



Mémorandum 2019

SMES-B (Santé Mentale et Exclusion Sociale - Belgique)

SMES-B ASBL
Rue du Rempart des Moines, 78
1000 Bruxelles

Introduction

Fondé il y a 25 ans, le SMES-B rassemble divers acteurs de la santé mentale et de la lutte contre l'exclusion sociale. Il vise un meilleur accès à l'aide et aux soins des personnes cumulant grande précarité et souffrance psychique, à travers un décloisonnement des secteurs et des pratiques.

Ses actions s'articulent autour de trois pôles :

- ✿ le Réseau Santé, qui organise des intervisions et des moments de réflexion (les tables d'échanges) afin de faire émerger les difficultés liées au cumul des problématiques (exclusion sociale, santé mentale, consommation), et des solutions intersectorielles (et éventuellement innovantes) à ces difficultés. La coordination du Réseau s'implique en outre dans diverses instances (Comité de réseau régional de la réforme de la santé mentale, Conseil consultatif Cocof, Concertation sans-abri...) afin de relayer la préoccupation de l'intersectorialité ;
- ✿ la Cellule d'appui, équipe mobile et pluridisciplinaire qui intervient en soutien des intervenants de première ligne auprès d'un public cumulant grande précarité et souffrance psychique, souvent sans demande explicite et/ou en refus de soins ;
- ✿ le Housing First, qui propose aux personnes sans-abri les plus vulnérables un accès direct et inconditionnel à un logement individuel, pérenne et à loyer modéré, doublé d'un accompagnement mobile, sur mesure, potentiellement intensif, par une équipe pluridisciplinaire.

Dans la perspective du scrutin du 26 mai 2019, le SMES-B porte dix recommandations afin d'améliorer l'accès à l'aide et aux soins des plus vulnérables. Ces propositions ont été élaborées avec l'ensemble des partenaires du SMES-B, à travers différents dispositifs, dont un théâtre législatif organisé pour les 25 ans de l'association, et qui a permis à l'ensemble des participants (bénéficiaires, professionnels, directeurs d'institutions et même responsables politiques), de formuler des propositions et de se prononcer sur celles-ci.

Le SMES-B soutient par ailleurs les divers mémorandums d'autres organisations du champ socio-sanitaire, et notamment ceux de l'AMA, du Centre d'appui aux services de médiation de dettes, du Conseil bruxellois de coordination sociopolitique, de la Fédération bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes, de la Fédération des Maisons médicales, de la Fédération des Services sociaux, de la Ligue bruxelloise francophone de la santé mentale.

Propositions

1. Offrir des logements de qualité pour les publics les plus vulnérables

La région bruxelloise connaît de longue date une crise du logement, qui ne fait que s'accroître : ce sont aujourd'hui plus de 43 000 ménages qui sont inscrits sur la liste pour accéder à un logement social, avec un délai d'attente de dix ans. Et la moitié de la population bruxelloise se trouve dans les conditions d'accès au logement social !

Ce droit fondamental qu'est l'accès au logement se révèle encore plus inaccessible pour les personnes qui présentent ou cumulent certaines problématiques : précarité, troubles de santé mentale, addictions, handicap physique ou mental... avec, pour conséquence, l'engorgement de structures d'hébergement (hôpitaux psychiatriques, initiatives d'habitation protégées...) par ces publics, les détournant de leur rôle premier et entraînant à son tour leur inaccessibilité.

Des solutions se sont pourtant mises en place afin de permettre à ces personnes d'accéder au logement, et de s'y maintenir. Il convient que l'ensemble des autorités compétentes (fédéral, Région, commissions communautaires) apportent leur soutien à ces solutions structurelles et durables, et notamment de :

- ✦ renforcer, dès 2019, les budgets dévolus aux projets Housing First et agréer ceux-ci le plus rapidement possible, avec un cadre adapté aux spécificités du travail avec ce public ;
- ✦ renforcer les équipes de guidance à domicile ;
- ✦ soutenir les projets permettant le maintien en logement, comme le partenariat existant précédemment entre le Service d'accompagnement social des locataires sociaux (SASLS) et la Cellule d'appui du SMES-B, qui visait à soutenir au plus près les travailleurs des logements sociaux dans l'accompagnement et le suivi des situations complexes et, en conséquence, d'éviter la perte du logement ;
- ✦ réaliser une recherche-action portant sur l'accompagnement en logement des personnes sans-abri¹ ;
- ✦ soutenir les initiatives de mutualisation, telles que la Cellule Capteur et Créateur de Logements, Bru4Home, Archi Human, etc.

2. Renforcer les structures « bas seuil » (ligne 0,5) et les articuler au sein d'un réseau

Les conditions socio-économiques influencent fortement l'état de santé de la population. Les personnes les plus fragiles sont ainsi confrontées plus fréquemment, et de manière plus importante, à des problèmes de santé. Leur accès au système de soins est en outre particulièrement ardu, en raison de conditions financières, administratives ou culturelles.

Conformément au Plan Santé bruxellois, il convient donc d'avoir une vigilance accrue pour ces publics (sans-abri, ex-détenus, toxicomanes, migrants, travailleurs du sexe...), en renforçant les dispositifs dits à « bas seuil » ou « ligne 0,5 », qui permettent d'accrocher les personnes les plus vulnérables, avec l'objectif de les réintégrer dans le circuit de soins traditionnel. Ainsi, nous plaidons pour :

¹ Comme le recommande le livre blanc de la Concertation sans-abri, p. XX.

- ✦ l'instauration d'un véritable réseau de soins à bas seuil de qualité, qui garantisse l'accès immédiat aux soins pour les publics vulnérables, et passe à terme le relais au circuit de soins classique² ;
- ✦ la mise en place ou, le cas échéant, le renforcement, d'équipes mobiles psychiatriques «F2a» et «F2B» spécifiques pour ces publics-cibles, dans le cadre de la réforme «Psy 107»;
- ✦ le renforcement des services du circuit de soins traditionnels, afin d'y réintégrer ensuite ces publics vulnérables. Ce renforcement doit notamment permettre les structures de soins d'adapter leurs pratiques aux spécificités de ce public, comme le fait de fixer le premier rendez-vous dans un lieu connu du bénéficiaire (domicile, café...), d'adopter une plus grande flexibilité par rapport aux rendez-vous manqués, d'offrir une prise en charge rapide, sans passer par la réunion d'équipe hebdomadaire, etc.

3. Encourager la mobilité des services d'aide et de soins

Parmi les facteurs qui expliquent l'important non-recours aux droits sociaux³ figure notamment la non-demande de la part des personnes qui pourraient prétendre à ces droits. Cette non-demande peut elle-même être générée par diverses raisons, et notamment la perte de confiance envers les institutions, le manque d'information et le manque de ressources internes et externes liées à leur situation de vulnérabilité.

Afin de contourner ces difficultés, des pratiques de mobilité des services ont progressivement vu le jour. Elles peuvent prendre diverses formes, dont celle de l'« outreaching »⁴.

Il convient donc d'encourager la mobilité :

- ✦ des services de santé mentale et hospitaliers et, à cette fin, de prévoir notamment une nomenclature INAMI pour les consultations (psychiatriques, psychologiques...) ayant lieu en rue ;
- ✦ des services sociaux, notamment des CPAS ;
- ✦ des acteurs divers amenés à intervenir autour de la situation de ces personnes, tels que les juges de paix ou les administrateurs de biens.

D'autres dispositifs mobiles peuvent également améliorer l'accès des publics vulnérables à l'aide et aux soins. Ainsi, en 2012, le SMES-B a réalisé une recherche-action sur la mise en place d'un réseau d'accompagnateurs psycho-sociaux (RAPS), pour le compte de l'Observatoire de la Santé et du Social. Comme le nom l'indique, la fonction d'accompagnateur psycho-social consiste à accompagner le bénéficiaire d'un service dans d'autres institutions (telles que commune, CPAS, services sociaux ou de santé...) afin de faciliter sa prise en charge. Sur base de cette recherche-action, nous recommandons :

² Comme recommandé par le Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique, INAMI et Médecins du Monde - Belgique, 2014, p. 12.

³ Voir le rapport thématique 2016 sur l'état de la pauvreté à Bruxelles, « Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise », Observatoire de la Santé et du Social.

⁴ Du verbe anglais « outreach » qui signifie « dépasser », ou plus littéralement encore « atteindre hors de ». Un service d'outreaching est un service qui sort des limites habituelles de son champ d'action classique en vue d'aller à la rencontre des populations qui ont un accès plus difficile aux soins ou aux services.

- ✦ la reconnaissance et le financement de la fonction d'accompagnement psycho-social⁵ ;
- ✦ la création d'une équipe intersectorielle d'accompagnateurs psycho-sociaux, en prenant soin d'impliquer les usagers dans son fonctionnement, afin de partir de leurs besoins et des priorités exprimés par ceux-ci.

4. Améliorer la couverture sociale des plus fragiles

La mobilité des publics fragilisés, singulièrement des personnes sans-abri, se heurte régulièrement au découpage administratif de la région bruxelloise. Parmi les réalités les plus fréquentes, on retrouve les difficultés d'accès aux aides offertes par les CPAS. Comme d'autres, le SMES-B plaide pour :

- ✦ une harmonisation des pratiques des CPAS (entre eux, ainsi qu'à l'interne de chaque CPAS), notamment en ce qui concerne l'accès aux soins de santé (carte médicale...), des aides au logement et de l'octroi de l'adresse de référence. L'étude en cours de réalisation sur cette question au sein de la Fédération des CPAS bruxellois devra conduire à une portabilité des droits en cas de changement de domicile sur le territoire bruxellois ;
- ✦ l'amélioration de la couverture sociale des plus vulnérables de manière plus générale, par exemple en évitant de multiplier les mesures sélectives et les statuts différents, en simplifiant au maximum les procédures administratives et en continuant à automatiser l'octroi des droits sociaux⁶ ; en incluant dans l'assurance maladie les régimes résiduels⁷ ; voire en instaurant un système de couverture sociale ambitieux en région bruxelloise⁸.

5. Améliorer l'accès des publics vulnérables aux soins psychiatriques, ainsi que la continuité de ceux-ci

Depuis une quinzaine d'années, la Belgique réorganise les soins en santé mentale conformément à 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. Cette Déclaration contient également l'engagement de « l'élaboration de services locaux adaptés aux besoins des groupes marginalisés ». Pourtant, comme l'ont démontré plusieurs études⁹, les publics cumulant problématiques sociales et psychiques continuent à présenter d'importantes difficultés d'accès aux soins psychiatriques, particulièrement lors des épisodes de crise.

Lors du théâtre législatif organisé pour les 25 ans du SMES-B, le public a dès lors formulé les propositions suivantes :

- ✦ la création d'une réserve de lits psychiatriques activables en cas de crise, sur le modèle des lits « en portefeuille » dans le secteur des maisons de repos ;

⁵ Cette demande se retrouve également dans le « Mémoire du secteur spécialisé toxicomanie bruxellois », p. 17.

⁶ Propositions reprises au « Mémoire médiation de dettes 2018-2019 », p.7.

⁷ Proposition reprise au « Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique », INAMI et Médecins du Monde - Belgique, 2014, p. 5.

⁸ Proposition reprise au « Mémoire du secteur spécialisé toxicomanie bruxellois », p. 17.

⁹ Voir notamment 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 (2018).

- ✦ la création de lieux « de répit », non médicalisés, pour permettre aux personnes de se poser quelques jours pendant une crise. Ces lieux pourraient être cogérés par les bénéficiaires eux-mêmes.

Par ailleurs, il convient également de :

- ✦ soutenir les alternatives à l'hôpital et les soins dans la communauté, notamment via le développement des « lieux du lien »¹⁰ (tels que le Club Norwest, le Pianocktail...) non médicalisés, à l'accueil inconditionnel et cogérés par les bénéficiaires ;
- ✦ développer une meilleure prise en compte des besoins, des spécificités et du pouvoir d'agir des bénéficiaires, notamment via le développement de l'approche du rétablissement.

6. Soutenir la pair-aidance

La pratique de la participation des publics se répand depuis plusieurs années, tant en santé mentale que dans le secteur social ou de la toxicomanie. Celle-ci peut prendre différentes formes. L'une d'entre elles est la pair-aidance. Le recours à des (ex-)bénéficiaires permet une meilleure prise en charge des publics, grâce au savoir expérientiel que ces « experts du vécu » ont développé. Elle s'inscrit par ailleurs dans la démarche du rétablissement (par opposition à la guérison, le rétablissement est une démarche qui vise à permettre aux personnes à reprendre un contrôle sur leur vie, à s'y sentir bien, et à prévenir les rechutes, en partant de leurs ressources propres).

Afin de favoriser l'intégration des pairs-aidants dans les équipes socio-sanitaires¹¹, il convient de :

- ✦ reconnaître la fonction de pair-aidant dans les différents cadres réglementaires (ordonnance sans-abri, décret ambulatoire...);
- ✦ développer des formations et interventions pour pair-aidants ;
- ✦ diffuser les pratiques existantes et les rendre accessibles à de nouveaux opérateurs ;
- ✦ donner la parole aux pairs-aidants dans les lieux de réflexion, concertation et décision.

7. Renforcer la formation des (futurs) intervenants psycho-médico-sociaux

Parmi les facteurs qui haussent les seuils d'accès aux structures d'aide et de soins figurent notamment les stéréotypes et craintes des travailleurs sociaux et des soignants par rapport aux populations vulnérables, et leur sentiment d'incapacité à répondre aux problématiques complexes. Ainsi, les situations de violences reçoivent souvent comme réponse une augmentation des seuils d'accès. Pourtant, il est possible de déconstruire ces représentations, d'outiller ces travailleurs avec des techniques simples. De même, le renforcement de la connaissance mutuelle des services entre eux permet d'améliorer la prise en charge et la continuité de l'aide et des soins, souvent mise à mal faute de relais.

¹⁰ Voir notamment les pages 35 et 70 de 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 (2018).

¹¹ Cette proposition est également formulée dans le « Mémoire du secteur de la santé mentale bruxelloise », p. 15.

Nous plaçons donc pour :

- ✿ l'intégration, dans la formation initiale, d'une sensibilisation au cumul des problématiques (aux questions de santé mentale ou d'assuétudes pour les travailleurs sociaux, à la précarité, aux inégalités sociales de santé et aux assuétudes pour les soignants¹²);
- ✿ la mise en place de modules de formation continue pour les travailleurs des secteurs socio-sanitaires ;
- ✿ le soutien aux projets d'interventions ou d'immersions interinstitutionnelles (échanges de travailleurs et autres..).

8. Créer un cadre pour les structures d'appui aux professionnels (ligne 1,5)

Le dernier rapport intersectoriel ambulatoire publié par le CBCS en septembre 2018 le pointe une nouvelle fois : les problématiques auxquelles les services sociaux et de santé sont confrontés sont de plus en plus complexes, et appellent à davantage articuler les offres d'aide et de soins.

Ce travail de mise en réseau, de décloisonnement, ne va pourtant pas de soi, et demande bien souvent un appui par des structures dépassant les frontières sectorielles. Cet appui peut prendre la forme de soutien au développement des pratiques, d'élaboration d'outils de référence, de formation, d'interlocuteur de référence vis-à-vis des parties prenantes, de mise en place de concertations autour du bénéficiaire, et même de soutien direct aux professionnels sur leur terrain d'intervention. Il s'agit aussi d'un travail « entre les lignes », de pont entre la 1^e et la 2^e lignes, que l'on pourrait qualifier de ligne 1,5.

Ce travail, largement plébiscité par les travailleurs de terrain¹³, est pourtant souvent très précaire, par son statut hybride, ses spécificités qui ne rentrent pas « dans les cases » administratives et institutionnelles, comme en témoignent les pertes de financement de la Cellule d'appui du SMES-B ces dernières années, ou la disparition récente de Dionysos. Nous appelons donc à :

- ✿ l'élaboration d'un cadre législatif reconnaissant (et subventionnant) le travail d'appui aux travailleurs de première ligne, ainsi que le travail intersectoriel.

9. Organiser une politique intégrée de l'aide et des soins sur le territoire bruxellois¹⁴

Tout comme les services doivent dépasser leurs frontières sectorielles pour mieux prendre en charge les problématiques complexes des publics vulnérables, les autorités publiques doivent davantage articuler leurs politiques. Ceci est d'autant plus crucial sur le territoire bruxellois, où le découpage institutionnel rend souvent inopérantes les stratégies de lutte contre la pauvreté et d'accès aux soins : la prévention du sans-abrisme et les sorties de rue, par exemple, ne peuvent se construire à partir des seules compétences de l'Aide aux personnes, mais doivent s'articuler à celles de la Santé, du Logement, de l'Emploi..

¹² Cette proposition se retrouve également dans le mémorandum 2018-2019 de la Fédération des maisons médicales, p. 21.

¹³ Voir par exemple les recommandations du Livre blanc du secteur sans-abri d'un appui aux « cliniques de concertation » (p. XX) et de « pérenniser et renforcer les outils de soutien aux professionnels et de travail en réseau autour de la personne sans-abri » (p. XX).

¹⁴ Cette recommandation rejoint pleinement le « Mémorandum du CBCS en faveur d'une meilleure collaboration transcommunautaire au service de l'organisation de l'aide et du soin en Région de Bruxelles-Capitale ».

De même, les associations qui se voient déléguer des missions de service public se voient parfois confrontées aux impasses institutionnelles. Ainsi, une organisation du secteur sans-abri agréée par la Cocom ne peut prétendre à un financement de projets de promotion de la santé avec son public, au motif que celle-ci dépend de la Cocof...

Il est donc essentiel :

- ✦ à tout le moins, d'harmoniser les procédures administratives entre les différentes instances bruxelloises (demandes de subvention, dossiers justificatifs, frais éligibles...);
- ✦ de mettre en place une instance de coordination (du type conférence interministérielle) entre les autorités compétentes en matière de social-santé à Bruxelles ;
- ✦ de permettre au budget régional de financer les politiques sociales et de santé ;
- ✦ de permettre au tissu associatif de prétendre au financement de ses activités sans que le découpage institutionnel soit un obstacle, soit en élaborant un cadre législatif pour l'ensemble des politiques socio-sanitaires tant mono- que bicommunautaire, soit en permettant le cofinancement par deux entités distinctes.

10. Soutenir les initiatives associatives

En Belgique, et à Bruxelles en particulier, le dynamisme du tissu associatif a permis de mettre en place des services répondant à des besoins jusque-là non rencontrés. L'État a progressivement soutenu ces pratiques en élaborant des cadres réglementaires (agrément et subventionnement).

Malgré cela, de nombreuses initiatives restent très précaires, faute de soutien structurel. Nous soutenons donc :

- ✦ autant que possible, le soutien aux associations à travers des financements pluriannuels, permettant une meilleure gestion des deniers publics ;
- ✦ une accélération et une amélioration des procédures de liquidation des subventions, pour éviter le recours à des prêts bancaires ;
- ✦ la préservation du régime des ASBL pour maintenir le tissu associatif hors de toute logique marchande.

Au 25/02/2019, les organisations suivantes étaient membres du SMES-B :

le centre de santé mentale l'Adret,
le Centre hospitalier Jean Titeca,
Diogènes,
DoucheFLUX,
Dune, l'Entr'aide des Marolles,
les IHP Entre Autres,
la maison d'accueil Escale,
le centre Exil,
Fami-Home,
la Fédération des Services sociaux,
la FEDITO Bruxelles,
le Forum - Bruxelles contre les inégalités,
Huis van Vrede,
les hôpitaux Iris Sud,
le projet Lama, L'Îlot,
le service de santé mentale La Gerbe,
la maison d'accueil des Petits Riens,
la Maison d'accueil socio-sanitaire de Bruxelles,
Médecins du Monde Belgique - Dokters van de Wereld België,
Pierre d'Angle,
la Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale,
Psycho-Sociaal Centrum Sint-Alexius,
Rivage - Den Zaet,
SMES-Europa,
Source,
Transit.

L'assemblée générale compte également une douzaine de personnes physiques actives dans des organisations du social-santé bruxelloises.