure qui demandent aux professionnels de sortir du strict cadre de leurs descriptifs de poste et de leurs réseaux de collaboration habituels ou d'alourdir leur charge de travail pour aboutir à débloquer la situation de la personne. En d'autres termes, des situations complexes récurrentes dans les demandes d'aide et de soins sont structurellement présentes, et se voient offrir dans le meilleur des cas des réponses conjoncturelles, hautement personnes-dépendantes. Comme si elles gardaient un perpétuel statut de situations exceptionnelles, qui ne sont pas appelées à se représenter. Si en elles-mêmes, les situations particulières ont peu de chance de se représenter telles quelles, le caractère exceptionnel de ces demandes ou besoins d'aide et de soins est, lui, récurrent.

Nous avons vu que les initiatives mises en place et les réponses imaginées à la crise COVID n'ont pas été créées ex-nihilo, mais sont au contraire nées des forces de différents acteurs, chacun dans leur domaine et depuis leur place dans le système. L'approche des soins intégrés nous apprend qu'un équilibre entre d'une part suffisamment de structure pour permettre une systématisation des collaborations dans des situations inédites, et d'autre part suffisamment de flexibilité pour apporter des réponses personnalisées, est un facteur de succès face aux situations individuelles complexes. N'en est-il pas de même face aux situations inédites et collectives telles que la pandémie de COVID ? L'ensemble de ces expériences nous engage à plaider pour une organisation des soins et de l'aide structurée de manière à permettre et soutenir ces adaptations aux crises exceptionnelles comme à l'inédit quotidien.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Henri Bergeron, Olivier Borraz, Patrick Castel & François Dedieu, [Gestion de crise : comment tirer les leçons du coronavirus ?](#), in AOCmedia, 21/04/2020
- 2 - Lehman, K. D. (2020), [Forgotten Emergencies During Focus on Novel Coronavirus 2019](#), J Nurse Pract. 2020 Jun 24 doi: 10.1016/j.nurpra.2020.05.012
- 3 - Charlotte Maisin, Lotte Damhuis, Alexia Serré, [La crise n'est pas que sanitaire](#), in La Revue Nouvelle, n°3 – 2020
- 4 - LBFMSM, [Retours des appels de la ligne téléphonique d'appui](#), www.lbfsm.be, 29/03/2020 - 8/06/2020
- 5 - Marie-Hélène Lahaye, [Femmes enceintes et coronavirus: respectons leur accouchement](#), in RTBF, 23/03/2020
- 6 - Clara Van Reeth, Coronavirus: la crainte d'un boom de grossesses non désirées, in Le Soir, 23/04/2020
- 7 - Laurence Wauters, [Les tests de grossesse en plein boom depuis le début du confinement](#), in Le Soir, 25/05/2020
- 8 - Huguette Boissonnat Pelsy ; Caroline Desprès; Marie Christine Picard, [Contribution à l'analyse de l'impact de la pandémie COVID 19 sur la santé de personnes en grande pauvreté : constats et propositions](#), ATD Quart-Monde, 02/05/2020
- 9 - François Perl, [Impact du confinement sur la santé mentale](#), in www.etopia.be, 17/04/2020
- 10 - Johanna Bouquet, ["Migrants, exclus... "Sans un système de soins de santé accessible à tous, l'épidémie va toujours rejaillir", affirme Emmanuel André"](#), in RTBF, 15/05/2020
- 11 - [Points d'attention du «secteur assuétudes» dans le contexte de la crise COVID-19](#), in Fedito, 27/05/2020
- 12 - Abdennour Bidar, philosophe, [Cesser d'exister pour rester en vie ?](#), in Libération, 04/05/2020
- 13 - Georges Dallemagne, député CDH, [L'enfermement prolongé des aînés, un traitement inhumain et dégradant \(carte blanche\)](#), in Le Vif, 10/06/2020
- 14 - Kevin Dero, ["A bout", "livrés à eux mêmes", "abandonnés"... : MSF dresse un rapport au vitriol sur la gestion de la crise du coronavirus dans les homes"](#), in RTBF, 14/07/2020
- 15 - Unia, [COVID et droits humains : impact sur les personnes handicapées et leurs proches](#), juillet 2020
- 16 - Marianne Klaric, [Je rêvais que le patient était décédé. Le stress post-traumatique chez les soignants](#), 16/05/2020
- 17 - CAMILLE ANDRES, [Olivier Abel : Cette épidémie nous montre l'importance et l'étendue de nos liens](#), in RÉFORMÉS - LE JOURNAL, 28/04/2020
- 18 - Rédaction, ["Résultats du baromètre des pharmacies de la VUB"](#), 08/04/2020
- 19 - Mélanie Lannoy, [Recommandations pour les travailleurs de maisons médicales : préserver sa santé mentale](#), 08/04/2020
- 20 - Degrave, F., Casini, A., Bensliman, R., Callorda-Fossati, E., Mahieu, C., ["Le secteur de l'aide à domicile : le grand oublié de la crise du COVID-19"](#), in Le Soir, 27/03/2020
- 21 - Hospisoc, ["Travailleurs sociaux en milieu hospitalier : "Le service social fait du soin !"\(carte blanche\)"](#), in Guide Social, 10/06/2020
- 22 - KCWWZ, "Dr. Jo Butaye ["De eerstelijns hulp heeft een belangrijke rol gespeeld tijdens deze crisis"](#)
- 23 - FRB, [Les médecins généralistes sur tous les fronts](#)
- 24 - Conseil Supérieur de la Santé, [PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE PENDANT LA PANDÉMIE COVID-19](#), mai 2020, CSS N° 9589
- 25 - Fédérations bruxelloise et wallonne de Promotion de la Santé, [Pour une autre gestion de la crise du COVID-19 et de l'après-confinement : anticiper pour construire autrement](#), Carte blanche, , 28/05/2020
- 26 - François Baudier & Christine Ferron, [Épidémie, crise sanitaire et COVID-19 : le pouvoir d'agir de la promotion de la santé](#), Fédération Nationale d'Education et de Promotion de la Santé, Tribune, 05/05/2020
- 27 - Ecolo, Choisir un horizon. [Pour un nouveau contrat social-écologique. Pilier 3 : renforcer et réformer notre système de soins](#), Ecolo, 09/07/2020
- 28 - Fanny Dubois, [La crise rappelle la nécessité d'agir sur les déterminants de santé et de promouvoir une approche plus territoriale de l'accompagnement et des soins](#), etopia, 10/05/2020
- 29 - KenniscentrumWWZ, [Adib in de frontlijn: Er heerst een grote onderlinge solidariteit](#), KCWWZ, 07/2020
- 30 - [Dossier Edition spéciale COVID](#), Groupe Roularta Healthcare, N°2634, 18/06/2020
- 31 - Alain Chaspierre, [Le rôle du pharmacien](#), Santé Conjuguee, 4, 2020, 14/06/2020

- 32 - Mélanie Lannoy, Stefania Marsella, Yves Gosselain, [Pratiques et innovations en maison médicale en période COVID](#), *Santé Conjuguée*, 13 mai 2020
- 33 - Miguel Rwubu, [Bruxelles, Ville-Région en Santé de l'OMS \(BVS\) - Etude de faisabilité septembre 2013-août 2014](#), Rapports d'activité, Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles, 2014, 17/03/2015
- 34 - Collectif21, [L'associatif en temps de crise : résilience et place du secteur associatif face aux politiques publiques](#), Avec Jacques Moriau, sociologue ULB et CBCS, Ariane Estenne, présidente du MOC, Céline Nieuwenhuys, Secrétaire Générale de la Fédération des Services Sociaux et membre du GEES, Débat animé par Marinette Mormont (Agence Alter), 28/05/2020
- 35 - [Brussels Helps](#), Brussels Helps
- 36 - Témoignages/ getuigenissen, [Vlaamse Gemeenschapscommissie](#)
- 37 - KenniscentrumWWZ, [Getuigenissen tijdens de coronacrisis](#), KCWWZ
- 38 - Sébastien Roy, [Le Journal de bord Sébastien](#), Bx1
- 39 - L'Observatoire, [Spécial COVID-19 et travail social](#), *Revue l'Observatoire*, 05/2020
- 40 - Catherine Debucquois, [Confinés mais engagés !](#), Réseau Transition, 16/04/2020
- 41 - Santhéa, [Quand la santé mentale préoccupe](#)
- 42 - Commune de Schaerbeek, [Clôture du dispositif d'entraide / Afsluiting - burger-tot-burger zelfhulpregeling](#), Plan communal d'intervention psycho-social, communication e-mail Schaerbeek aux bénévoles, service urbanisme et prévention de la Commune de Schaerbeek
- 43 - Belga, [La police de Bruxelles-Nord prend des initiatives contre les violences conjugales](#), Bx1 Media de Bruxelles, 28/03/2020
- 44 - Médecins du Monde, [Dépistage des personnes vulnérables à Bruxelles : 4 % des personnes sans-abri bruxelloises, des transmigrant.e.s et des personnes en situation précaire sont positifs](#), Médecins du monde, 07/2020
- 45 - [Vivel.be](#)
- 46 - INAMI, [Des soins infirmiers à domicile de "cohorte" pour les patients infectés par le COVID-19 encore contagieux](#), INAMI
- 47 - Jef Hooyberghs, Ilse Weeghman, Roel Van Giel, Margot Cloet, Gerrit Rauws, [Geef burgers en patiënten controle over hun data](#), KBS/FRB-zorgnet/curo-VPP-domus medica, VRT, 19/05/2020
- 48 - Alter-echos, [Dossier COVID-19 : le naufrage](#), Alter-Echos, n°483, 05/2020
- 49 - Leo Lewis & Nieves Ehrenberg, [Realising the true value of integrated care: Beyond COVID-19](#), International Foundation For Integrated Care, 05/2020
- 50 - Maryam Bigdeli, Dr Yves Coppieters, Muriel Gerkens, Dr Paul de Munck, Dr Xavier de Béthune, Pierre Huygens, Mathieu Noirhomme, Dr Thomas Orban, Elisabeth Paul, Dr Véronique Tellier, [Promouvoir une politique de santé intégrée et non des politiques de gestion des maladies](#), Carte blanche, Le Soir, 28/05/2020
- 51 - Jean Macq, [Notre système de santé à l'épreuve du COVID-19: une opportunité pour lui donner un nouvel élan ?](#), Carte blanche, Le Soir, 22/04/2020
- 52 - Paul goossens, [New deal voor de zorg](#), De Standaard, 30/05/2020
- 53 - RML-B, [ChroniCité / ComplexCité. Soutenir les services de soins au niveau local pour une approche des situations de santé complexes](#), Note Prospective du RML-B, RML-B, septembre 2018
- 54 - Saloua Berdaï Chaouni, [Voorbij het applaus: durven we na corona kiezen voor een echte zorgende samenleving?](#), Knack, 04/06/2020
- 55 - Bettina Hubo, [Heeft brussel plaats voor rusthuis van de toekomst](#), avec Architect Koen Van Synghel & Herwig Teugels KCWWZ, Dominique Verté, VUB, Bruzz, 17/05/2020
- 56 - RTBF, [Coronavirus dans les MRS. Nous avons abordé la crise tout nus dit Alain Maron](#), RTBF, 15/05/2020
- 57 - Denny Baert, [Directeur UZ Brussel pleit voor hervorming van de zorg: "Experten en belanghebbenden moeten het simpel houden"](#), VRT, 27/06/2020 & Kris Hendrickx, [Marc Noppen, CEO UZ Brussel: 'Geef het zorgpersoneel toch eindelijk vertrouwen'](#), Bruzz, 08/07/2020



Vers des soins intégrés de proximité
Op weg naar integrale buurtzorg

Site Pacheco

boulevard Pachecolaan 34
1000 Bruxelles - Brussel

Site Association - Vereniging

rue de l'Association 15 Verenigingstraat
1000 Bruxelles - Brussel

RPM/RPR : BE0711.719.484



+32 (0)2 880 29 80

info@brusano.brussels

www.brusano.brussels



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

