

## AXE 3: Améliorer la structure et la coordination de l'offre des services d'aide et de soins

Bruxelles bénéficie d'une offre socio-sanitaire très diversifiée, animée par des acteurs engagés et proches de la population. Il existe une grande diversité d'acteurs publics, associatifs et indépendants. Au niveau communal, les Centres Publics d'Aide Sociale jouent un rôle central pour apporter l'aide aux personnes vulnérables conformément à leurs missions définies dans l'article 62 de la loi organique. Les différents acteurs partagent les mêmes objectifs mais ne travaillent pas toujours de concert.

Mais les évolutions démographiques (accroissement démographique, précarisations, arrivée de nouvelles populations, vieillissement et augmentation de la dépendance) et épidémiologiques (explosion des maladies chroniques) qui touchent la Région exigent de repenser son organisation, les collaborations et de mieux utiliser encore les ressources disponibles.

Les besoins de la population se transforment<sup>64</sup>, ils se complexifient et entremêlent de plus en plus souvent des problématiques sociales et sanitaires. Ils demandent des suivis de long cours, reposant sur une démarche globale, intégrée, faite de travail en réseau et de collaborations intersectorielles plus étroites<sup>65</sup>. Ce faisant ils entraînent plus facilement de la saturation, des difficultés d'orientation, des ruptures dans la continuité de l'aide et des soins.

Les parcours des personnes se tissent dans des allers et retours entre des intervenants du social et de la santé, de la santé somatique et de la santé mentale, des différentes lignes de soins. Accompagner et fluidifier au mieux ces parcours demandent à ces derniers une parfaite connaissance du réseau, plus de temps, de coordination, de partage d'information, de proximité avec les personnes. Il manque à beaucoup de gens, en particulier dans des situations complexes, une prise en charge intégrée et centrée sur leurs besoins.

D'autres problèmes sont plus structurels. À l'échelle de la Région, la répartition des ressources n'est pas toujours optimale. Certains quartiers accueillent les services adéquats en diversité et quantité, d'autres manquent de presque tout ou d'une offre plus spécifique. Il en va de même pour la répartition de la médecine générale<sup>66</sup> et des soins à domicile. Certains bénéficiaires doivent parcourir de longues distances pour accéder à un service faute d'alternative plus proche. L'enjeu de l'ampleur et de la distribution de l'offre au regard des principes de justice sociale et spatiale doit être pris en compte, au même titre que celui des effets que produisent le morcellement des compétences et la diversité des cadres législatifs ou le manque de collaboration entre acteurs habitués à fonctionner en silos.

Enfin, des projets pilotes récents, comme Boost ou Quartier Seniors, ainsi que l'action quotidienne des Centres de Coordination (qui devra cependant mieux s'inscrire dans l'approche territorialisée) ont montré l'importance et l'efficacité d'une action au plus près des personnes, dans leur milieu de vie, et qui rassemble les apports des professionnel·le·s, des pairs-aidant·e·s et ceux du réseau informel des citoyen·ne·s (proches, commerçants, voisins, ...).

<sup>64</sup> Willaert A., et Moriau J. (2018). Evolution des problématiques sociales et de santé 2013-2018 : analyse et recommandations. Bruxelles : CBCS. Observatoire de la Santé et du Social (2020). Baromètre social 2020. Bruxelles : Commission communautaire commune.

<sup>65</sup> Brusano (2020), Plan Stratégique 2021-2026. Bruxelles : Brusano.

<sup>66</sup> Missine S., Luyten S. (2018). Les médecins généralistes en Région bruxelloise : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ? Bruxelles : Commission communautaire commune. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/dossier-20182-les-medecins-generalistes-en-region-bruxelloise-qui-sont-ils>

Ces constats, largement partagés, indiquent les chemins à prendre pour répondre aux problèmes les plus pressants et pour construire une offre socio-sanitaire plus efficace et de plus haute qualité, veillant autant à la santé mentale qu'à la santé somatique. Ils passent par une meilleure répartition des ressources sur une base territoriale, le renforcement des capacités de coordination et d'intersectorialité des équipes, le développement de l'approche quartier comme méthode de travail, l'attention au et l'appui sur le milieu de vie des personnes. Une attention particulière doit également être apportée aux modes d'action des services dans la perspective de la promotion de la santé.

Les compétences relatives à l'ambulatoire et à la première ligne d'aide et de soins sont largement à cheval entre la COCOM et la COCOF. Les différentes mesures relatives à la politique de première ligne de soins en COCOM et de l'ambulatoire en COCOF seront coordonnées dans un décret ordonnance conjoints (DOC) avant la fin de la législature. Ce DOC permettra de progresser vers des normes similaires et comparables entre les deux Commissions communautaires. L'objectif étant d'améliorer la lisibilité de la politique de première ligne pour chaque - bénéficiaires, prestataires, politique - et de réduire les distorsions entre les politiques des deux Commissions communautaires. En même temps, il y a aussi une coordination avec la Communauté flamande pour une politique plus cohérente et adaptée aux Bruxellois-es.

### *1. Organiser l'offre d'aide et de soins sur une base territoriale*

Une politique socio-sanitaire réellement universaliste qui permette la prise en charge de l'ensemble de la population doit être élaborée en considérant l'ensemble de la région.

Il s'agit à terme de penser et de structurer l'offre d'aide et des soins sur une base territoriale à partir du niveau le plus proche des Bruxellois-es, le quartier, jusqu'à celui de la région toute entière en passant par le niveau intermédiaire qu'est le bassin d'aide et de soins.

Chaque type de service inscrit son action sur un territoire plus ou moins large. La maison médicale est, par exemple, typiquement un service qui priorise son action sur les résident·e·s du quartier où elle est installée, alors qu'un service mobile de santé mentale sera lui organisé au niveau d'un bassin d'aide et de soins, alors que les services d'appui (Bruss'help, Brusano, CBCS, Abrumet, Fédérations, ...) ont vocation à travailler au niveau régional. L'intention n'est pas d'obliger chaque citoyen·ne à utiliser les services présents dans son territoire mais bien de garantir à tou·te·s les citoyen·ne·s Bruxellois-es une offre de services suffisante.

En Région bruxelloise, cinq bassins d'aide et de soins d'environ 200.000 à 300.000 habitant·e·s seront définis, sur base de ce qui existe déjà en santé mentale et compte tenu de la volonté fédérale de financer la prévention et la prise en charge des maladies chroniques à ce niveau. Chaque bassin serait composé de plusieurs communes contiguës. Les bassins sont constitués d'une petite dizaine de groupements de quartiers. Actuellement, 47 groupements de quartiers ont été identifiés. Ceux-ci seront confirmés sur le terrain avant d'être fixés dans une ordonnance.

Chaque bassin, chaque groupement de quartiers dispose de moyens pour remplir les objectifs et missions qui lui sont confiées à travers un contrat afin d'améliorer le bien-être de la population dont ils ont la responsabilité. Ces objectifs et moyens sont définis sur base d'une analyse des besoins et répartis selon les principes de l'universalisme proportionné. Dans chaque groupement de quartiers, chaque bassin, un diagnostic de l'offre et des besoins soutient la programmation.

Les missions du bassin, du groupement de quartiers sont portées par une collaboration entre les autorités publiques et le secteur associatif compétent sur la zone. Cette collaboration est institutionalisée dans un contrat et des instances de gouvernance ad hoc sont créées (voir plus bas « d. Développer une approche territoriale »).

#### a. Répartir les ressources en fonction des besoins locaux

A l'échelle locale, l'offre d'accompagnement psycho-social et de soins de santé primaires, généraliste et de proximité, est principalement dispensée par les acteurs du secteur ambulatoire (maisons médicales, services de santé mentale, plannings familiaux, services d'action sociale, prestataires indépendants, ...). Ils constituent la première ligne d'aide et de soins et font face à tous les défis importants de la transformation de nos systèmes socio-sanitaires.

Dans le même temps, la région dispose d'une offre spécialisée très riche mais peu coordonnée avec les acteurs ambulatoires de première ligne. De nombreux·ses citoyen·ne·s trouvent ainsi plus facilement le chemin d'un hôpital que d'un prestataire de première ligne.

L'ambition est de répartir les ressources professionnelles de façon suffisante et adéquate partout sur le territoire dans le cadre d'un renforcement de l'existant ou de création de nouveaux services. Il est également nécessaire de donner aux acteurs de terrain, en particulier pour les situations complexes, le temps nécessaire à l'accueil et à l'accompagnement des personnes ainsi qu'au travail de coordination et de réseau utile au suivi.

Une réflexion sur l'adéquation entre l'offre et la demande sera menée, qui prendra en compte les expertises des acteurs de terrain<sup>67</sup>, sur les ressources allouées à la première ligne afin de veiller à proposer une offre répondant aux besoins de chaque groupement de quartiers, bassin, que ce soit en termes de fonctions assumées par les services, de renforcement des structures existantes ou de création de nouveaux services dans une perspective d'universalisme proportionné. Le travail de redéfinition du cadre actuel et de développement des services se fera sur base d'évaluations quantitatives et qualitatives et sur un temps long, dans la mesure où les enjeux sont importants à la fois pour les Bruxellois·es, les travailleur·euse·s et les services concernés.

<sup>67</sup> Wetz E., Moriau J., Willaert A. (2020). Organisation de l'aide et des soins de première ligne en Région bruxelloise. Note de vision politique de l'inter-fédération ambulatoire Bruxelles: CBCS.

### *b. Développer les coordinations locales et le travail de réseau*

La structuration de l'offre sur une base territoriale donne des opportunités pour décloisonner les secteurs et améliorer la coordination entre les acteurs de terrain. La définition d'une zone d'intervention et d'une responsabilité partagées fait apparaître les questions communes, les besoins de collaboration concrète, favorise l'interconnaissance et la multidisciplinarité et concoure à l'émergence d'une communauté de pratiques par une formalisation des liens de réseau. Les bénéfices à tirer d'une coordination locale du travail socio-sanitaire sont indéniables.

La Déclaration de Politique Générale bruxelloise 2019-2024 souligne la volonté du Gouvernement de réorganiser l'offre actuelle en ce sens. En partant du quartier, le modèle envisagé a la volonté de mobiliser et d'articuler un maximum de ressources formelles et informelles autour de chaque habitant·e afin qu'il ou elle puisse obtenir l'information nécessaire, identifier les endroits où trouver réponse à ses demandes et mobiliser le réseau multidisciplinaire apte à satisfaire ses besoins.

La mise en place d'un tel cadre permettra d'améliorer l'accès des Bruxellois·es aux services, c'est-à-dire de mieux visibiliser l'offre locale, de développer des lieux d'accueil et de rencontres, de créer ou renforcer des fonctions de contact et d'accompagnement comme des référents de quartier, et de renforcer les outils de coordinations des acteurs et de participation habitant·e-s.

Un nouvel instrument, les Contrats Locaux Social Santé (CLSS), en test depuis peu dans 9 quartiers bruxellois, préfigure ce que sera ce développement territorial des politiques sociales et de santé. Armé d'une méthodologie de travail qui cumule réalisation de diagnostics communautaires, établissement de plans d'actions locaux et emploi de référents de quartiers, ce dispositif a actuellement comme objectifs principaux de favoriser l'accès aux services, prévenir la perte de logement, lutter contre l'isolement social et de développer un environnement favorable afin de diminuer les inégalités sociales de santé. Ceux-ci seront amenés à évoluer, quartier par quartier, selon les problématiques locales, au plus près des besoins des habitant·e-s.

La philosophie des CLSS s'inscrit dans l'objectif d'une meilleure articulation entre les services de première ligne, aussi bien sociaux que sanitaires, et un meilleur calibrage de leurs actions en fonction des besoins des résident·e-s du quartier, au niveau social, de la prévention, de la promotion de la santé et au niveau curatif.

Elle vise également à soutenir une dynamique de quartier qui renforce le pouvoir d'agir de ses habitant·e-s, que ce soit dans une perspective personnelle ou collective par la création de réseaux d'échange et d'entraide.

Les territoires d'action des CLSS seront alignés sur les groupements de quartier afin de couvrir tout le territoire sans doublons ni zones oubliées.

### *c. Définir une offre de base*

Afin que l'ensemble des Bruxellois·es se voient proposer un panel de soins et d'aides qui réponde à leurs besoins essentiels, un service minimum sera défini à l'échelle de chaque zone d'intervention, que ce soit le groupement de quartiers, le bassin d'aide et de soins ou la région en partant du diagnostic et des objectifs fixés à chaque zone. Les moyens disponibles seront répartis de manière proportionnée entre les zones d'intervention. Ceci sans présager des choix des habitant·e-s, qui restent libres de faire appel à l'intervenant qu'ils ou elles souhaitent.

Cette offre de base est accessible, tant en termes géographique qu'en termes financiers, de seuil d'accès ou de commodités (horaire, accueil, usage des langues, ...).

#### d. Développer une approche territoriale

##### 1. le groupement de quartiers

C'est au niveau du quartier que les Bruxellois·es peuvent faire appel à la majorité des services dédiés à l'amélioration de leur bien-être (services ambulatoires, médecine générale, CPAS). Espace de la vie quotidienne, dense en relations, le quartier est aussi le lieu des contacts multiples avec des capacités d'entraide de toutes natures (services publics, pharmacien, commerçants, voisins, ...).

Envisagé comme espace partagé d'intervention, le quartier induit une approche collective des enjeux socio-sanitaires au sens large. C'est dans son périmètre, qui permet un travail basé sur la proximité, que peut se structurer un travail de réseau performant et être endossée une responsabilité populationnelle. C'est également à ce niveau que peut se tisser une attention commune des intervenants présents autour des personnes pour proposer un ensemble de services (aide et soins à domicile, garde d'enfants, activités périscolaires, actions de promotion de la santé et de prévention, actions communautaires, ...) qui favorisent leur bien-être dans leur milieu de vie.

L'approche quartier se veut être un véritable changement de paradigme qui privilégie une action collective, participative, préventive, coordonnée, multidisciplinaire, basée sur les relations et les capacités formelles et informelles à une vision trop strictement professionnelle, individualisante et curative. Elle s'adapte particulièrement bien aux publics les plus fragiles, requérant une plus grande attention et un soutien continu dans de nombreuses dimensions, non-exclusivement socio-sanitaires, de leur vie. Elle regroupe l'ensemble des acteurs locaux : acteurs associatifs du secteur social, de l'aide et de la santé, communes et CPAS, et citoyen·ne·s. Les contrats locaux préfigurent le modèle d'approche quartier (voir Axe 3, 1, b).

Par ailleurs, différentes expériences ont été développées durant la crise au niveau des quartiers : les relais d'action de quartier, les infirmier·ère·s de santé communautaire, les Bri-Co<sup>68</sup>. Ces différentes expériences seront évaluées et intégrées aux dispositifs des quartiers.

Le décret et ordonnance conjoints va définir des groupements de quartiers regroupant un ou plusieurs quartiers de l'étude réalisée par l'IGEAT afin de couvrir la région d'unité variant de 10 à 30.000 habitant·e·s. Une proposition de groupements de quartiers sera concertée avec le terrain. Dans ces groupements de quartiers, les prestataires généralistes du social, de l'aide, de la santé (et de la commune, l'urbanisme, ...) collaborent

- pour apporter une offre intégrée social-santé adaptée aux besoins de la population du quartier incluant la prévention, l'aide, le soin, l'accompagnement, la santé mentale.
- pour répondre aux besoins des personnes du quartier (agir sur les déterminants de la santé), marche, sport, alimentation saine et abordable, insécurité, emploi, logement, ...

<sup>68</sup> Les Bri-Co sont une expérience de démocratie participative visant à mieux faire correspondre la réponse social santé aux besoins des personnes. Ce modèle doit encore être évalué mais à terme, un mécanisme de participation citoyenne fera partie intégrante des CLSS.

Les groupements de quartier seront pilotés à travers le déploiement des contrats locaux social santé. Idéalement, et à long terme, toute la région devrait être quadrillée et chaque groupement de quartiers disposer d'un contrat basé sur un diagnostic et un plan d'actions social-santé. A court terme, les prochains contrats seront développés dans les groupements de quartiers où les besoins sont les plus importants.

## II. le niveau communal

A ce niveau, les Centres publics d'action sociale ont pour mission d'assurer l'aide sociale à laquelle à toute personne a droit. Celle-ci a pour but de permettre à chacun·e de mener une vie conforme à la dignité humaine<sup>69</sup>. Ils agissent sur le territoire d'une commune et peuvent pour remplir leurs missions faire appel à d'autres acteurs. Ils peuvent s'associer entre eux et coordonner les acteurs à même de remplir l'objectif qui leur est assigné.

Ils ont notamment, sans préjudice des compétences de l'autorité fédérale et des entités fédérées, la faculté, pour participer à la lutte contre la pauvreté, et en coordination avec les services et institutions précitées :

- de veiller à lutter contre la sous protection sociale et le non-recours aux droits;
- de développer des approches par les pairs, des processus de travail collectifs et communautaires en vue de renforcer la participation des usager·ère·s du CPAS;
- d'établir, en collaboration avec la structure d'appui à la première ligne de soins, un plan social-santé à l'échelle de son ressort territorial sur la base d'un diagnostic partagé des ressources et des besoins de son territoire.
- de mettre en place un service d'accompagnement à la recherche d'un logement et un service d'habitat accompagné et de prévention des expulsions;
- de mettre en œuvre des actions spécifiques dans le cadre de la lutte contre le sans-abrisme;
- de développer un service médiation de dettes avec un volet spécifique d'accompagnement à la consommation d'énergie.

Le rôle des CPAS est donc fondamental en matière d'aide sociale et d'accès aux soins de santé (carte médicale, pharmaceutique, accès AMU et soins hospitaliers). Les CPAS devront à ce titre être partie prenante, avec les communes dont ils relèvent, de la gouvernance des bassins d'aide et soins.

### III. le bassin d'aide et de soins

Le bassin d'aide et de soins (BAS) est une unité opérationnelle intermédiaire entre les quartiers et les communes et la région. Elle regroupe entre 200 et 300.000 habitant·e·s.

Il représente un niveau d'intervention qui permet de :

- Développer une connaissance des besoins de la population et de l'offre existante dans la zone et progressivement aligner cette dernière sur les premiers.
- Soutenir la collaboration intra et interprofessionnelle dans la zone. Créer du lien entre acteurs, développer la confiance et la collaboration pour permettre le développement de l'approche multidisciplinaire.
- Coordonner les réponses aux besoins des personnes confrontées à des situations complexes ou moins fréquentes.
- Soutenir les dynamiques de promotion et de prévention définies comme prioritaires au niveau du bassin.

La mission des bassins est d'accompagner les acteurs de l'aide et des soins vers une approche centrée sur les besoins des citoyen·ne·s et l'organisation d'une offre d'aide et de soins intégrée pour les personnes avec un besoin d'aide ou de soins.

La région regroupera cinq bassins recouvrant tout le territoire en respectant les limites des communes. Chaque bassin sera doté d'un statut propre lui permettant de gérer les missions et les moyens qui lui seront progressivement confiés.

La gouvernance du bassin impliquera à la fois les Commissions communautaires, les autorités publiques locales (CPAS et Communes), le secteur associatif, public et privé bicommunautaire et monocommunautaire et les prestataires indépendants actifs sur la zone.

### IV. la coordination régionale

Une série de missions d'appui à l'ambulatorie/première ligne existent mais gagneraient à être mieux coordonnées : la promotion de la santé, les différents observatoires et services d'étude, les services de formation continue et de soutien (ABRUMET, Brusano, PFCSM, Brustars, Crebis, CBCS, KCWWZ, Bruzel, Observatoire Sida et Sexualité, FEDITO, Eurotox, Culture et santé, question santé, bruprev, FARES, etc pour citer quelques exemples de structures régionales). L'Observatoire de la santé et du social et le CDCS-CMDC ont une place particulière et remplissent une mission de service public dans le cadre des SCR. Ils doivent cependant être intégrés dans le paysage des structures d'appui.

L'objectif à court terme est de favoriser/rendre structurelles des collaborations, définir des objectifs pour la région. A long terme, il s'agirait, en concertation avec les services concernés, de tendre vers un rassemblement d'opérateurs mieux coordonnés.

## 2. Assurer la continuité des prises en charge

Par-delà la complexité institutionnelle inhérente à la région, il est souhaitable que les différents acteurs institutionnels collaborent pour offrir de la continuité dans les parcours d'aide et de soins aux citoyen·ne·s, en particulier pour les personnes confrontées à des situations complexes. Il s'agit d'éviter que les moments de transitions, que ce soit dans la vie privée des citoyen·ne·s ou dans leur utilisation des services entraînent une perte de droits ou l'arrêt de soins.

### a. Renforcer le travail en réseau

Beaucoup d'expériences de travail en réseau le montrent : lorsque des problématiques complexes se posent avec une personne ou une famille, l'intervention conjointe des acteurs de terrain dans une logique multidisciplinaire permet d'amener des solutions adéquates ; comme elle permet aussi, plus simplement, de fournir un accompagnement au long cours et centré sur les besoins.

De nombreux·ses professionnel·le·s et services sont déjà impliqué·e·s dans des pratiques de réseau. Pour autant, certains d'entre eux ne sont pas encore assez développés, ni structurés.

Il importe d'installer à tous les niveaux, aussi bien individuel que populationnel, des formes de coordination et de collaborations durables qui visent à dépasser les cloisonnements entre secteurs et entre les lignes d'aide et de soins, à encourager le travail en commun, à développer des référentiels d'action convergents, et à accompagner les personnes dans les différentes structures au long de leurs parcours.

Il importe également de revoir la réglementation, les modalités de financement et l'organisation des acteurs de l'ambulatoire afin de leur permettre de remplir les missions qui sont les leurs, dans la droite ligne des principes développés dans le PSSI.

Tout cela suppose des moyens humains, mais aussi, par la formation et l'installation de dispositifs innovants, une montée en efficacité au niveau organisationnel, en termes de connaissance de l'offre existante, de partage d'informations et de bonnes pratiques.

### b. Définir et soutenir des trajets d'aide et de soin

Formaliser des liens entre les acteurs de terrain et entre ceux-ci et les citoyen·ne·s est un gage de continuité de l'aide et des soins non seulement dans sa dimension temporelle (accompagnement tout au long de la vie) mais aussi dans sa dimension relationnelle (identification de personnes de référence, connaissance partagée des situations, etc).

La responsabilité partagée à l'égard d'un public par un réseau d'intervenants et la définition de liens privilégiés entre services, de protocoles de relais et de coordination peuvent aider significativement à assurer les passages entre les différentes spécialités, institutions ou lignes d'intervention.

Pour ce faire, il s'agit de mieux articuler les prises en charge par les différents services. La diversité de l'offre, des cultures et des lieux d'intervention est un atout qu'il est nécessaire de préserver. Il ne s'agit pas d'inventer de nouveaux services mais de mieux connecter et rapprocher les acteurs existants en harmonisant davantage les approches généralistes et spécialisées, le social et la santé, les ressources formelles et informelles aux différents niveaux : quartier, bassin d'aide et de soins ou région. Cela passe notamment par un rapprochement et une mise en cohérence des diverses réglementations impliquées dans l'organisation de l'offre d'aide et de soins.



### c. Renforcer l'attractivité des métiers de l'aide et des soins

La continuité de l'aide et des soins dépend également de la présence de travailleurs dans les secteurs en général. Or, on sait que plusieurs de ces métiers sont en pénurie, et que l'attractivité des emplois dans une ville-région comme Bruxelles pose des questions particulières. Que ce soit en termes de logement, mobilité, coût de la vie, ou éventuelles différences barémiques entre régions. Il faut donc jouer sur tous les leviers possibles pour faire de l'attractivité des emplois du social et des soins une des questions importantes au moment de mettre en œuvre le PSSI, et ce, dans le cadre d'une concertation avec les partenaires sociaux. L'accord du non-marchand 2021-2024 constitue un bel exemple de cette dynamique.

## 3. Améliorer les liens entre la première ligne socio-sanitaire, la médecine générale et l'hôpital

La médecine générale, la première ligne socio-sanitaire et l'hôpital sont intrinsèquement complémentaires. Les bonnes pratiques qui visent à améliorer la coordination entre ces différents types d'acteurs, telles que les projets SYLOS<sup>70</sup>, doivent être soutenues et développées.

Des liens moins évidents, comme la mobilité indispensable des patient·e·s depuis et vers les professionnel·le·s de santé ou les institutions offrant des services de santé, doivent aussi être affermis : la politique de transport de patient·e·s y sera attentive.

Des liens opérationnels entre la première ligne et l'hôpital seront développés dans le cadre des missions des bassins d'aide et de soins.

### a. Faciliter les passages entre la première ligne et l'hôpital

Un chantier important est celui de l'amélioration de la gestion du flux d'informations et du suivi entre l'hôpital et la première ligne au moment de l'entrée en hospitalisation et lors de la sortie de la personne hospitalisée. L'outil d'échange électronique des données des patient·e·s, le Réseau Santé Bruxellois, qui permet un échange de données aisé, sécurisé et fiable est un instrument important pour y parvenir ; une coordination plus étroite et formalisée entre les acteurs de la première et de la deuxième ligne d'aide et de soins également. Ces deux éléments pourraient être intégrés dans les normes d'agrément des hôpitaux et dans le cadre des missions des bassins d'aide et de soins. L'échange de données médicales se fera dans le cadre strict des lois relatives au droit du patient et aux données de santé.

Ce renforcement de la collaboration doit aussi concerner les liens entre la première ligne socio-sanitaire, et en particulier la garde médicale, et les services d'urgences. Le recours aux urgences hospitalières augmente régulièrement, en particulier dans la population pédiatrique de moins de 15 ans et dans la population âgée de 65 ans et plus. Afin de contrer les utilisations injustifiées de ces urgences, il faut davantage visibiliser les alternatives et renforcer la coordination et la collaboration entre la première et la deuxième ligne de soins. Les incitants financiers régionaux à l'installation et au fonctionnement de la première ligne, et le financement fédéral de la prise en charge médicale des urgences, devront être alignés pour permettre une capacité suffisante pour ces transferts de prise en charge.

<sup>70</sup> J.-P.Unger, B.Criel, J. Van der Venet, S.Dugas, P.Ghilbert, P. De Paepe, M.Roland, « Health districts in Western Europe. The Belgian local health systems project e-Letter. » BMJ, <http://bmi.com/cgi/eleletters/328/7443/DC1#59220>, 13 May 2004. Belche, Jean Luc; Duchesnes, Christiane; van der Venet, Jean et al. «Le Système Local de Santé (SYLOS) en 2014 : une approche de la concertation entre lignes de soins à l'échelon local par la recherche-action», 2014, 1er symposium de recherche en médecine générale

Les alternatives à l'hospitalisation assurées par des services extra-hospitaliers, tels que, par exemple, des soins palliatifs résidentiels, des services de santé mentale, des maisons de naissances... seront progressivement développées et leur efficacité évaluée.

De même, pour garantir qu'ils assurent un service de qualité, les services de transport seront agréés sur base de critères stricts. Parmi ces critères, figurera l'obligation de fournir des tarifs accessibles et transparents.

#### *b. Développer les collaborations dans le cadre des réseaux hospitaliers*

Le rôle du secteur hospitalier reste fondamental pour garantir le droit de chaque citoyen·ne à des prestations de soins spécialisées accessibles et de qualité qu'elles soient préventives ou curatives. Le secteur a pourtant connu lors des dernières décennies plusieurs vagues de rationalisation qui ont vu la fermeture de lits, d'unités, voire de sites hospitaliers et de reconversion d'activités.

En parallèle, l'augmentation du vieillissement et de la dépendance, l'explosion des maladies chroniques, l'évolution médicale et technologique qui permet des hospitalisations de plus en plus courtes, voire un évitement des hospitalisations, modifient profondément la fonction de l'hôpital: il s'oriente vers l'offre de soins à caractère aigu, une spécialisation accrue, une plus grande collaboration avec la première ligne de soins pour le suivi des patient·e·s en ambulatoire ou à domicile.

Les hôpitaux bruxellois n'ont pas terminé leur redéploiement pour affronter ces importants changements démographiques, épidémiologiques, technologiques et organisationnels. Certains regroupements d'institutions ont eu lieu, certains sont encore en cours.

En matière de politique hospitalière, le Collège réuni s'est engagé à travailler sur un cadre législatif plus adéquat à cette évolution. Trois axes de transformation sont privilégiés: l'approfondissement de la logique des réseaux pour mieux calibrer l'offre au regard des besoins de la population, l'amélioration des collaborations entre l'hôpital et la première ligne pour la prise en charge des patient·e·s (voir supra), le renouvellement des politiques d'agrément.

La loi du 28 février 2019 prévoit l'obligation pour tous les hôpitaux de faire partie d'un réseau hospitalier agréé. Pour la Région de Bruxelles-Capitale, la loi précise que la Commission communautaire commune a pour mission d'agréer maximum trois réseaux sur le territoire bruxellois. En 2020 le Collège Réuni a pris des ordonnances afin de faciliter les regroupements et les synergies dans les activités directement liées aux patient·e·s, mais aussi dans le domaine des supports logistiques et administratifs. Finalement deux réseaux se sont constitués et ont demandé à être agréés en 2021, ceux-ci couvrent des territoires plus grands qu'un bassin d'aide et de soins, il faudra en tenir compte dans l'orientation future de la politique hospitalière.

Les réseaux participeront ainsi aux obligations de chaque hôpital d'assurer que le service de base soit accessible à la population dans chaque bassin, sans créer ou laisser de doublons, causes de perte d'efficacité. Cette réorganisation des activités doit rencontrer un triple objectif: la proximité, la qualité et l'efficacité. Elle tient compte des hôpitaux bruxellois qui n'appartiennent pas à ces deux réseaux.

Pour les soins plus spécialisés, la loi du 28 février 2019 prévoit qu'ils sont pris en charge à un niveau suprarégional sur un nombre de sites de référence limités. Les réseaux hospitaliers sont donc amenés à conclure des conventions avec ces sites de référence.

Dans la perspective d'une rationalisation de certains services très spécialisés sur certains sites géographiques éloignés les uns des autres, le transport des patient·e·s vers ces sites devrait ne pas représenter un obstacle à l'accès à ces services.

### c. *Plan stratégique régional de l'offre de soins hospitalière*

Dans la perspective de la constitution d'une offre de qualité, complète, accessible et identique pour tou·te·s les Bruxellois·es dans chaque bassin d'aide et de soins, il faut oser redéfinir le rôle de l'hôpital dans le paysage des soins. Cette redéfinition ainsi que la stratégie développée ci-dessous, tout comme ses arrêtés d'exécution, seront pris en sollicitant des avis réguliers des couples hospitalières notamment au sein du Conseil Consultatif de la COCOM.

Dans une organisation générale des soins qui veille à l'articulation constante et efficace entre la première et la deuxième ligne de soins, il s'agit de développer un concept d'agrément qui veille à l'accessibilité des services hospitaliers, à la qualité des soins, à la bonne gouvernance, à l'implication des patient·e·s, à la participation du personnel pour l'organisation des soins, à la durabilité et résilience de ceux-ci.

En termes d'offre de soins, la COCOM adopte des normes d'agrément indiquant quels services minimums doivent être offerts par les hôpitaux généraux, soit sur chaque site, soit sur au moins un de leurs sites, ou dans le bassin d'aide et de soins où ils se trouvent, ou en collaboration avec d'autres hôpitaux notamment au sein du réseau auquel ils appartiennent. Ces services minimaux sont les suivants :

- Le premier accueil aux urgences
- Le service de maternité
- Le service de médecine interne et celui de chirurgie générale
- L'hospitalisation médicale de jour
- Le service de gériatrie
- La revalidation gériatrique (sp6) et cardiopulmonaire (sp1)
- Les soins psychiatriques aigus, y compris pour les enfants- adolescent·e·s
- La réponse aux demandes d'interruption de grossesse
- La réponse aux besoins de soins palliatifs
- La réponse aux demandes d'euthanasie

Les besoins hospitaliers identifiés par la COCOM comme devant faire l'objet d'investissements prioritaires dans les dix années à venir sont les suivants :

- L'offre de services de revalidation gériatrique (sp6) et cardiopulmonaire (sp1)
- L'offre de service de psychiatrie
- La communication vers et depuis les autres prestataires de soins extrahospitaliers, si possible via un dossier patient partagé
- Le développement de gîtes de naissance
- La formation permanente du personnel, y compris l'apprentissage des langues
- Le bien-être et l'épanouissement au travail du personnel, avec une attention particulière aux professions en pénurie

- Une utilisation plus rationnelle des ressources, notamment à travers le recyclage, la pratique de l'économie circulaire ou l'amélioration de la performance énergétique, en ce compris la neutralité carbone
- L'amélioration de l'incidence environnementale, notamment en ce qui concerne les émissions polluantes, la mobilité, la biodiversité et les écosystèmes
- L'adaptation aux changements climatiques
- L'innovation médicale
- La cybersécurité

Pour terminer, la COCOM s'engage à réaliser tous les 5 ans une évaluation régulière et transparente de l'accessibilité et de la qualité des services hospitaliers, et de l'offre de soins qu'ils proposent, afin de vérifier avec les acteurs hospitaliers, les professionnel·le·s de santé et les habitant·e·s de chaque bassin d'aide et de soins si leurs besoins sont rencontrés et lesquels sont encore à améliorer ou développer dans une perspective de 10 ans.

#### 4. Assurer le continuum de l'aide et du soin pour les personnes âgées

Les personnes en perte ou en manque d'autonomie sont les premières bénéficiaires d'une offre d'aide et de soins organisée selon une « approche quartier ».

Au premier rang de celle-ci figurent les personnes âgées. 28,1% de la population bruxelloise de plus de 65 ans présente un risque de fragilité<sup>71</sup>; près d'un·e Bruxellois·e sur trois âgé·e de 65 à 79 ans et la moitié des plus de 80 ans vivent seul·e·s, la majorité sont des femmes.

L'ambition première est d'offrir aux Bruxellois·es une garantie d'autonomie, c'est-à-dire de garantir à chacun·e qu'il ou elle pourra bénéficier d'un large éventail de services disponibles et accessibles financièrement et géographiquement, tels que l'aide et les soins à domicile, l'accueil de jour, le court séjour, etc. qui devraient leur donner la possibilité de vivre plus longtemps dans un environnement familial. Pour réaliser cette ambition, il est important de bâtir un trajet de soins intégré pour les personnes âgées, offrant une continuité des liens, de l'aide, et des soins.

Deux principes transversaux prévalent : l'anticipation et l'autonomie de la personne.

Beaucoup de situations personnelles montrent qu'il est nécessaire de travailler de manière anticipée. Les décisions sont trop souvent prises trop tard, qu'il s'agisse d'adapter le logement, de faire appel à une aide à domicile ou d'emménager dans une résidence. Cela limite le nombre de solutions et peut déboucher sur une logique du fait accompli, qu'il s'agit d'éviter le plus possible.

<sup>71</sup> La fragilité est définie comme « un manque de réserve physiologique qui empêche les personnes âgées de faire face aux problèmes auxquels elles sont confrontées. »

Le respect de l'autonomie et de la participation de la personne âgée exige que la concertation et les décisions en matière d'aide partent toujours du point de vue de la personne âgée et de son environnement. Par conséquent, il faut que la personne concernée soit toujours impliquée en tant que partenaire à part entière dans les décisions relatives à son trajet de soins. Compte tenu de l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées qui ne sont pas nées en Belgique, il est également important d'accorder une attention constante aux dimensions multiculturelles. Il doit y avoir de la place pour différentes convictions, tant dans la réflexion sur l'aide et les soins offerts que dans les questions délicates posées par la fin de vie.

#### a. *Organiser l'aide et le soin de proximité*

Permettre aux Bruxellois-es d'accéder à un maximum d'aide et de soins dans leur milieu de vie et de conserver les bénéfices de cet ancrage aussi longtemps que possible est la philosophie qui guide le redéploiement de l'offre au niveau des quartiers.

L'objectif d'un tel modèle est de pouvoir renforcer le réseau social de proximité, d'impliquer les habitant-e-s dans les activités sociales et culturelles au sein du quartier et d'organiser de manière coordonnée la prise en charge de leurs besoins quotidiens en termes de soins et d'aide.

Travailler la cohésion sociale, permettre à chacun-e de se sentir chez soi dans son quartier et d'avoir des contacts avec les voisin.es sont des éléments essentiels de la lutte contre l'isolement social. Ce travail de prévention de l'isolement, et donc parfois, pour les personnes âgées, de l'entrée prématurée en maison de repos<sup>72</sup>, repose sur des dispositifs multiples. Cela peut prendre la forme de réseaux de quartier structurés, comme ceux mis en œuvre par différentes associations, qui permettent de mettre en contact et d'instaurer des relations d'entraide entre des volontaires et des personnes âgées ou en perte d'autonomie. Ce sont aussi les centres de jour qui, localement, offrent aux personnes âgées vivant à domicile un appui, des soins et des animations correspondant à leurs capacités.

En 2018, ce sont trois projets pilotes innovants qui ont été lancés afin de tester un modèle d'organisation intégrée de l'aide et des soins par quartier devant favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. L'évaluation de ces projets a permis d'identifier les bonnes pratiques et les écueils à éviter pour le développement d'une approche quartier. Amplifier leur champ d'action doit maintenant être la prochaine étape, notamment via les nouveaux contrats locaux social-santé (voir supra) qui s'appuient sur cette expérience et en étendent les moyens pour toucher un public plus large.

<sup>72</sup> Carboneille, S. (2017). Les profils des résidents O et A en maison de repos pour personnes âgées (MR) en Région de Bruxelles-Capitale. Parcours, logiques d'orientation, d'accueil et alternatives. Bruxelles : Commission communautaire commune. [https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/rapport\\_oa\\_en\\_mropa\\_2017.pdf](https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/rapport_oa_en_mropa_2017.pdf)

### *b. Amener l'aide et le soin au domicile de chaque Bruxellois·e*

L'aide et les soins à domicile doivent permettre à toute personne en perte d'autonomie et aux personnes âgées tout particulièrement de vivre plus longtemps dans leur propre environnement et d'éviter une admission précoce dans une maison de repos (MR) ou dans une maison de repos et de soins (MRS).

Les prestataires d'aide et de soins peuvent en outre jouer un rôle important dans la détection précoce d'éventuels problèmes et être le premier jalon dans la lutte contre l'isolement social. En instaurant dans le temps une relation de confiance, ils peuvent également servir de relais à la personne vers le réseau étendu des autres ressources, professionnelles ou non.

Cependant, deux obstacles majeurs empêchent aujourd'hui d'utiliser tout le potentiel de cette offre d'aide et de soins : d'une part, à l'échelle de la Région, l'offre globale d'aide et de soins à domicile est insuffisante pour répondre à la demande actuelle ; d'autre part, le recours à cette offre n'est aujourd'hui pas suffisamment facilité et valorisé. La communication à propos des différentes possibilités existantes doit être améliorée.

A côté des services d'aide et de soins à domicile, les aidant·e·s proches représentent également une formidable capacité d'assistance aux personnes dépendantes. Il est important de réfléchir au rôle qu'ils ou elles peuvent jouer, à leur statut, et à la manière de coordonner au mieux leurs apports avec l'offre professionnelle.

### *c. Développer des lieux de vie et des lieux de soutien alternatifs*

L'étude de programmation lancée en 2020 devra fournir une vision détaillée du nombre de lits disponibles en MR et en MRS en fonction du vieillissement de la population et de leur répartition sur le territoire bruxellois. On peut cependant déjà constater que les personnes âgées institutionnalisées à Bruxelles présentent proportionnellement un profil de dépendance plus léger comparé aux autres régions. On peut donc se demander s'il est opportun que celles-ci séjournent en maisons de repos. Une meilleure adéquation et répartition de l'offre de services permettrait éventuellement à ces profils de rester plus longtemps à domicile s'ils le désirent, ou de s'orienter vers des habitats communautaires moins médicalisés que des maisons de repos.

L'étude de programmation doit permettre à la politique des prochaines années d'agir sur deux fronts : d'une part, faciliter le maintien à domicile des personnes peu dépendantes et, d'autre part, prévoir une offre de lits suffisante pour les personnes plus dépendantes (y compris celles souffrant de démence).

Pour faire face à la diversité des situations rencontrées par les Bruxellois·es tout au long de leur vie, il faut donc faire exister des solutions de vie alternatives à la totale autonomie d'un côté et à la prise en charge des personnes en institutions de l'autre. Ici aussi, il faudrait idéalement être en capacité de proposer une continuité de réponses en fonction des besoins : aide à la vie à domicile (aide à domicile, téléassistance, centre de (soins) jour), adaptation et confortabilisation des logements, logements kangourous, résidences-services, habitats accompagnés, maisons communautaires. Cela vaut tout autant pour les personnes âgées que pour d'autres publics qui rencontrent des problèmes d'autonomie passagers ou non : personnes porteuses de handicap, connaissant des troubles psychiatriques, etc.

Plusieurs alternatives existent déjà en Région bruxelloise, mais elles sont plutôt rares et souvent coûteuses. L'augmentation de l'offre de logements financièrement accessibles et adaptés est évidemment un préalable, mais il faut d'ores et déjà réfléchir à d'autres solutions comme la reconversion de lits MR/MRS en résidences services sociales ou la création de logements alternatifs.

On veillera également à améliorer la qualité de vie et des soins au sein des MR/MRS, notamment via une augmentation de la participation des résident·e·s et du personnel à leur organisation, la révision des normes d'encadrement MR/MRS afin d'assurer un meilleur équilibre entre profils soignants et non-soignants au sein des institutions ou encore une plus grande ouverture des MR/MRS sur leur environnement proche.

#### *d. Accompagner la fin de vie*

L'accompagnement de fin de vie, tout comme la possibilité de demander une euthanasie, est parfois négligé ou insuffisamment connu non seulement des prestataires de soins, mais aussi et surtout de la population en général. Pourtant, compte tenu des évolutions de la médecine et de la croissance démographique, de plus en plus de patient·e·s bénéficieront à l'avenir d'une approche en soins palliatifs ou continus, voire pourraient solliciter une fin de vie assistée médicalement.

Les services ambulatoires bruxellois disponibles ne permettent pas aujourd'hui de rencontrer la demande de soins palliatifs et continués. Il est donc nécessaire de développer l'offre. Par ailleurs, l'importance en Région bruxelloise des populations en situation précaire, de même que la multiculturalité présente sur le territoire de la région génèrent des besoins et nécessitent une approche particulièrement ajustée aux singularités.

Il s'agit de développer l'offre et la qualité des soins palliatifs et continués à domicile qui permettra ainsi d'éviter un recours trop systématique à l'hôpital ou aux institutions et répondra au souhait des Bruxellois·es de rester à domicile dans de bonnes conditions malgré la maladie. Un tel développement nécessite de renforcer les compétences des acteurs de première ligne d'offrir des soins palliatifs et continués à domicile, et d'augmenter l'ampleur des équipes palliatives de deuxième ligne qui agissent en soutien des médecins généralistes et des infirmier·ère·s à domicile. Dans le cadre de leurs missions de soins continus et palliatifs, tant les professionnel·le·s que les institutions de soins seront appelé·e·s à leurs obligations de répondre aux demandes d'information ou de réalisation d'une euthanasie.

Dans notre Région, l'accompagnement continu et de fin de vie, comme beaucoup d'autres matières, relève de différents niveaux de pouvoir. La concertation et la coordination des différents acteurs présents sur le terrain sont indispensables pour assurer aux patient·e·s une prise en charge continue et cohérente. Cela est d'autant plus vrai que la mobilité des patient·e·s entre les différents lieux de prise en charge (hôpital, maison de repos, domicile) exige fréquemment de s'accorder entre professionnel·le·s pour éviter les ruptures d'accompagnement. La mission d'organisation des acteurs de terrain a été confiée à la structure régionale d'appui à la première ligne (BRUSANO).

## 5. Améliorer la santé mentale de la population

Plus que d'autres affections, les problèmes de santé mentale sont au confluent de questions de santé et de problématiques sociales. L'équilibre psychique est déjà fragilisé par l'expérience de conditions de vie difficiles: précarité, violences intra-familiales, logement inadéquat ou inexistant, perte d'emploi, isolement, éducation, exil, etc. L'action des déterminants sociaux de la santé joue de façon encore plus appuyée lorsqu'il s'agit de santé mentale.

Rien d'étonnant dès lors si l'enquête santé 2018 (Sciensano) révèle que les problèmes psychiques sont en augmentation en Belgique et que la situation bruxelloise est plus mauvaise que celle des deux autres régions. 39% de la population de la Région présente des difficultés psychologiques. L'étude fait apparaître que les personnes avec un faible niveau de scolarité ont une fragilité plus importante en matière de santé mentale. A Bruxelles, 50% des personnes diplômées du primaire ou sans diplôme déclarent souffrir de difficultés psychologiques.

Cet état de fait a des répercussions importantes sur les capacités d'accompagnement de l'ensemble du secteur socio-sanitaire. Nombreux·ses sont les professionnel·le·s qui, à un moment ou à un autre, sont confronté·e·s à un·e Bruxellois·e qui présente, en plus des raisons pour lesquelles il ou elle demande un suivi, des problèmes de santé mentale.

Il importe, de façon rapide, de pouvoir répondre au mieux à l'accroissement des difficultés psychiques de la population et, de manière plus structurelle, d'agir aussi sur les causes de celles-ci en améliorant de façon significative les conditions de vie des Bruxellois·es au travers des politiques d'enseignement, d'emploi et de logement.

### a. Renforcer et mieux coordonner l'offre de soins en santé mentale

La forte prévalence des problématiques de santé mentale et son caractère profondément social nous invitent à développer des politiques qui permettent d'étendre l'accompagnement aux publics les plus en difficulté. Par l'installation de lieux qui peuvent accueillir des actions en santé mentale communautaire ou des prises en charge thérapeutiques, nous avons à dispenser une offre de soins en santé mentale à destination de publics qui ne sont habituellement pas touchés par celle-ci. Une offre mobile de soins doit aussi être développée à destination de certains publics plus spécifiques, comme les adolescent·e·s, les jeunes adultes, les patient·e·s double diagnostic (santé mentale et handicap) et faciliter certaines transitions particulièrement délicates dans les parcours de soins, tant intrasectorielles (entre l'hôpital, le secteur ambulatoire et le logement autonome) qu'intersectorielles (entre la première ligne, les secteurs du handicap, de l'aide à la jeunesse et de la petite enfance) des usager·ère·s.

Les articulations entre soins somatiques, soins psychiques et aide sociale doivent être renforcées tout en respectant la volonté du patient d'intégrer ces différents volets dans sa prise en charge. Des pratiques de suivis conjoints existent déjà; elles devront être évaluées et prises en compte notamment dans l'implémentation de la réforme de la nouvelle convention des psychologues de première ligne.

De façon plus large, les secteurs du social-santé doivent pouvoir mobiliser les compétences des professionnel·le·s de la santé mentale pour les mettre à disposition, in situ, d'autres professionnel·le·s ou services confronté·e·s à des problèmes relevant de la santé mentale.



Le renforcement de ce genre de dynamiques demande d'améliorer la coordination entre les acteurs du social-santé dans les interventions quotidiennes, mais aussi de mettre les différentes instances et les différents niveaux de pouvoir concernés par les problématiques de santé mentale autour de la table pour améliorer l'organisation de l'offre en cette matière.

b. *Développer les structures de soin et les alternatives résidentielles à l'hospitalisation*

L'ensemble des acteurs de soins reconnaît un manque de places pour la prise en charge des troubles de santé mentale. Avec un total de 1.608 lits psychiatriques, Bruxelles est largement en dessous de l'offre résidentielle nécessaire pour répondre aux besoins des patient·e·s bruxellois·es et des patient·e·s non-bruxellois·es traités dans les institutions de la Région.

Il faut renforcer et diversifier les places d'accueil en dehors de l'hôpital afin de disposer du panel de solutions le plus large possible. Cela concerne l'augmentation du nombre de lits en maison de soins psychiatriques (MSP) et en initiatives d'habitations protégées (IHP) mais aussi l'éventuelle création de logements de crise préventif et alternatif aux urgences psychiatriques. À défaut de places disponibles de ce type, les patient·e·s restent parfois hospitalisé·e·s dans les services psychiatriques ou se retrouvent dans des structures non adaptées : des maisons de repos pour personnes âgées, des structures d'hébergement non-agrées, voire dans la rue.

Les normes d'encadrement des différentes structures résidentielles, et notamment des hôpitaux, doivent également être revues afin d'assurer une meilleure qualité de prise en charge, le respect de pratiques visant au rétablissement et à la désinstitutionnalisation des soins dans la communauté et la viabilité des institutions. La révision de l'encadrement des lits hospitaliers, notamment pour la question des mises en observation, nécessitera une volonté commune de Bruxelles et de l'État fédéral. Par ailleurs, le caractère qualitatif des inspections dans les institutions d'hébergement, dont les maisons de repos, doit être amélioré. Et ce en s'appuyant sur les témoignages des résident·e·s, des familles et des représentants syndicaux.

Le secteur de la revalidation sera aussi concerté afin d'évaluer avec la COCOM dans quelle mesure les conventions peuvent évoluer, au regard des objectifs précités, tout en préservant leur champs d'action respectif.

Enfin, il faut soutenir la création de formes d'accueil bas seuil qui permettent, sans être spécifiquement identifiés comme appartenant au secteur de la santé mentale, de dispenser du soin au travers d'actions collectives et communautaires. Ces « lieux de liens », qui permettent le rétablissement par la valorisation et la participation à des activités sociales et culturelles, ont vocation à s'inscrire dans les réseaux locaux et dans un travail de quartier intersectoriel. Le soutien au développement de la fonction de pair-aidance sera aussi un des axes à privilégier au sein des actions en santé mentale communautaire.

#### c. *Soutenir le développement des réseaux adultes « Brumenta » et enfants « Bru-stars »*

Depuis 2002 et tout particulièrement depuis le dernier Protocole d'accord signé en CIM<sup>73</sup> santé en décembre 2021, l'État fédéral et les Communautés et Régions mettent en place un modèle pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale sur un territoire donné, conformément à ce qui est écrit dans le guide « Vers de meilleurs soins en santé mentale »<sup>74</sup>. L'objectif est de proposer au patient une approche globale et intégrée quel que soit son point d'entrée dans le réseau.

Brumenta, opérateur fédéral et garant de la mise en place de cette réforme à Bruxelles, continuera à s'appuyer dans ses missions sur la Plateforme de Concertation pour la Santé Mentale et l'Inter Fédération de l'Ambulatoire ainsi que sur l'organisation des zones de soins régionales, actuellement assurées par les quatre antennes 107 : Rézone, Hermes plus, Norwest et Bruxelles Est.

Concernant plus spécifiquement les enfants et les adolescent·e·s, le guide « Vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents »<sup>75</sup> a été approuvé en 2015 en Conférence interministérielle en Santé Publique. Ce dernier s'est concrétisé par la création du réseau « Bru-Stars ». Ce réseau, opérateur fédéral et garant de l'implémentation de la réforme des soins de santé mentale pour enfants et adolescent·e·s, continuera à être soutenu par la région et s'alignera sur l'organisation et la territorialisation des soins en Région bruxelloise.

<sup>73</sup> Conférence Inter Ministérielle

<sup>74</sup> [Bruxelles.pdf \(psy107.be\)](#)

<sup>75</sup> [Guide de la réforme des soins en santé mentale pour les enfants et les adolescents.pdf \(wallonie.be\)](#)

Bru-Stars est composé de partenaires issus, notamment, du secteur de la santé mentale ambulatoire et résidentiel, du handicap, de l'aide à la jeunesse, de l'enseignement, de la petite enfance, de la justice et est soutenu par l'autorité fédérale et l'ensemble des entités fédérées compétentes sur le territoire bruxellois. Les programmes de crise et de détection précoce, la mise en place d'équipes mobiles et la création d'un point de contact unique pour Bruxelles seront soutenus afin de continuer à apporter des soins de qualité et intégrés auprès de ce public cible.

Dans le même ordre d'idées et selon les prérequis théoriques précités, le public cible des personnes âgées fera aussi l'objet d'une attention particulière. Le vieillissement de la population engendre de nouveaux besoins, tant au niveau ambulatoire que résidentiel, et il y aura lieu d'adapter le développement de l'offre à l'émergence de ces besoins spécifiques.

#### d. *Développer la sensibilisation et la déstigmatisation*

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont fréquemment stigmatisés et victimes de stéréotypes. Leur situation génère craintes et rejet. En 2001, l'OMS disait déjà que, dans un processus de soin en santé mentale, « la stigmatisation était l'obstacle le plus important à surmonter ». Pour beaucoup, la stigmatisation cause plus de souffrance que la maladie elle-même. Elle est par ailleurs un frein au recours aux soins en matière de santé mentale.

Dans le cadre d'une politique d'aide et de soins intégrée, il importe donc de lutter contre ces dynamiques, de favoriser l'acceptation du trouble psychique et des personnes qui l'affrontent et de faciliter l'accès aux services de santé mentale.

Les perspectives d'action sont multiples depuis la mise en place de politiques de prévention à la multiplication de « lieux de liens » en passant par l'appui à des projets d'aide et de soins œuvrant à la déstigmatisation par le mélange des publics.

L'accueil en santé mentale, non dirigiste et non prescriptif, sera renforcé et privilégié dans les initiatives qui seront développées afin de répondre à cet objectif de déstigmatisation.

