Smes 01

UN THÉÂTRE LÉGISLATIF POUR 25 ANS D'INTERSECTORIALITÉ

SIX PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER L'ACCÈS À L'AIDE ET AUX SOINS

Travailler ensemble
pour la santé mentale
& l'inclusion sociale

“Il s’agit surtout d’outiller le social-santé à accompagner et soigner les publics en situation d’(auto-)exclusion.”

Travailler ensemble
pour la santé mentale
& l’inclusion sociale

RÉDACTION
Mathieu De Backer (Smes), Stéphanie Devlésaver et Alain Willaert (CBCS), Nicolas De Kuyssche, Fanny Laurent, Sébastien Lo Sardo, Lolita Sandron (Le Forum – Bruxelles contre les inégalités)

PHOTOGRAPHIES
© Laurent Gilson (sauf couverture)

MISE EN PAGES
In-Octavo

ÉDITEUR RESPONSABLE
Mathieu De Backer – Smes
Rue du Rempart des Moines 78 – 1000 Bruxelles

AVEC LE SOUTIEN DE

SERVICE PUBLIC RÉGIONAL DE BRUXELLES
COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

SOMMAIRE

INTRODUCTION
Théâtre législatif dans une dynamique d’*empowerment* 5

PROPOSITION 1
Harmoniser les pratiques des CPAS 13

PROPOSITION 2
Rapprocher les compétences social-santé et favoriser le travail en réseau 19

PROPOSITION 3
Pour un réseau de soins solidaires à bas seuil 25

PROPOSITION 4
Face aux crises, renforçons l’offre de lits psychiatriques ! 29

PROPOSITION 5
Créer des alternatives aux urgences psychiatriques 33

PROPOSITION 6
Soigner par l’intersectorialité et par le territoire 37

INTRODUCTION

THÉÂTRE LÉGISLATIF
DANS UNE DYNAMIQUE D'EMPOWERMENT

Le 29 novembre 2018, plus de 150 personnes ont pris part à une expérience jusque là inédite dans nos contrées : une représentation de théâtre législatif. Ce dispositif, qui s'inscrit dans la tradition du théâtre de l'opprimé telle que développée par Augusto Boal, vise à permettre aux populations fragilisées d'interpeller les représentants politiques sur leur situation, dans une dynamique d'*empowerment*.

Pour fêter son quart de siècle d'existence, le Smes a choisi de recourir à cette formule afin de rassembler les acteurs sociosanitaires bruxellois : bénéficiaires, professionnels de première ligne, et directions d'institutions issus des secteurs de l'action sociale générale, de la santé, de l'aide aux personnes sans-abri, de la santé mentale, des assuétudes, de l'aide à la jeunesse... Ensemble, ils ont pu mettre en lumière les difficultés rencontrées dans leur quotidien, et élaborer des pistes de solution.

Cette mécanique délibérative s'est appuyée sur deux saynètes écrites et jouées par des bénéficiaires et des professionnels venus de DIOGENES, de DoucheFLUX et du Smes, qui se sont réunis pendant plusieurs mois sous la houlette du collectif théâtral Libertalia. La première saynète mettait en scène une personne sans-abri souffrant d'une rage de dents qui, s'adressant à divers interlocuteurs pour se faire soigner, se voyait renvoyée d'un service à l'autre. La deuxième illustrait quant à elle les difficultés des travailleurs sociaux à obtenir un suivi psychiatrique pour une personne en situation de crise suicidaire.

À l'issue de chacune, le public a été invité à formuler des recommandations. Plus de 200 propositions ont ainsi été rédigées, sur des sujets tels que : la formation des travailleurs ; la pair-aidance ; l'automaticité et l'inconditionnalité des droits ; la déterritorialisation des CPAS et le statut unique sans-abri ; l'outreaching, la mobilité des services de santé mentale et des hôpitaux, la mise en place d'équipes mobiles.

Deux panels composés de représentants d'associations et de mandataires politiques ont alors été chargés d'isoler chacun trois propositions, qui ont ensuite été soumises au vote du public. Ces six recommandations sont présentées dans les pages qui suivent.

Chaque article reprend les constats qui ont amené à l'élaboration de la proposition, ainsi que diverses considérations sur la proposition, émises soit le jour même par le public, soit par après par des membres des panels ou d'autres acteurs de référence sur la question. Alors qu'un an s'est écoulé depuis l'événement, cette publication est en outre l'occasion de faire le point sur l'évolution du débat quant à chacune des propositions.

En effet, dans l'intervalle, le Smes s'est attaché à porter ces recommandations, notamment à travers un mémorandum diffusé auprès des partis politiques dans le cadre des élections de mai 2019… et l'on peut retrouver la trace de plusieurs d'entre elles dans les accords gouvernementaux conclus en juillet au niveau bruxellois.

Il restera à concrétiser les intentions politiques en mesures effectives permettant d'améliorer l'accès à l'aide et aux soins pour les plus vulnérables. Nous veillerons attentivement à leur mise en œuvre.

Le Smes sur un mode théâtral pour donner voix aux précarités sociales

Le Smes fêtait ses 25 ans le 29 novembre 2018. Une occasion de rassembler les intervenants sociaux pour célébrer l'événement, mais aussi pour faire entendre les problématiques sociales et de santé. Dans le souci de faire participer l'ensemble de ses invités et de donner la parole aux principaux intéressés, les usagers, le Smes a choisi l'outil du théâtre législatif[1]. Pour aborder, de plein fouet, les questions de la place des usagers, de la mobilité des travailleurs et de l'intersectorialité. Regard sur ce processus inédit qui mobilise les uns et les autres, délie les corps et entrecroise les voix.

Une p'tite cigarette et tout s'allumait…

Mercredi 28 novembre, 10h du matin. Face au montage des échoppes des Plaisirs d'hiver, Place Sainte-Catherine, l'entrée du café Via Via. Passé la porte d'entrée, on entre dans un tout autre univers : ancienne imprimerie, le lieu, spacieux – une cour intérieure, des salles au rez et à l'étage – respire encore son passé industriel à travers ses murs en briques rouges.

"Dans le souci de faire participer l'ensemble de ses invités et de donner la parole aux principaux intéressés, les usagers, le Smes a choisi l'outil du théâtre législatif."

Les comédiens arrivent, certains sont déjà là. Franck, Rabat, René, Jonathan, Dieter, Tony, Sébastien… En tout, ils sont neuf. Usagers – bénévoles, travailleurs sociaux… peu importe. Ici, ils sont tous comédiens amateurs. Sous la forme d'un "pow wow" à l'indienne, la séance de travail débute avec Carine et Robin, animateurs et comédiens professionnels à Libertalia[2], compagnie théâtrale de théâtre-action : "Aujourd'hui, c'est une journée importante, on va répéter sur scène avant la représentation, demain. On va rester calmes, tranquilles parce que les répétitions, c'est fatigant", préviennent-ils. Et de

1/ Le théâtre législatif est un dispositif de démocratie participative. Il utilise le théâtre-forum et une forme théâtralisée d'assemblée démocratique pour donner la parole aux citoyens et engager le dialogue avec les décideurs politiques et économiques afin de dégager, sur un mode collaboratif, des pistes de solutions aux problèmes de notre monde contemporain.

2/ Libertalia est une compagnie théâtrale qui regroupe des comédiens, animateurs et metteurs en scène dont la préoccupation première est d'agir collectivement sur le monde. En ce sens, ils se revendiquent du théâtre-action. Les spectacles qu'ils créent et les ateliers qu'ils mènent cherchent tous à refléter théâtralement, au moyen d'une parole élaborée par les acteurs eux-mêmes, le regard qu'ils portent sur le monde. Du théâtre pour devenir acteur dans la vie réelle.

proposer de s'isoler dans une petite salle dans les combles pour répéter, le temps que les régisseurs terminent d'installer le matériel.

On fume une dernière cigarette, on lâche une dernière petite blague – "Tu sais ce que ça veut dire SDF ? Sans Difficulté Financière !" – et la troupe monte se réfugier pour bosser. Malgré le froid, la fatigue et les gorges irritées, la bonne humeur est palpable. "T'as vu, il n'y a pas de soleil, mais moi je suis un rayon à moi tout seul avec mon bonnet Bob Marley et mon petit joint !"

Quand le mode "répétition" débute, un certain sérieux s'installe. Scène 1. Soudain, la lumière baisse, la musique retentit, c'est le signal. Les comédiens occupent l'espace, se frôlent, deviennent d'autres personnages, le temps de la scène. Les répliques fusent : "Moi, je me suis mangé tout seul monsieur, à ma sauce !" Les indications aussi, histoire de préciser le jeu : "Exagère ton mal de dos !", "Monte ton regard, regarde au-dessus des têtes pour que ton regard s'ouvre", "Tout ce que vous dites est important, comme si votre vie en dépendait. Enfin, j'exagère, mais bon...", termine Carine, dans un sourire. "Faut travailler hein !", lance un des comédiens, dans un clin d'œil complice. "Allez, on la refait !"

"J'ai été SDF pendant 10 ans, j'ai des choses à dire sur le sans-abrisme ! Je ressors de trois ans de rue il y a un an."

À l'heure de la pause, différents membres de la troupe expliquent pourquoi ils ont répondu positivement à cette invitation du Smes. "Pour se faire écouter sans qu'on se moque de toi", explique Jonathan. "J'ai été SDF pendant 10 ans, j'ai des choses à dire sur le sans-abrisme ! Je ressors de trois ans de rue il y a un an... Mon fils devra être le plus proche possible de la scène", s'inquiète-t-il, "il vient me voir demain !"

Pour Tony, bénévole à DoucheFLUX, c'est une histoire de challenge. Sébastien, lui, a déjà fait de l'improvisation pendant quatre ans à Charleroi, ce qui l'aide, selon lui, à surmonter sa timidité, à avoir confiance en lui. Christian qui fréquente le centre d'accueil de jour "Chez Nous-Bij Ons" a d'abord été sceptique. "J'étais le plus âgé du groupe... Qu'est-ce que je fais ici ?" s'est-il demandé jusqu'au second jour d'atelier. "Puis, j'ai reçu mon petit rôle... L'ambiance est bien", ajoute-t-il, tirant d'une main sur sa cigarette, de l'autre se tenant sur sa canne en bois, sculptée par ses propres mains, casquette du Costa Rica vissée sur la tête. Plusieurs d'entre eux ne se connaissaient pas, "mais la symbiose a pris" résume René. "J'attendais les jours de répétitions avec impatience."

Se raconter, improviser, se protéger

La séance reprend. Scène 2. "En cette veille de Noël, on a une petite pensée pour les gens dans la rue pendant que d'autres mangent leur dinde !" Pour construire les dialogues et les saynètes, "ils ont d'abord raconté", témoigne Carine. "Ils ont beaucoup de choses à dire ! Ils ont fait aussi beaucoup de jeux d'improvisation."

Le processus n'a pas été exactement le même pour la réalisation des deux scènes. Pour la première, ils sont partis de leurs propres histoires ; pour la seconde, le Smes a apporté des arguments sur le travail social, à partir de problématiques qu'ils ont eux-mêmes rencontrées.

"Il y a eu environ dix journées de travail, regroupées à chaque fois sur deux jours consécutifs", précise Robin. "Et avant de construire les scènes, nous avons d'abord veillé à la création du groupe, à la mise en place d'un lien de confiance." Pour ce faire, ils vont puiser une série d'exercices collectifs au fond de leur sacoche d'animateur : "On joue à partir des prénoms des uns et des autres, on propose des exercices qui impliquent un contact physique." Une manière d'apprendre à se protéger les uns les autres, à faire partie d'un même projet.

Pour Libertalia, qui a l'habitude de construire des créations théâtrales avec des publics très variés, chaque groupe a son histoire, peu importe d'où les personnes viennent. Dans cette aventure-ci, "Le groupe a été particulièrement moteur. Ponctuels et réguliers – ils prévenaient quand ils ne pouvaient vraiment pas être présents – ils nous ont transmis une énergie incroyable", témoigne Robin. La

raison d'une telle implication ? "À la fois l'envie de faire partie d'un projet qui se met en place et le sujet – sans-abrisme, place de l'usager, travail social – qui les touche au premier plan." Selon l'animateur, c'est l'occasion de se faire entendre et en plus, d'en discuter directement avec d'autres.

C'est effectivement tout l'enjeu du théâtre-forum tel que proposé en première partie d'après-midi par le Smes. Libertalia en rappelle le processus en quelques mots : "C'est la création d'une petite pièce dans laquelle les choses se passent fondamentalement mal. La situation se dégrade pour en arriver à une finale "catastrophe". Le joker invite alors les spectateurs à devenir acteurs à leur tour. "Et si untel avait réagi plutôt de cette manière ?" Il remplace un des personnages et rejoue une partie de la scène. Les comédiens n'hésitent pas à lui mettre des bâtons dans les roues, tentent de le bloquer. Finalement, le joker explique en quoi la situation a évolué et souligne certaines limites rencontrées. "On utilise le canevas du spectacle comme terrain de discussion, comme outil de réflexion collective", résume Robin. "C'est une manière d'avancer à partir du savoir chaud."

Jour J : entre chaud et froid

Nous voilà le jour J. Le Via Via se remplit du brouhaha des professionnels du social et de la santé, de responsables politiques... Quelques usagers arrivent aussi pour prendre part à la rencontre. Du côté des comédiens, le stress monte doucement. Mais ils sont prêts. La lumière s'éteint, la musique retentit, c'est le signal ! "Vous dépendez d'un CPAS ?" "J'ai toujours dépendu de moi-même !"

Après les scènes, le joker invite les participants à réagir. Et très vite, la sauce prend ! Professionnels, usagers... se prennent au jeu avec enthousiasme. "Cela fait du bien d'être dans un autre mode de travail". "C'est différent des colloques où on écoute passivement certains prendre la parole. Ici, c'est plus vivant, incarné", nous confieront certains invités.

Les scènes sont rejouées avec une posture de travailleur social plus horizontale, une attitude plus posée, plus humaine : "Asseyez-vous, monsieur, d'abord." "Je suis paire-aidante, on va au CPAS ensemble ?" "Je connais un très chouette dentiste bénévole. On lui téléphone maintenant ?" Avec, parfois aussi, une pointe de rêve. "À quand le droit à un CPAS de rue, peu importe la commune d'où l'on vient ?"

Après chaque saynète, les participants sont invités à formuler des propositions, "à rédiger des recommandations structurelles, institutionnelles, voire politiques." Un panel, constitué de responsables associatifs et de responsables politiques, s'en empare ensuite pour en débattre et revenir avec trois propositions vers le public. Public qui votera pour ou contre. C'est le processus du théâtre législatif. Une autre manière de mettre tout le monde au travail.

Parmi ces propositions, il y aura par exemple la nécessité de "créer un réseau de soins solidaire à bas seuil", "soigner l'intersectorialité", dans le sens de "l'humaniser", ou encore faire un état des lieux des pratiques social-santé dans les 19 CPAS bruxellois (voir les pages qui suivent).

Les élus présents souligneront l'importance de recréer du lien dans le travail social. "L'assistant social dans les CPAS est très peu disponible pour l'humain", admet Jean Spinette (PS), "dépassé par le contrôle exigé par les politiques communales, mais aussi fédérales, il ne peut faire un véritable travail d'accompagnement." Luc Detavernier (DéFI) dénonce la complexité institutionnelle et le manque d'objectifs communs. Pour éviter les problèmes de territoire – en fonction du lieu où on réside, on a des accès très différents à certains services – Zakia Khattabi (Ecolo) évoque la portabilité des droits à l'échelle régionale.

Au final, rien de très neuf dans les thèmes retenus : décloisonner le social-santé, éviter le travail associatif dispersé et, pour ce faire, travailler en réseau, harmoniser l'aide donnée par les différents CPAS... Si c'est sans doute bon de retaper sur le clou tant que ces problématiques ne seront pas prises à bras le corps, un participant

dénonce cependant le manque de propositions quant au cadre à mettre en place pour espérer très concrètement faire évoluer la situation actuelle ! Un hiatus évident entre les situations de détresse incarnées par les comédiens – pour la plupart, qui ont vécu l'expérience de la rue ou y sont encore – et des messages politiques qui restent de l'ordre d'un idéal à atteindre, et parfois peu concrets. On touche là, sans doute, aux limites du dispositif, à savoir allier réflexion collective et recommandations concrètes, dans une même après-midi. Ce qui n'enlève rien au mérite du processus qui a permis une réelle participation, incarnée et horizontale de travailleurs sociaux, usagers et, dans une moindre mesure, de responsables politiques.

À charge dès lors pour le Smes de faire vivre les propositions issues du dispositif au-delà de cette journée, en les ancrant dans des pratiques concrètes de terrain, et en continuant à faire entendre la voix des plus vulnérables auprès des pouvoirs publics.

PROPOSITION 1

HARMONISER
LES PRATIQUES DES CPAS

Depuis 1976, l'une des missions des CPAS est celle d'assurer l'accès aux soins de santé. Les outils les plus connus en la matière sont les aides pour les frais pharmaceutiques et les frais de consultations chez un médecin. Avec cette mission "soins de santé", les CPAS compensent ce que la Sécurité sociale ne veut pas prendre pas en charge. Ce faisant, ils constituent des organiSmes de santé importants, même si on l'ignore souvent. Historiquement, d'ailleurs, les CPAS bruxellois ont été de grands fondateurs d'hôpitaux.

Un beau bordel

"L'harmonisation n'est souhaitable que si elle se fait via un nivellement vers le haut, à l'avantage de l'usager."

En région bruxelloise, chacun des 19 CPAS a une large autonomie dans la définition de ses lignes de conduite. Les opinions politiques et idéologiques influent sur la manière dont l'accès aux soins de santé est mis en œuvre. Et selon qu'elle soit vieillissante, jeune ou migrante, les particularités de la population de chaque commune définissent les politiques menées. Cela explique la grande disparité de pratiques entre les CPAS. Un Bruxellois qui déménage d'une commune à l'autre verra ainsi une différence de traitement entre le CPAS qu'il quitte et celui dans lequel il arrive. Ainsi, la même personne, en changeant de CPAS, pourrait par exemple voir le remboursement de ses frais pharmaceutiques diminuer. À Bruxelles, cette "rotation" des usagers des CPAS est importante. Et parmi ceux-ci, ce sont les personnes les plus vulnérables

qui déménagent le plus. La problématique se pose dans les mêmes termes en Wallonie. Mais à Bruxelles, cette mobilité des usagers de CPAS est renforcée par un tissu urbain intriqué : déménager à l'autre bout de la rue peut vous faire changer de commune.

L'autonomie et les spécificités territoriales des 19 CPAS n'expliquent pas à elles seules cette disparité des pratiques. Afin d'aller plus loin, il faut se pencher sur leur mode de financement. Pour remplir ses caisses, chaque CPAS est tributaire d'une dotation communale. Or, et c'est la quadrature du cercle, les budgets que les CPAS doivent consacrer à la santé sont plus importants dans les communes où la population est la plus pauvre – selon le principe des déterminants sociaux de la santé. C'est donc dans les communes où les coffres sont les moins remplis, puisque les contribuables y sont les moins fortunés, que les CPAS doivent engager le plus de dépenses. Cela a donné lieu, dans le chef des CPAS, à un exercice d'objectivation et de conditionnement de l'octroi des aides médicales. L'objectif étant de limiter des dépenses qui, pour certains d'entre eux, sont déjà parmi les plus importantes dans leur budget global. Cette incapacité financière est bien souvent le péché originel de la disparité des pratiques entre CPAS.

Pour une harmonisation

En 2014, l'INAMI et Médecins du Monde ont publié un "livre vert"[3] qui pointe les défaillances de la prise en charge des soins de santé dans les CPAS. La Fédération des Associations de Médecins généralistes de Bruxelles leur a emboîté le pas[4]. Cela a poussé les CPAS bruxellois à prendre à bras-le-corps cette question de l'harmonisation des pratiques et politiques en matière de soins de santé. Et ce notamment grâce au travail de la Fédération des CPAS bruxellois, qui a récemment conduit une étude sur la question. Avec un volet quantitatif et qualitatif, celle-ci pose les principes d'une harmonisation et de son opérationnalisation.

3/ https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/acces-soins-recommandations-systeme-plus-inclusif.aspx

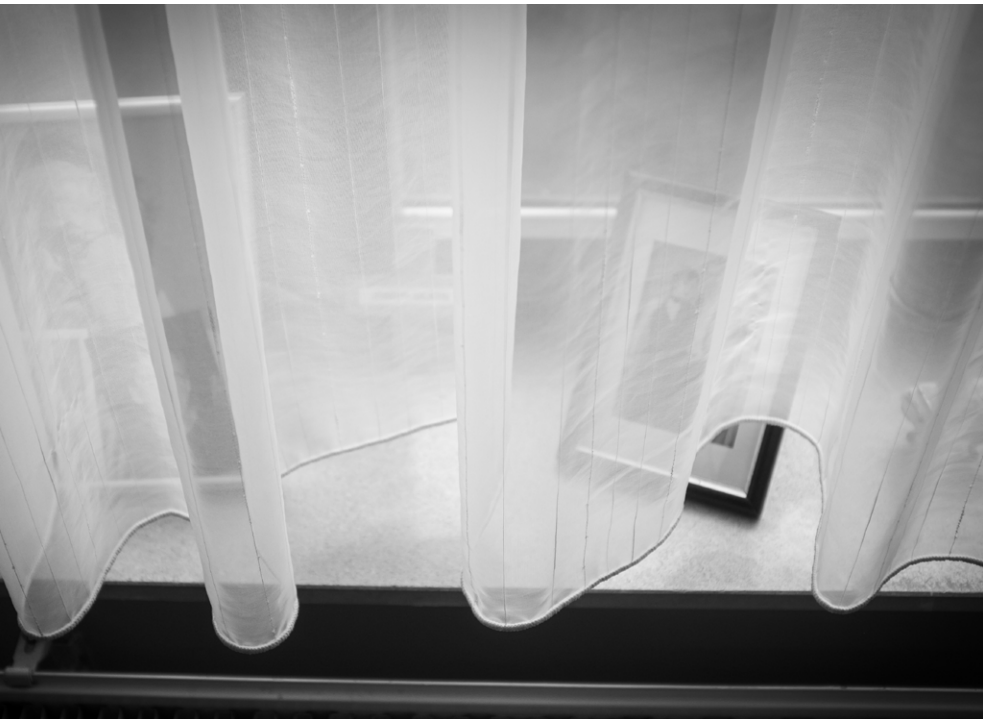
4/ http://famgb.be/uploaded/2225/cpas/20150513LivreBlancDroitSoinsSante.pdf

Le danger d'une harmonisation est aussi limpide qu'un problème d'école primaire qui pose la question du plus petit et du plus grand commun dénominateur. L'harmonisation n'est souhaitable que si elle se fait via un nivellement vers le haut, à l'avantage de l'usager. Le risque serait évidemment de s'aligner sur les pratiques "courtes" plutôt que sur celles qui sont les plus ambitieuses.

Pour éviter cela, la Fédération des CPAS bruxellois propose de travailler d'abord à l'harmonisation de tout ce qui est "systémique" : les procédures administratives et informatiques, les durées de couvertures, la transférabilité de la carte médicale, les agréments des médecins, etc. Cette harmonisation systémique passe par une simplification administrative que les travailleurs sociaux des CPAS appellent de leurs vœux. Cette simplification leur permettrait en effet de davantage investir le lien, le contact humain avec les usagers. Et on le sait, cette "accroche", ce lien, ce travail sur la confiance, est déjà en soi un pas vers la guérison.

Pour assurer la continuité des soins, l'harmonisation doit permettre une "portabilité" de l'aide des CPAS. Une personne qui s'est vu attribuer une aide pourrait, dans le transfert de son dossier vers un autre CPAS, continuer à en bénéficier de la même manière. La réalisation de cette portabilité n'est pas simple, notamment en termes de secret professionnel. Mais elle est à portée de main, si on la construit sur la base des bonnes pratiques déjà existantes.

Cela nécessite toutefois un soutien des autorités de tutelle des CPAS, et notamment du niveau régional, entre autres à travers l'attribution de moyens humains et informatiques. À cet égard, on peut se réjouir de l'accord de majorité du nouveau gouvernement bruxellois, qui s'engage à garantir "aux usagers des CPAS un accès aux mêmes soins de santé et pharmaceutiques, en ce compris l'aide médicale urgente, quel que soit [leur] lieu de résidence sur le territoire régional".



Faciliter la communication entre les acteurs

La problématique dépasse toutefois la seule harmonisation inter-CPAS des pratiques. Les usagers notent le manque de communication qui existe entre les différents acteurs et réseaux, principalement lorsqu'il est question de la population sans-abri. Pour œuvrer au décloisonnement des services, il serait bon de renforcer, au sein de chaque commune, les liens unissant les CPAS aux partenaires locaux de santé (médecins, pharmaciens). Là encore, le nouveau gouvernement bruxellois propose un outil prometteur : les "contrats locaux social-santé", qui devront proposer des "politiques spécifiques d'action sociale répondant aux besoins de chaque quartier et aux différentes réalités sociales locales" et seront "[pilotés] par une cellule issue de la coordination sociale du CPAS et incluant la commune, la COCOM, le secteur associatif et les habitants." C'est peu dire que le terrain attend avec une certaine impatience la concrétisation de ces engagements qui permettraient de rencontrer des revendications vieilles de plusieurs années...

PROPOSITION 2

RAPPROCHER LES COMPÉTENCES SOCIAL-SANTÉ ET FAVORISER LE TRAVAIL EN RÉSEAU

Comment pouvons-nous, professionnels du social et de la santé, mieux travailler ensemble au service du bénéficiaire, entre pouvoirs publics et associatif, entre secteurs, entre associations ?

Si ce débat ne date pas d'aujourd'hui, l'événement organisé par le Smes à l'occasion de ses 25 ans aura eu le mérite de démontrer qu'il existait une certaine unanimité pour désigner ce qui freine, et une diversité de points de vue sur les dispositifs à privilégier pour y arriver. La deuxième proposition portée par les participants à la journée invitait au décloisonnement du social-santé et au travail en réseau.

Mieux travailler ensemble entre pouvoirs publics et associatif

Quatre entités fédérées se partagent les compétences qui concernent directement les Bruxellois et cohabitent avec un État fédéral dont les choix impactent grandement les politiques régionales. Les compétences social/santé, ou en lien direct avec celles-ci, sont émiettées – sans grande logique, vu du terrain – entre une série de responsables politiques. Les découpages institutionnels et communautaires complexifient l'intervention des opérateurs de terrain et compliquent considérablement la vie des citoyens, hypothéquant même parfois l'accès à certains droits.

En ce qui concerne la Commission communautaire française, le partage d'influence des partis au Gouvernement n'avait pas permis, jusqu'à cette législature 2019-2024, de rencontrer une revendication (quasi) unanime : le regroupement des compétences social et santé au sein d'un même ministère. Durant la législature 2014-2019, le social était du ressort de Céline Fremault (cdH) et la Santé de Cécile Jodogne (DéFI). Ce frein-là vient de céder, sous la pression de plus en plus insistante du terrain. L'accord de majorité de juillet 2019 en région bruxelloise a désigné un ministre social-santé en Cocof, qui détient également ces compétences en Cocom (Alain Maron – Ecolo – en duo avec une ministre flamande du parti frère Groen, Elke Van den Brandt). Si la Promotion de la santé a été détachée de ce "paquet" pour aboutir dans un autre ministère, celui-ci est détenu par Barbara Trachte, également Ecolo[5]. On constate ici un grand pas vers plus de cohérence. En route vers un décloisonnement des champs de compétences avec l'objectif de penser un outil de gouvernance pertinent pour le déploiement d'une première ligne d'aide et de soins organisée par les Communautés, mais pensée sur une base régionale ?

Là où la cohérence est encore loin d'être acquise, c'est au niveau communal. On le sait, il y a autant de politiques sociales communales qu'il y a de bourgmestres. Le terrain plaide pour une harmonisation, entre autres quant à la délivrance de la carte médicale, mais quand on sait que, décumul ou pas, les municipalistes convaincus forment le gros des troupes au Parlement bruxellois, on est en droit de questionner une quelconque évolution de la tutelle régionale sur les CPAS !

Mieux travailler ensemble entre secteurs de l'action sociale et de la santé

L'austérité décrétée par le néolibéralisme triomphant a une conséquence fâcheuse pour nos secteurs : s'ils ne diminuent globalement pas, les budgets accordés au financement de l'aide et du soin aux personnes n'augmentent pas de manière proportionnelle à l'accroissement des demandes adressées aux services ambulatoires.

Pour tenter de limiter la casse, tout le monde veut tout réorganiser pour faire mieux avec les moyens accordés à nos matières. Là encore, la législature précédente a amené son lot de (projets de) réformes : projet de modification du décret ambulatoire Cocof et adoption d'une ordonnance d'organisation de la première ligne en Cocom, élaboration d'un Plan de Promotion de la santé Cocof et d'un Plan Santé bruxellois en Cocom. Au-delà des discours assurant la bonne intelligence, quelle articulation sur le terrain, quelles améliorations pour l'usager ?

Il s'agit de définir une politique transcommunautaire et régionale cohérente. Pour ce faire, il faudrait se mettre d'accord sur une vision politique à moyen et long termes du déploiement de l'offre social-santé à Bruxelles, en partant des thématiques que sont, notamment :

- une approche territorialisée de l'offre (justice spatiale) : chaque Bruxellois doit se voir proposer un accès égal à une offre d'aide et de soins de base (à définir) dans un espace de proximité (lui aussi à définir, en tout état de cause accessible à pied ou facilement accessible en transport en commun) ;
- une approche de proximité : l'offre minimale de base ne peut s'envisager qu'au niveau local, le plus proche des citoyens-usagers ; cette approche locale permet de combiner l'exigence d'égalité (offrir à tous les mêmes services de base) et celle de proximité et d'adéquation aux demandes spécifiques ;
- une garantie de l'accessibilité et la continuité de l'offre : adapter le réseau d'intervenants à chaque situation pour y apporter une réponse efficace ;
- une place active pour le citoyen-usager : la satisfaction et la rencontre des besoins des usagers doivent être la mesure et l'objectif final de l'organisation des services. Cela passe par la prise en compte de ceux-ci comme des partenaires à part entière des processus mis en place.

5/ La politique d'aide aux personnes handicapées demeure isolée, passant du cdH au PS (Rudi Vervoort) et la Cohésion sociale reste aux mains du PS, et plus précisément de Nawal Ben Hanou.

Bref, écrire une vision pour le social-santé à Bruxelles qui ait du souffle, qui donne envie de s'y investir, qui remotive les troupes ! Le nouveau gouvernement bruxellois semble sur la même longueur d'ondes, puisqu'il annonce sa volonté d'initier "des États généraux bruxellois de la santé et du social, dans la perspective de la rédaction du Plan social-santé intégré portant notamment sur une première ligne social-santé bruxelloise. Le Gouvernement s'inscrira dans une démarche de co-construction entre les acteurs publics et associatifs, les usagers et les chercheurs, en ce compris sur la méthode. (...) En parallèle, le Gouvernement entamera un travail de coordination législative entre les entités compétentes afin que les textes se complètent."

Mieux travailler ensemble entre associations

Enfin, en ce qui concerne le travail en réseau, il peut être inspirant de se pencher sur la littérature scientifique. Ainsi, Maguelone Vignes (UCLouvain, Centre de recherches interdisciplinaires Démocratie, Institutions, Subjectivité) distingue trois modèles organisationnels : le réseau institutionnalisé d'associations (la réforme "107" des soins en santé mentale, par exemple), le réseau interstitiel autour de l'usager (le projet BOOST, par exemple) et le Centre Social Santé Intégré (CSSI)[6]. Myriam De Spiegelaere (ULB, École de Santé publique), quant à elle, postule qu'au plus un usager est désocialisé, au plus un modèle fermé lui conviendra, alors qu'à l'inverse, un autre, plus autonome, préfèrera ne pas déposer au même endroit l'ensemble des problèmes auxquels il est confronté.

La meilleure manière de couvrir au mieux les besoins de la population et les demandes adressées aux services n'est-elle pas de favoriser le développement de ces modèles différents et complémentaires, afin d'éviter le piège de la standardisation de l'action socio-sanitaire ? Et, subsidiairement, de mieux reconnaître, via les législations qui nous encadrent, le temps consacré à la co–ordination ?

Enfin, la journée du Smes aura été l'occasion de retaper sur un clou déjà maintes fois enfoncé et qui a avantage à le rester : l'absolue nécessité de connaître son environnement professionnel, afin de savoir sur qui compter sur son territoire d'intervention. À ce niveau, les outils – tant techniques comme Bruxelles Social en ligne[7] que d'initiatives de mise en réseau – existent, disparates ou trop peu exploités. Et si le pouvoir public missionnait les CPAS pour, via les coordinations sociales communales, organiser une véritable interconnaissance professionnelle territorialisée ?

Nous pouvons aujourd'hui tabler sur un approfondissement du fait régional, une prise de conscience de Bruxelles en tant que Région. La législature qui débute est l'occasion de penser un dispositif d'aide et de soins performant à cette échelle.

Pour aller plus loin :

- https://www.cbcs.be/Les-4-etapes-de-la-gestion-publique-du-secteur-associatif-a-Bruxelles
- https://www.cbcs.be/Gouverner-par-appel-a-projet-dompter-l-associatif
- https://www.cbcs.be/La-fonction-d-organisateur-communautaire-au-Quebec-Et-pourquoi-pas-a-Bruxelles
- https://www.cbcs.be/Huile-ou-grain-de-sable-Que-fait-l-associatif-aux-rouages-du-systeme
- https://www.cbcs.be/L-appel-a-projet-une-nouvelle-maniere-de-reduire-l-action-associative

6/ Pour une explicitation de ces modèles, voir le BIS 176/2018 : https://www.cbcs.be/Reorganiser-le-social-sante-a-Bruxelles

7/ https://social.brussels/

PROPOSITION 3

POUR UN RÉSEAU DE SOINS SOLIDAIRES À BAS SEUIL

Pour les personnes sans-abri, le recours aux soins est un véritable parcours du combattant : non-possession de documents ad hoc (carte d'identité, carte médicale…), manque de communication entre les différents acteurs qui interviennent en rue, absence de prise au sérieux de la demande, stigmatisation liée à des problématiques connexes (assuétudes, hygiène…).

Pour déjouer les frontières administratives [VOIR LA PROPOSITION 1], la proposition de création d'un réseau de soins solidaires à bas seuil a été formulée par les intervenants. L'idée ? Répertorier et visibiliser l'ensemble des soignants et structures qui proposent des soins gratuitement ou à coût symbolique dans les différents quartiers bruxellois, probablement plus nombreux qu'on ne le pense, mais méconnus faute de centralisation de l'information.

Au-delà des questions de visibilité et de disponibilité, il s'agirait aussi de créer de vraies conditions de réseautage. Créer une liste ne suffit pas pour faire réseau. Tout le monde en convient : les intervenants de terrain doivent apprendre à se connaître et être outillés pour offrir des solutions aux problématiques d'accès aux soins [VOIR LA PROPOSITION 2].

Renforcer la fonction 0,5

Il s'agirait donc de renforcer la "fonction 0,5" telle que conceptualisée par le Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique, de l'INAMI et Médecins du Monde. Initialement dénommée "ligne 0,5" et pensée comme "une ligne de soins intermédiaire [regroupant un] ensemble de structures et/ou services ayant une approche multidisciplinaire, flexible et proactive, où les personnes exclues des soins

peuvent bénéficier de soins de santé primaire", celle-ci est désormais désignée comme une "fonction" afin d'insister sur l'assignation de l'objectif de réintégrer, à terme, le patient dans la première ligne traditionnelle, qui traite les problématiques de santé de manière large et qui inclut les services de soins généralistes. Ceci permet de rencontrer une des principales critiques régulièrement portées à l'égard de l'idée même de "ligne 0,5", et réaffirmée lors du théâtre législatif : le développement d'une médecine à deux vitesses, l'une au rabais pour les personnes les plus fragiles, l'autre réservée aux plus nantis.

Or, cette fonction intermédiaire entre la première ligne et ce qu'on peut appeler le niveau zéro (la communauté dans laquelle évoluent les personnes en grande précarité) renforce l'alliance social-santé. Elle permet également de baisser le niveau d'accès aux services de soins et d'offrir aide et soutien systémiques aux personnes pouvant cumuler plusieurs problématiques. Ceci est particulièrement important dans un système où les procédures et l'accès aux droits peuvent être complexes. Il s'agit surtout d'outiller le social-santé à accompagner et soigner les publics en situation d'(auto-)exclusion des soins et de méconnaissance des droits, et d'investir ainsi le réseau associatif d'une mission de "passage" ou de "mise en lien" en ce qui concerne le soin tout en évitant le côté stigmatisant.

Un réseau… à construire et soutenir

Pour rendre cette proposition de réseau de soins solidaires à bas seuil efficiente, il faudra donc aller au-delà d'une simple liste des associations et des lieux de soins accompagnant les publics dits vulnérables. Les travailleurs et l'organisation de ce large réseau et de ces ressources doivent dépasser la méfiance intersectorielle. Il s'agit de mettre en lien différents acteurs permettant d'actionner des leviers d'action plus directs en cas de demande médicale. Ensemble, ils développeront des réflexions et des moyens d'accompagnement et de soins communs et concertés, qui tiennent compte des spécificités des publics, et visent à les réintégrer dans les services de soins classiques. Par exemple, les manières d'aller vers ces personnes ou de leur donner accès au système de soins par l'"outreach", ou l'engagement de travailleurs pairs. Monter ces réflexions, ces outils, développer et se former en de nouvelles méthodes, faire des intervisions, demande des moyens et du temps dont il faut tenir compte et qu'il faut faciliter.

Il s'agit aussi de décomplexifier les conditions d'accès et de mobilisation de ce réseau. Au-delà de travailler et de penser l'accès et l'accueil des personnes aux services de soins, il faut également dépasser les clivages intersectoriels et sortir des logiques institutionnelles et financières actuelles, ce qui implique une réorganisation des financements de ce type d'initiatives, par exemple. Cela demande un engagement, des moyens financiers et logistiques, ainsi qu'une volonté politique forts.

Les signaux à cet égard sont encourageants. Ainsi, le Plan Santé bruxellois adopté en fin de législature 2014-2019 consacre son premier axe à la lutte contre les inégalités en santé et, parmi les mesures de cet axe, propose que "le développement futur de l'offre de soins de première ligne intègre une ligne de soins intermédiaire que l'on appelle "ligne 0,5." Parallèlement, les autorités régionales ont également adopté une législation relative à la première ligne de soins, qui donne une existence légale à la "ligne 0,5" et précise notamment que "Les acteurs de la ligne 0,5 prennent en charge, y compris en allant à leur rencontre, les personnes qui n'ont pas accès aux soins. Ils prennent en charge leurs besoins, et les aident à accéder au système de soins classique quel que soit la ou les raisons de leur manque d'accès."

Quant au nouveau gouvernement, il annonce dans son accord de majorité "une couverture à 100% de la population présente sur le territoire en déployant une perspective d'universalisme proportionné et de santé publique indépendamment des statuts administratifs des personnes exclues. (…) Le Gouvernement identifiera aussi chaque spécificité, chaque mécanisme d'exclusion et chaque barrière d'accès aux soins. Sur cette base, il organisera la fonction "0.5" à Bruxelles par des moyens et des capacités d'intervention des acteurs du système de santé et d'aide aux personnes." Une lueur d'espoir pour les plus fragiles ? Les mois et années à venir le diront.

PROPOSITION 4

FACE AUX CRISES, RENFORÇONS L'OFFRE DE LITS PSYCHIATRIQUES !

Si le "virage ambulatoire" des soins en santé mentale, qui vise à offrir un suivi dans le milieu de vie plutôt qu'en institution, semble désormais réunir un large consensus quant à ses objectifs, de nombreux acteurs de la première ligne considèrent néanmoins que les épisodes de crise (pulsions suicidaires...) nécessitent encore une prise en charge "dans les murs".

À Bruxelles, pourtant, celle-ci s'avère souvent difficile, pour ne pas dire impossible, particulièrement pour les publics complexes, qui cumulent plusieurs problématiques (santé mentale, assuétudes, précarité...). Divers travaux ont d'ailleurs régulièrement mis en lumière ces difficultés, comme la recherche-action "Sans-abrisme et santé mentale" réalisée par la Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale pour la Commission communautaire commune (2014), ou l'étude "Parcours.bruxelles : évaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale", réalisée par l'Institut de recherche Santé et Société de l'UCL pour l'Observatoire de la Santé et du Social de la Commission communautaire commune (2019).

Contrairement à la Flandre et à la Wallonie, la région bruxelloise présente en effet non pas un surplus de lits psychiatriques, mais un déficit au regard des normes historiques de programmation. Or, elle présente la particularité d'être une grande ville et une capitale, ce qui engendre une série de conséquences, telles que la concentration de populations plus susceptibles de présenter des troubles

psychiques ou psychiatriques (précarité, migration...), et un effet d'attraction par rapport aux régions voisines (on estime que 30% de la capacité des services psychiatriques résidentiels bruxellois sont occupés par des patients des deux autres régions).

Rééquilibrer les lits psychiatriques...

Face à ce déficit de lits, quelles pistes de solutions sont envisageables ? Une des propositions retenues lors du théâtre législatif plaidait en faveur d'un "rééquilibrage des lits psychiatriques", et avançait une piste originale pour atteindre cet objectif, à savoir la possibilité de créer un "stock" de lits hospitaliers activables en cas de saturation, "sur le modèle des lits en portefeuille dans le secteur des maisons de repos". L'idée ? Pouvoir compter sur une réserve de lits qui ne seraient financés que lorsqu'ils seraient occupés parce qu'aucune autre place ne serait disponible. Et, pour surmonter les difficultés d'accès du public très précarisé, permettre un accès facile aux services ambulatoires (du secteur social mais aussi de la santé mentale), qui pourraient proposer un accompagnement spécifique en journée.

"L'idée ? Pouvoir compter sur une réserve de lits qui ne seraient financés que lorsqu'ils seraient occupés parce qu'aucune autre place ne serait disponible."

D'autres membres du panel ont aussi évoqué la possibilité d'ouvrir des lits psychiatriques dans des structures d'hébergement du secteur sans-abri, éventuellement en partenariat avec des services de santé mentale (SSM), qui pourraient ainsi trouver des solutions de logement pour leur patients sans toit. À charge pour les SSM de mettre en place le réseau de soins. Avantage de la formule : elle permet de "faire pratique commune", de jeter des ponts entre des acteurs confrontés au même public mais démunis par rapport à l'une ou l'autre des problématiques rencontrées (tantôt le logement, tantôt la santé mentale), avec une répartition des interventions : le SSM garantit l'accueil de jour, la maison d'accueil ou le centre d'hébergement l'accueil de nuit.

Le rôle des SSM lors des crises a également été souligné par le public, soulignant qu'idéalement, un refinancement du secteur devrait permettre à ces services de prendre en charge les situations d'urgence.

Une proposition utopique ?

Dans un contexte où les politiques tant budgétaires que de santé publique visent le gel de lits, est-il réaliste d'imaginer de tels dispositifs ? Si certains acteurs estiment qu'il faudrait pouvoir compter sur la solidarité des autres régions (par exemple par un "transfert" de lits), d'autres font part d'un certain scepticisme quant à la possibilité de voir les pouvoirs publics (tant fédéraux que régionaux) financer des lits supplémentaires.

Outre ces questions de praticabilité politique, des interrogations sont également soulevées sur la pertinence d'une hospitalisation systématique : "La question qui se pose, c'est est-ce que la personne est tellement mal qu'il faut lui offrir un "contenant" (comme l'hôpital), ou est-ce qu'un autre type d'intervention peut suffire ?" Ceci amenant à interroger une nouvelle fois le caractère incontournable de l'hôpital pour prendre en charge la crise. Ce que n'ont pas manqué de faire les participants à la journée, puisque la proposition suivante portait précisément sur la création d'alternatives, comme on le lira dans les pages qui suivent.

PROPOSITION 5

CRÉER DES ALTERNATIVES AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES

Face aux difficultés de proposer une aide adaptée aux personnes vivant une période de fragilité sur le plan psychique, une des propositions émises a été de créer des lieux alternatifs aux urgences psychiatriques, non-médicalisés, où les personnes pourraient bénéficier d'un suivi et se poser durant quelques jours, deux ou trois au maximum. Ces endroits s'adresseraient donc à des personnes qui traversent une période difficile mais ne nécessitent pas une hospitalisation psychiatrique de longue durée. Dans un cadre plus souple que celui de l'hôpital, elles pourraient trouver le lien social, la petite étincelle et la chaleur humaine dont elles ont besoin pour affronter l'épreuve à laquelle elles sont confrontées. Le temps d'accueil se voudrait volontairement très court : il ne s'agit pas de pallier le manque de lits psychiatriques dans les hôpitaux.

"Mettre quelques lits dans les services de santé mentale permettrait aux personnes en souffrance de souffler quelques jours."

Le public-cible identifié est celui de personnes qui, accompagnées de travailleurs sociaux, ont entrepris un parcours d'amélioration de leur situation de vie et qui, suite à un évènement brutal, se sentent moins bien. Les travailleurs sont souvent confrontés à des "rechutes" et n'ont qu'une seule solution à leur portée : l'hôpital. Or, cette solution n'est non seulement pas la plus adaptée, mais n'est en outre pas accessible, puisqu'il y a saturation.

En plus de répondre à un manque sur le territoire bruxellois, cette piste pourrait s'avérer peu coûteuse, notamment grâce à l'appui

des services de santé mentale. En effet, mettre quelques lits dans les services de santé mentale permettrait aux personnes en souffrance de souffler quelques jours, un peu à l'image des maisons de répit pour les enfants malades. L'enjeu est donc de créer un lieu physique où des personnes rencontrant une difficulté pourraient se poser quelques jours, souffler et trouver une aide. Cela n'est bien sûr pas possible partout et demanderait des aménagements de cadre, mais le coût de cette formule serait moins exorbitant que celui de lits psychiatriques. Ce serait aussi une manière d'assurer un cadre plus souple et moins fort émotionnellement que l'hôpital.

Pour lancer une telle initiative, il semble que la meilleure méthode soit celle du projet-pilote, c'est-à-dire commencer avec une structure qui met à disposition quelques lits pour tester l'idée, prouver son efficacité et son utilité.

Des écueils à éviter

Dans le public, des craintes ont été exprimées quant à une certaine "déresponsabilisation" des institutions mandatées pour prendre en charge les crises, et d'une forme de définancement (la prise en charge ambulatoire se révélant moins coûteuse que l'hôpital, cette formule pourrait s'avérer une aubaine pour des pouvoirs publics à l'affût de la moindre économie budgétaire). Ces craintes sont légitimes. Il est vrai que les hôpitaux psychiatriques, à travers la Sécurité sociale et l'INAMI, sont du ressort du gouvernement fédéral qui dispose de plus de moyens que les Régions, et en particulier Bruxelles. L'enjeu est donc de ne pas proposer quelque chose au rabais pour les personnes en souffrance qui ont besoin de soins.

Il convient donc de veiller à préserver l'esprit de la proposition, qui ne vise pas à remplacer un potentiel refinancement de lits psychiatriques (qui fait l'objet de la proposition précédente), ni même à "vider" des lits, mais bien à offrir aux personnes en souffrance et aux travailleurs sociaux une alternative dans les cas où l'hôpital n'est pas une nécessité absolue.

Ceci permettrait donc de s'inscrire dans les objectifs de la Déclaration d'Helsinki sur la santé mentale (Organisation mondiale de la Santé, 2005), qui vise entre autres à offrir des services de proximité aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale, et contient également un engagement à soutenir "l'élaboration de services locaux adaptés aux besoins des groupes marginalisés".

La proposition a pour autre mérite de mettre en lumière l'intérêt du travail intersectoriel. Toutefois, la mise en œuvre de celui-ci s'avère souvent complexe : casser les barrières entre les secteurs a de grandes implications dans le travail quotidien, exige de sortir de sa zone de confort, de changer les pratiques, ce qui demande de l'investissement et du temps. Cet investissement serait donc une condition nécessaire à la réussite du projet-pilote, tout comme les questions du financement et du cadre légal.

Concernant les moyens financiers, plusieurs acteurs considèrent que la formule du projet-pilote permettrait de tester la formule en attendant un soutien par les pouvoirs publics qui pourrait venir une fois des résultats probants engrangés, comme ce fut le cas par exemple avec les "lieux d'accueil à bas seuil" qui se sont développés ces dernières années dans le champ de la santé mentale (Club Norwest, Pianocktail, etc.). Ces derniers pourraient d'ailleurs servir de modèle, voire de base de départ à la mise sur pied de ces lieux de répit, compte tenu notamment du fait qu'ils sont autogérés par leurs bénéficiaires. Une dimension participative qui ancrerait définitivement le caractère original et alternatif à la prise en charge traditionnelle de la crise.

PROPOSITION 6

SOIGNER PAR L'INTERSECTORIALITÉ ET PAR LE TERRITOIRE

Les professionnels des secteurs psycho-médico-sociaux sont unanimes : les problématiques lourdes – celles qui lient grande précarité, troubles mentaux et santé physique – n'ont jamais semblé à ce point aiguës à Bruxelles. Ces difficultés sociales et sanitaires sont exacerbées par le phénomène de non-recours et par le démantèlement des mécaniSmes de protection sociale. Désormais, c'est une frange non négligeable de la population bruxelloise qui se trouve éloignée de l'aide et du soin. Ces personnes paraissent presque incapables d'énoncer leur souffrance, que celle-ci soit sociale, psychique ou physique.

Pour répondre à cette situation, la dernière proposition présentée lors de la journée avançait l'idée de mettre en place une offre de soins qui soit à la fois intersectorielle et territorialisée.

À côté des propositions de renforcement de l'existant [PROPOSITION 4] ou de création de nouveaux dispositifs [PROPOSITION 5], les participants ont également voulu mettre au travail la possibilité de reconfiguration de l'offre actuelle pour qu'elle fonctionne mieux. Il s'agirait de tabler sur l'expertise des intervenants de terrain, de valoriser la richesse de leur pratique clinique et de leurs formes d'accompagnement.

Par ailleurs, les dispositifs psycho-médico-sociaux existants présentent l'avantage d'être ancrés dans un territoire particulier. Une maison médicale, un centre de santé mentale ou un restaurant social font partie intégrante de l'histoire d'une commune, du

paysage d'un quartier. La notion d'intersectorialité défendue ici veut capitaliser sur cet ancrage territorial. Sur un territoire donné, il s'agirait de se rendre collectivement utile à la population en développant une culture de la concertation : les professionnels doivent apprendre à collaborer au sein de réseaux souples, presque informels. Cette articulation doit permettre de répondre efficacement à une situation donnée selon un principe de portes d'entrée multiples et enchâssées.

Car les professionnels le savent : les personnes les plus fragilisées finiront toujours par passer une porte. Mêmes celles qui semblent les plus éloignées de l'aide et du soin s'adresseront un jour à une maison médicale, à un planning familial ou à un centre de santé mentale. Il s'agit, dès lors, de systématiser ces effets de déambulation et de hasard pour les rendre plus efficients. Chaque porte passée, même au hasard, devrait être un sas d'entrée. Elle devrait permettre d'accueillir les personnes en situation de sous-protection sociale et de les orienter vers les formes d'aide qui répondent à leurs besoins.

Une collaboration entre professionnels...

L'idée serait donc de travailler à partir de lieux de passage ancrés dans des territoires donnés. Un lieu de repos, un espace dans lequel une population précarisée et fragilisée peut trouver refuge, souffler quelques heures autour d'un café ou d'un thé chaud. Les services sociaux et de soins actifs sur ce territoire – une maison médicale, un planning familial, un service social ou encore une structure d'aide à domicile – pourraient y détacher des travailleurs de manière régulière. Ces travailleurs détachés viendraient assurer une présence dans le lieu de passage, afin de permettre au public et aux professionnels de se connaitre, de s'apprivoiser. L'établissement d'un lien de confiance est en effet essentiel pour laisser émerger les demandes des personnes en souffrance, ce qui permet ensuite de les orienter vers les structures les plus aptes à répondre à leurs besoins.

Pour le professionnel de l'aide et du soin, ce travail intersectoriel permettrait par ailleurs de ne pas se trouver isolés face à des situations parfois extrêmement lourdes et complexes. L'intersectorialité promet également au public une diversité d'approches, et l'assurance qu'une problématique puisse être abordée selon des priSmes multiples et complémentaires.

...sans laisser les bénéficiaires de côté

Comme les autres, cette proposition comporte néanmoins un certain nombre de limites, la première étant celle de la disponibilité. La notion d'intersectorialité suppose que des travailleurs d'institutions différentes se concertent. Cette importance de la mise en commun peut, toutefois, venir se heurter aux réalités du travail social, à ses contraintes horaires et budgétaires. Pour le dire autrement, le professionnel ne peut pas consacrer l'essentiel de son temps de travail à échanger avec ses collègues. Il doit rester disponible pour les usagers. Là encore, il est sans doute plus efficace de s'appuyer sur des mécaniSmes existants de rencontres locales – les coordinations sociales organisées par les CPAS, par exemple – plutôt que de multiplier de nouveaux espaces de concertation chronophages.

Par ailleurs, le travail intersectoriel suppose la collaboration entre professionnels de disciplines différentes. Mais celle-ci doit pouvoir aussi se faire en bonne entente avec les premiers concernés. En effet, le bénéficiaire souhaite peut-être que certaines informations restent exclusives à son médecin généraliste, à son assistant social ou au spécialiste en réduction des risques qui accompagnent ses pratiques de consommation de substance. Que des professionnels de structures différentes échangent au sujet d'une même personne ne doit pas signifier qu'ils doivent *tout* échanger, *tout* se dire.

Comme pour les autres propositions, une des conditions du succès de ce dispositif intersectoriel réside donc dans la participation des bénéficiaires, ce que n'a pas manqué de souligner le public présent, en ajoutant cette dimension à la proposition présentée par le panel. L'intégration de la parole des bénéficiaires, la prise en compte de l'expertise et les savoirs qui leur sont propres, le recours à la pair-aidance... sont autant d'éléments désormais incontournables à une prise en charge effective des publics les plus fragiles.

REMERCIEMENTS

Cette journée et cette publication n’auraient pas pu voir le jour sans l’investissement :

des acteurs de DIOGENES et DoucheFLUX : Frank, Christiaan, Amdad, Tony, Sébastien, Jonathan, Rabah, René, Dieter et Julie ;

de Luc Gaudet, spécialiste en art social, qui nous a guidés dans l’élaboration du théâtre législatif ;

du collectif Libertalia, en particulier Robin Carton et Carine Dubois ;

des membres du comité de pilotage et des panels :
Sébastien Alexandre (FEDITO Bruxelles), Muriel Allart (Smes), Sophie Céphale (En Route), Christine Dekoninck (sp.a), Laurent Demoulin (DIOGENES), Luc Detavernier (DéFI), Manu Gonçalvès (Le Méridien), Laurent Hacken (cdH), Stéphane Heymans (Médecins du Monde), Zakia Khattabi (Ecolo), Jenny Krabbe (Rivage – Den Zaet), Céline Nieuwenhuys (FDSS), Jean Spinette (PS) , Mahe Aja (Smes), Youri Caels (PFCSM), Mathieu De Backer (Smes), Nicolas De Kuyssche (Le Forum – Bruxelles contre les inégalités), Marine Harmel (Smes), Isabelle Heymans (Médecins du Monde), Éric Husson (Projet Lama), Reza Kazemzadeh (Exil), Jean-Louis Linchamps (ISFSC), Sandrine Rochez (Smes), Patricia Thiebaut (CBPS), Alain Willaert (CBCS) ;

des équipes du CBCS et du Forum – Bruxelles contre les inégalités ;

de L’heure Atelier, centre d’expression et de créativité du service de santé mentale La Gerbe ;

et bien évidemment, des équipes et du conseil d’administration du Smes.

Qu’ils et elles en soient sincèrement remerciés !

“Une des conditions du succès de ce dispositif intersectoriel réside donc dans la participation des bénéficiaires.”

Travailler ensemble
pour la santé mentale
& l'inclusion sociale