

...bis

...bruxelles informations sociales

Décembre 2018
n°176



RÉORGANISER LE SOCIAL-SANTÉ à Bruxelles

CBCS 

CONSEIL BRUXELLOIS DE
COORDINATION SOCIOPOLITIQUE

Réorganiser le social-santé à Bruxelles

Dossier coordonné par Stéphanie Devlésaver, CBCS asbl

L'EXEMPLE QUÉBÉCOIS

De l'intégration à la réorganisation : quelles leçons tirer de l'exemple québécois ? 3

Par Jacques Moriau, sociologue, CBCS asbl

BRUXELLES, QUELS MODÈLES ?

Tout seul on va plus vite, ensemble, on va plus loin ! 9

Par Alain Willaert, coordinateur, CBCS asbl

Multiplicité d'usages, écosystème de soins... 15

Interview de Maguelone Vignes, sociologue, Metrolab.brussels/UCL

Le multi-agrément, une fausse bonne idée ?... 19

Interview de Manu Gonçalves, directeur, SSM Le Méridien

« Créer une logique interdisciplinaire partagée » 22

Interview de François Baufay, directeur, l'Entr'Aide des Marolles

TRAVAILLER HORS CADRE

Le social et la santé, dans un mouchoir de poche ? 25

Par Stéphanie Devlésaver, journaliste, CBCS asbl

« BOOST » ou fluidifier l'existant 31

Interviews de Valentine Musette, directrice RML-B et Gaétane Thirion, responsable projets

Coopérer, sans être sous le même toit ! 36

Interviews de Mathieu De Backer, coordinateur Réseau et directeur du SMES-B et Muriel Allart, coordinatrice Housing First

CONCLUSION

« Il nous faut des frontières poreuses » 39

Stéphanie Devlésaver, CBCS asbl

Réorganiser le social-santé à Bruxelles



CONSEIL BRUXELLOIS DE
COORDINATION SOCIOPOLITIQUE

Bis n° 176 - Décembre 2018

Bruxelles Informations Sociales est la revue périodique du Conseil bruxellois de coordination sociopolitique asbl.

Editeur responsable

M. Michel Roland
Rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles
T. 02 511 89 59
info@cbs.be / www.cbs.be

Conseil d'administration

Ballant Catherine, Colle Eric, De Laever Gaëtan, Dumont Marc, Dupuis Yves, Fairier Eric, Gonçalves Manu, Kholti Samira, Marlier Stéphanie, Nieuwenhuys Céline, Noël Christine, Nzuanzu Germaine, Pahud Solveig, Pettiaux Michel, Roland Michel, Saey Emilie, Schoemann Pierre, Vanhessen Christine, Verhaegen Lydwine, Zaitouni Fatima

Coordination du CBCS et de sa revue

Alain Willaert / awillaert@cbs.be
Stéphanie Devlésaver / sdevlesaver@cbs.be

Conception graphique, mise en page et production

Studio Witrouwen / www.witrouwen.be

Photos

Bénédict Maindiaux / www.benedictmaindiaux.com
Tatiana de Perlinghi

Collages

Stéphanie Devlésaver

Les articles signés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Les articles et extraits d'article ne peuvent être reproduits qu'avec l'accord de la rédaction.



Le constat de départ est sans appel: le paysage institutionnel de la Région offre une vision peu cohérente. « *Les exemples foisonnent de législations qui s'entrechoquent, dont l'une rend difficile ou empêche dans les faits l'application de l'autre, qui complexifient les recherches de solutions aux problèmes vécus par les usagers ou qui rendent illisibles les objectifs recherchés.* (...) »

Le manque d'intégration qui résulte de notre histoire institutionnelle complique la coordination entre les différents acteurs et donc la continuité de l'aide et du soin. » (Extrait du rapport intersectoriel 2018)

Mais s'il y a unanimité sur les constats, la question du « **comment travailler ensemble efficacement** » laisse plus d'un professionnel du social perplexe. Parce qu'il est toujours intéressant d'élargir ses horizons, le CBCS est parti à la découverte du système de santé et d'aide sociale québécois. Non pas dans l'idée de l'ériger comme un exemple à suivre, mais plutôt comme un modèle à questionner pour mieux penser la réorganisation de l'aide et du soin chez nous. (lire p.3)

Fort de ce regard posé sur un ailleurs, le dossier vient réinterroger le contexte bruxellois et ses modes d'organisation de la première ligne d'aide et de soins, avec pour dénominateur commun, le **multi-agrément**.^{*} A ce jour, un tel dispositif n'existe pas en tant que tel en Belgique (si ce n'est le Centrum Algemeen Welzijnswerk en Flandre). Ceci dit, le modèle existe, de manière "bricolée", sous diverses formes: regroupement de services sous un même toit du type Entr'Aide des Marolles (lire p.22), regroupement plus récent d'associations pour mutualiser des tâches de gestion telles que l'informatique, la gestion financière, les ressources humaines, etc. (ASSOSS asbl, lire p.11). Ou encore l'émergence des Centres Social Santé Intégrés (Médecin du Monde, lire p.15). Toutes ces formes de "multi-agrément" interrogent les forces et les limites des structures actuelles: comment permettre la circulation des personnes à travers une offre ambulatoire extrêmement morcelée? Comment rassembler les forces de travail tout en préservant la diversité des prises en charge des populations? Comment garantir une certaine imperméabilité entre disciplines de l'aide et du soin tout en travaillant, en transdisciplinarité.

Pour tenter de répondre à ces questions, **des professionnels du social-santé ont décidé de sortir des logiques financières traditionnelles et des logiques institutionnelles**. C'est le cas du projet de Centre Social Santé Intégré de Molenbeek et de ses 4 structures partenaires. (lire p.25) Bien que le cadre institutionnel n'existe pas encore à ce jour, ils décident de collaborer ensemble sans être sous le même toit, quitte à mettre le pied dans la fourmière pour faire avancer les choses... Du côté du projet BOOST (RML-B), il est question de faire lien entre des dispositifs déjà existants en créant certaines fonctions de coordination manquantes. (lire p.31) Et le SMES-B - notamment réseau et cellule d'appui multidisciplinaire au professionnels - se définit lui-même comme un dispositif intersectoriel qui ne rentre dans aucune case. (lire p.37)

Serait-ce une des pistes de solution tant que les politiques actuelles, trop cloisonnées, ne favorisent pas la continuité des trajets d'aide et de soin? Ce numéro du "BIS..." tente d'éclairer le débat.

L'équipe du CBCS

^{*} les services multi-agrérés: un seul service est agréé pour plusieurs missions mais en recevant un seul mandat global sur lequel il doit rendre des comptes de façon unique. Autrement dit, le service peut organiser une offre de services différenciés, mais en gérant de façon autonome les moyens qui sont mis à sa disposition.



Par Jacques Moriau, sociologue, CBCS asbl

DE L'INTÉGRATION À LA RÉORGANISATION

quelles leçons tirer de l'exemple québécois ?

Vu de Belgique francophone, le système de santé et d'aide sociale québécois fait depuis longtemps figure de modèle à suivre ou, tout du moins, de source d'inspiration. L'intégration importante des services de premières lignes, l'échelonnement des soins et la place accordée au travail communautaire passent comme quelques-unes de ses réussites.

Si l'on s'y intéresse d'un peu plus près, on découvre évidemment que les choses sont un peu plus complexes que ce que l'on en retient habituellement, que certaines évolutions récentes s'annoncent très problématiques et que les contextes socio-historiques expliquent des différences conséquentes entre les deux territoires.

Il reste que la comparaison entre le système québécois et le nôtre est avant tout une occasion qui permet de **mieux penser ce à quoi nous voulons aboutir** et qui met en évidence l'importance de certains éléments dans l'atteinte de ces objectifs, en termes d'intégration notamment. C'est aussi l'occasion de **pointer quelques bonnes idées** qui pourraient sans doute trouver, moyennant adaptations, à s'appliquer chez nous.

Révolution tranquille et naissance de l'Etat social québécois

Une particularité frappante du système de santé publique québécois est sa création tardive par rapport aux autres pays occidentaux. Alors que dans ceux-ci, ils se constituent à la sortie de la seconde guerre mondiale, il faut attendre le début des années 70 pour voir émerger au Québec un système de sécurité sociale (1969) et une organisation publique du système de santé.

Cette naissance est à la confluence de deux mouvements. La Révolution tranquille¹, qui engage l'Etat québécois sur le chemin de l'Etat-providence, provoque une réflexion en profondeur sur le fonctionnement des services de soins et d'aide sociale jusqu'alors principalement aux mains de l'Eglise catholique. Claude Castonguay², à la demande du gouvernement, préside une commission d'enquête qui produit un énorme rapport (7 tomes !) sur la situation de ces services. Dans celui-ci³, il fixe les lignes directrices d'un système innovant : **l'établissement d'un régime d'assurance maladie obligatoire, le mixage des services sociaux et de santé, une approche territorialisée et l'importance de l'action communautaire.**

Cette remise en question entre en phase avec les revendications des syndicats et des mouvements sociaux qui cherchent au même moment à mieux répondre aux besoins des classes populaires et qui militent pour la création de services communautaires dans les « déserts médicaux » délaissés par la médecine libérale⁴.

Se conjuguent ainsi une volonté politique d'instaurer **un système axé sur une accessibilité maximale** et basé sur un réseau de centres de santé locaux et **la multiplication d'expériences citoyennes** privilégiant l'autogestion et l'action communautaire, comme par exemple la Clinique communautaire de Pointe St-Charles.

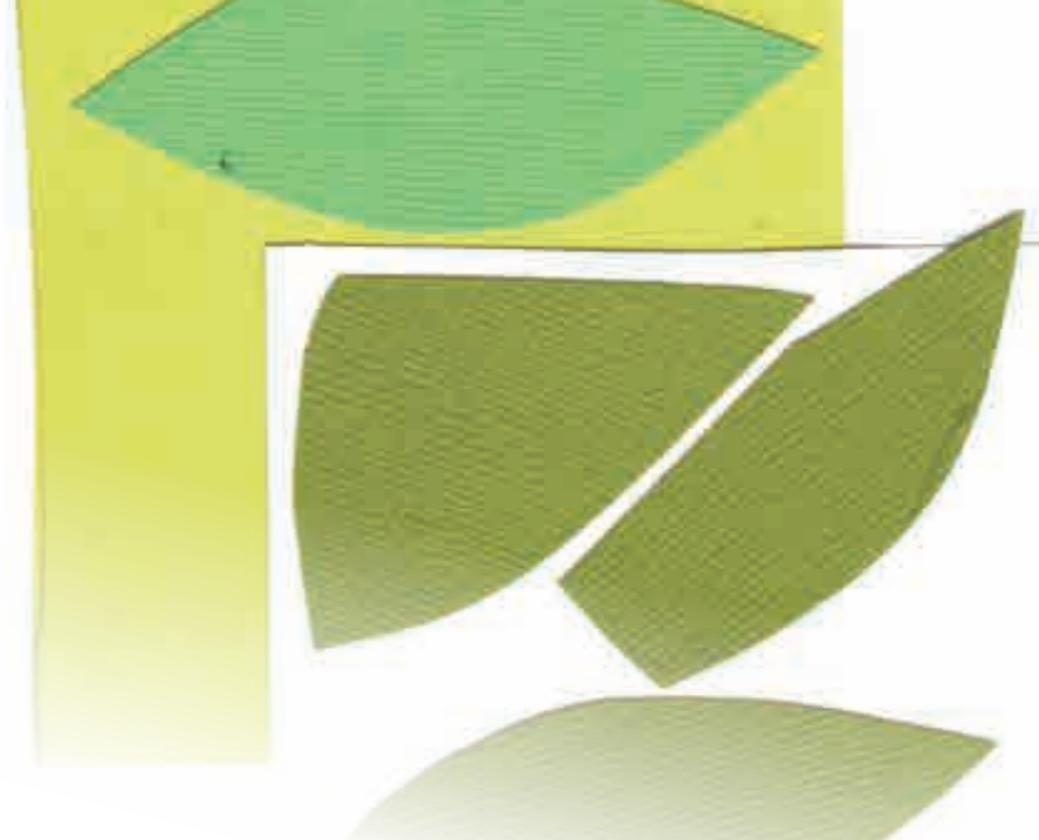
Avec, en 1970, la victoire du Parti Libéral soutenu par les franges progressistes de la société québécoise s'ouvre la possibilité d'organiser pratiquement une telle offre de services. La Loi sur la santé et les services sociaux de 1971 configurent ce système

1 La Révolution tranquille désigne au Québec la période allant de 1959 aux années 70. Elle correspond au moment où, après un contrôle continu et sans partage de l'église catholique et des conservateurs sur la vie sociale, politique et culturelle, la société québécoise s'affranchit de cette domination, se structure selon les principes de l'Etat social et revendique son identité francophone.

2 Claude Castonguay est actuaire et chargé de cours à l'Université Laval lorsqu'il est nommé en 1966 président de la Commission d'enquête sur la situation des soins de santé et des services sociaux, dites Commission Castonguay-Nepveu. Il deviendra ministre de la Santé puis ministre des Affaires sociales (1970-1973) au sein du premier gouvernement Bourassa (Parti Libéral du Québec).

3 Commission Castonguay-Nepveu, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être, Editeur officiel du Québec, Québec, 1970.

4 On notera qu'à la même époque on trouve également ce genre de mouvement et de revendication en Belgique. Ils donneront naissance aux maisons médicales, porteuses de l'ambition identique de favoriser une approche globale de la santé. La Free Clinic reste à Bruxelles un exemple emblématique de ce mouvement.



en créant quatre types de structures : les centres hospitaliers, les centres d'accueil, les centres de services sociaux et les centres locaux de services communautaires (CLSC).

Les CLSC sont la pièce centrale de cette architecture. Inspirés par les cliniques communautaires, ils se voient attribuer une triple mission en tant que réseau de cliniques publiques de première ligne : être la porte d'entrée du réseau, offrir des services de prévention, de traitement et de réadaptation ainsi que des services sociaux et garantir la participation citoyenne. Une idée résume la nouvelle organisation : « il faut améliorer le milieu pour améliorer la santé des personnes »⁵.

Les CLSC concrétisent ainsi **une vision globale et intégrée de l'aide et du soin qui va bien au-delà d'un simple accès à des prestations médicales**. Plusieurs traits peuvent être soulignés. Tout d'abord, les CLSC disposent d'une totale autonomie quant à la définition des services proposés à la population. En sus de l'offre médicale de base, ils peuvent **organiser l'offre**, notamment d'aide sociale et communautaire, **comme ils l'entendent en fonction des besoins locaux identifiés**⁶ et, si nécessaire, aider à la création de nouvelles structures. Cette grande latitude d'action va de pair avec la volonté d'une **inscription forte dans la communauté locale** qui peut influencer directement sur l'organisation des services. Enfin, la gouvernance de ces institutions prévoit une représentation importante des usagers et des professionnels dans le conseil d'administration, reflet des inspirations autogestionnaires qui ont influencés leur fondation.

Dans l'esprit de leurs créateurs, les CLSC doivent être « le vecteur d'une transformation du système socio-sanitaire »⁷. Grâce aux organisateurs communautaires - travailleurs sociaux chargés d'animer la coordination des acteurs locaux, de faire relais entre les habitants et les professionnels et de rester attentifs aux demandes du terrain - il s'agit de **passer d'une culture de l'offre à un soutien à la communauté afin qu'elle définisse et prenne elle-même en charge les problèmes auxquels elle est confrontée**.

Dans un premier temps, les CLSC vont essaimer sur l'ensemble du territoire québécois, aussi bien en ville que dans les campagnes. Mais l'ambition de développer une médecine globale et pluridisciplinaire qui considère la santé comme une question autant sociale qu'organique se heurte dès le départ à d'autres conceptions et d'autres intérêts. La puissante Fédération des omnipraticiens qui regroupe les médecins généralistes s'oppose fermement au modèle du médecin salarié et employé par les CLSC au nom de la liberté de la pratique médicale. Elle va très rapidement répondre à cette vision d'une médecine enracinée dans le social en mettant sur pied des cliniques privées partout au Québec pour ouvertement concurrencer les nouvelles structures.

En entretenant la fracture entre l'offre de services publics et la médecine générale, la résistance des médecins va donner **un premier coup d'arrêt au déploiement d'un modèle d'aide et de soins intégrés**.

Entre intégration et réorganisation : la recherche d'un nouveau modèle

Le CLSC incarne le type de service socio-sanitaire représentatif des années 70 : issu des mouvements sociaux, ancré dans son quartier, autogéré, porté par l'idéal d'une médecine globale et intégrée. Ce modèle, au Québec comme ailleurs, ne va pas résister longtemps à la fronde des médecins généralistes qui refusent d'en être partie prenante.

Incapables de s'opposer au refus du monde médical, les décideurs politiques québécois vont accumuler les réformes du système pour tenter d'atténuer les conséquences d'une concurrence entre différents prestataires de soins : problèmes d'accessibilité, coûts de fonctionnement trop importants, listes d'attente excessives et services d'urgences saturés.

Entre les années 80 et les années 2000, ce ne sont pas moins de quatre nouvelles enquêtes sur les services sociaux et de santé (depuis la Commission Rochon en 1985 jusqu'à la Commission

Clair en 2001) qui vont être menées et une suite quasi ininterrompue de réformes qui vont se succéder. Dommage collatéral, le caractère « révolutionnaire » de l'offre publique se dissout progressivement dans un système plus vaste et dominé par l'acteur médical. « La vision du début des années 1970 d'un système de santé et de bien-être intégré a peu à peu cédé le pas aux seules préoccupations, pour le ministère, de la gestion d'un réseau d'établissements dispensateurs de services sociaux et de santé »⁸.

Comme en Belgique, l'évolution québécoise montre les signes d'une **professionnalisation et d'une bureaucratisation des formes expérimentales mises en place dans les années 70** : l'autonomie locale s'amenuise et le contrôle étatique se renforce, notamment par une reprise en main des missions dans une perspective plus sectorielle. Selon certains analystes⁹, on assiste à une véritable « **normalisation** » des CLSC qui perdent leurs aspects les plus innovants comme l'implication des usagers dans la gestion des établissements ou l'extension du champ de la santé aux conditions de vie de la population.

Cette dynamique va s'accroître avec la loi de 2003¹⁰ et la **création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS)**. Poussée par un gouvernement libéral et un ministre lui-même ancien médecin, cette réforme d'ampleur est surtout la concrétisation d'un courant de pensée qui s'impose partout à cette époque, le nouveau management public. Plutôt qu'améliorer les soins, il s'agit d'abord de réduire les dépenses publiques et de rationaliser les outils de gestion administratifs.

Pratiquement, la réforme porte sur **trois points principaux** : la structuration de « **zones de soins** », l'installation de « **corridors de soins** » de la première ligne aux soins hospitaliers spécialisés, et l'instauration pour l'ensemble des acteurs actifs sur le quartier d'une « **responsabilité populationnelle** » partagée. Elle passe par la création de structures publiques de plus grande envergure, les CSSS, qui regroupent par « zone de soins » plusieurs CLSC avec les centres hospitaliers locaux et les centres de soins de longue durée. Au nombre de 95 pour l'ensemble du Québec, ces CSSS ont comme tâche, en plus des activités héritées de leurs différentes composantes, de coordonner l'ensemble des acteurs présents sur le territoire au sein de réseaux locaux de services (RLS) afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité de l'aide et des soins. Les CSSS, en collaboration avec ces mêmes acteurs, doivent en outre assumer une politique de santé générale à destination de la population.

En trente ans, on est ainsi passé de l'ambition de doter l'ensemble du territoire québécois de petites structures locales et autonomes au plus proche des communautés et attentives à leurs besoins et à leurs attentes à **une vision beaucoup plus technocratique**, favorisant des dispositifs connectés aux injonctions du politique par un ensemble d'outils de gestion (évaluation quantitative des objectifs, contractualisation des financements...) et pilotés par des motifs essentiellement budgétaires.

En fait d'intégration, la création des CSSS reflète une vision de celle-ci plus fonctionnelle, administrative et territorialisée que réellement axée sur une approche globale des problématiques socio-sanitaires. Si on peut y voir l'abandon d'une approche politique de la santé, il est juste de noter également que cette réforme est l'occasion de connecter plus étroitement les acteurs publics avec les acteurs communautaires ou ceux en charges de probléma-

tiques extérieures au champ de la santé (enseignement, autorités communales, police, etc.) puisque les CSSS sont notamment chargés de susciter les collaborations intersectorielles au sein du réseau local de services.

Au rayon des effets négatifs, beaucoup de professionnels qui ont connu les deux types de structure relèvent que cette réforme aura surtout eu comme effet de rendre plus difficile l'accomplissement de la mission communautaire dans des territoires élargis ainsi que de complexifier le travail en augmentant le nombre d'établissements liés fonctionnellement et en alourdissant les procédures administratives. A un niveau structurel, elle aura par ailleurs accru le pouvoir du secteur hospitalier au sein des réseaux et institutionnalisés les cliniques privées à travers le développement et la reconnaissance des Groupes de médecine de famille (GMF).

Dix ans seulement après cette réforme et alors que, selon leurs dires, les travailleurs commençaient à trouver leurs marques dans la nouvelle organisation de la première ligne, une nouvelle restructuration en 2015 a entièrement redessiné le système de soins québécois. Dans un contexte étrangement proche de celui que nous connaissons en Belgique - gouvernement de tendance libérale, présidé par un ancien médecin, avec un ancien médecin nommé ministre de la santé - cette réforme¹¹ a encore approfondi les logiques qui présidaient à la réforme précédente.

De l'avis de nombreux observateurs, sous couvert d'une amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins, son objectif principal est à nouveau une diminution drastique des dépenses publiques. Cette intention se concrétise à la fois par la suppression du niveau administratif existant entre le ministère de la santé et des affaires sociales et les services opérant sur le terrain (gain de 220 millions de dollars canadiens) et par la recherche

→ Lire page suivante

5 Gaumer, B., « L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec : du modèle à la réalité », *Lien social et Politiques*, 2006, 55, p. 26.

6 Les CLSC peuvent proposer des services qui couvrent une grande diversité de besoins. Cela peut comprendre une offre similaire à celle que couvrent chez nous les services travaillant dans le cadre du Décret ambulatoire comme le maintien à domicile, les politiques familiales ou la santé mentale mais aussi des interventions à destination de la jeunesse, des personnes sans-domicile, en recherche d'emploi ou de certaines populations minorisées (femmes, autochtones...).

7 Plourde, A., « Echec des CLSC ou abandon du Ministère de la santé et des services sociaux? », *billet de l'Iris*, daté du 16 mars 2016, consultable sur <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/echec-des-clsc-ou-abandon-du-ministere-de-la-sante-et-des-services-sociaux>

8 Turgeon, J. et alii, « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », *Les Tribunes de la santé*, 2011/1, n°30, p. 65.

9 Bélanger, P. et Lévesque, B., « Une forme mouventée de gestion du social : les CLSC », *Lien social et Politiques*, 2016, 75, pp. 104-119.

10 Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services locaux, dite Loi 52.

11 Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, dite Loi 10.

d'économies d'échelle **en rassemblant l'ensemble des services opérationnels dans 22 mégastructures, les CI(U)SSS** (Centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux). Ceux-ci organisent l'ensemble des services socio-sanitaires dans 11 régions qui couvrent l'ensemble de la province de Québec. Le territoire de la ville de Montréal (1.700.000 habitants) est ainsi découpé en cinq bassins de population de plus ou moins 350.000 habitants, couverts chacun par un CIUSSS.

A l'intégration par le local, puis par le quartier, **succède une réorganisation qui ressemble pour beaucoup d'acteurs de terrain à un cataclysme**. Le changement d'échelle est tel – à titre d'exemple le CIUSSS du Centre-Sud de l'île de Montréal ne compte pas moins de 14.000 travailleurs – que, selon de nombreux témoignages, on retombe dans une organisation sectorielle au sein de chaque CIUSSS.

«Personne ne voulait de cette réforme, nous dit une administratrice de programme santé mentale au sein d'un CIUSSS. L'erreur a été de faire à la fois une fusion administrative et une fusion clinique. On aurait pu faire une fusion uniquement administrative et uniquement dans certains secteurs mais... En fait, on a créé de **nouveaux silos fonctionnels** au sein des CIUSSS à la place des silos territoriaux des CSSS».

L'extension démesurée des terrains d'intervention et la masse de services à coordonner pratiquement au sein de nouvelles divisions administratives amènent à **réformer de nouvelles barrières**. L'organisation en CIUSSS a cassé beaucoup de relations de savoir, de solidarité entre les différents professionnels et détruit les endroits dédiés à la concertation. Les anciennes habitudes de travail, les collaborations tissées au fil des expériences et la proximité d'intervention se dissolvent dans les nouveaux organigrammes. En pratique, cela signifie une plus grande difficulté à faire de la transversalité. Reviennent alors les anciennes critiques sur le cloisonnement des interventions par rapport à la complexité des situations («C'est difficile de découper les gens en morceaux!») et l'exclusion des organisations communautaires du continuum de soins.

Une autre conséquence, directement liée à la taille des CIUSSS et aux contraintes de management que celle-ci implique, est la place plus grande que prend l'évaluation interne et externe des services. La gestion des services passe par la fixation de «cibles» particulières en termes de nombre de dossiers ouverts ou d'interventions par travailleur par jour presté. La responsabilité populationnelle elle-même se voit traduite en objectifs opérationnels, par exemple «toucher au moins 2% du territoire par des interventions en santé mentale».

«Le CIUSSS, ça a compliqué notre vie» conclut notre interlocutrice.

Apprendre du cas québécois

On ne peut qu'être frappé, quand on se penche sur l'histoire du système d'aide et de soins québécois, de **la similitude entre les politiques menées là-bas et ici**. Malgré les différences de contexte, c'est un parcours identique qui se dessine depuis les expériences autogérées des années 70 jusqu'au mouvement actuel de managérialisation brutale.

A cet égard, il semble que la situation québécoise soit bien plus encore sous l'emprise des politiques libérales et de leurs exigences de rationalisation et de contrôle. Cela s'explique, entre autres, par le caractère essentiellement public de ce système, ce qui le place entièrement aux mains du pouvoir politique. La profondeur comme la vitesse des réformes sont liées à **la capacité qu'a un acteur unique**, le gouvernement québécois, **de prendre les décisions et de les appliquer** dans un rapport de mainmise directe sur les services. Au fil du temps, l'application des réformes s'est d'ailleurs fait dans un esprit de plus en plus hiérarchique et autoritaire en octroyant une part toujours plus significative du pouvoir décisionnel et d'administration au Ministère de la santé et des services sociaux.

Cette configuration tranche avec la situation bruxelloise caractérisée, d'une part, par sa **complexité institutionnelle** et, d'autre part, par la **place importante que prend le secteur associatif** dans l'offre de services. Dans ce contexte, la fusion ou la réorganisation de pans entiers du système socio-sanitaire nécessiterait une mise en accord préalable entre des acteurs politiques variés, mais aussi une réflexion et une concertation avec des acteurs de terrain dont les conditions d'exercice sont réglées par une multitude de textes. Les possibilités d'intégration, considérée dans ses aspects administratifs et politiques, semblent au regard de l'expérience québécoise, des plus réduites.

Il reste que même dans une situation plus simple à maîtriser, les efforts d'intégration, tant fonctionnelle qu'administrative, ne montrent que peu d'effets positifs. La tendance ininterrompue depuis trente ans au regroupement de structures et à la fusion d'activités ne règle que de façon marginale les problèmes d'accessibilité, de files d'attente, de coûts ou d'égalité en matière de santé. On voit ainsi augmenter le recours à l'offre de services privés et apparaître le spectre d'une dualisation de l'offre de soins de santé. Au Québec, comme dans beaucoup de pays occidentaux, **on sent s'affirmer le choix d'organiser un système sur des droits individuels différenciés plutôt que sur des principes de responsabilité populationnelle, de solidarité et d'accès universel**.

Ces constats sont sans doute à lier directement au talon d'Achille de la politique québécoise de santé : **la place favorisée réservée aux médecins**. Centrées sur l'amélioration des outils de gestion et la refonte des structures organisationnelles, les réformes influencées par l'idéologie managériale manquent leurs objectifs proclamés en oubliant de revenir sur certains choix politiques fondamentaux comme, par exemple, la rémunération des médecins à l'acte. Faute de réaliser l'intégration jusqu'au bout, c'est-à-dire en incorporant les médecins dans le continuum des services de première ligne avec un rapport de dépendance au politique équivalent à ces derniers, les médecins gardent une autonomie absolue quant à leur participation aux objectifs édictés par les pouvoirs publics.

Ce que nous dit l'exemple québécois, **c'est avant tout qu'il ne faut pas confondre intégration et réorganisation**. La plupart des réformes menées depuis la création des CLSC ont plutôt tenu de la réorganisation fonctionnelle. La question de l'intégration est ailleurs, elle tient à la prise en charge globale de la personne et des problèmes auxquels elle est confrontée, que ce soit au sein de la même structure ou d'un réseau de structures.

Cette définition renvoie à deux éléments essentiels présents dans l'exemple québécois. Le premier est **le mode de fonctionnement des CLSC**. Leur relatif «succès» dans cette approche globale des usagers résulte d'une double exigence : fonder les rapports de travail sur la cogestion et une égalité interne à la structure et ouvrir les rapports de consommation de l'offre à la participation des usagers habilités à la co-définir. C'est en mettant l'ensemble des parties prenantes (l'ensemble des travailleurs de toutes spécialités et les usagers) à égalité autour des situations que se forge la possibilité d'une prise en charge intégrant un maximum de dimensions.

Un second point est **l'importance du travail communautaire**. Dans le modèle québécois, l'organisateur communautaire (lire prochainement à ce sujet sur le site du CBCS asbl) joue un rôle central dans la mise en relation entre services publics, usagers et organisations communautaires (l'équivalent de nos asbl). Il assure

la coordination du réseau et la concertation entre intervenants, mais aussi les relations avec la population. Il a également comme mission de rendre possible l'expression des demandes locales et de produire une connaissance fine des réalités du quartier. **C'est dans ce rôle de passeur entre des réalités locales et des problèmes individuels, entre des revendications collectives et des initiatives innovantes qu'il favorise aussi une approche intégrée**.

La présence généralisée de cette fonction dans le système québécois est sans doute un exemple à suivre pour la première ligne bruxelloise. Encore faut-il s'en donner les moyens.



Proverbe africain / Par Alain Willaert, coordinateur, CBCS asbl

TOUT SEUL ON VA PLUS VITE, ENSEMBLE, ON VA PLUS LOIN !

L'observateur attentif du petit monde social-santé bruxellois l'aura remarqué : tant les pouvoirs publics que les cadres associatifs planchent sur des nouveaux modes d'organisation de la première ligne d'aide et de soins. Si les seconds imaginent des modélisations qui font fi des barrières institutionnelles et recommandent la porosité des sources de financement, les premiers ne peuvent et/ou ne veulent agir qu'à partir de la fragmentation institutionnelle des allocations budgétaires trop cloisonnées et des champs de compétences de chaque ministère.

On a mis, une heure durant autour d'une table, Pierre Verbeeren (directeur général de Médecins du monde), Stéphane Heymans (directeur des opérations de Médecins du monde), Pierre Schoemann (co-directeur du Projet Lama) et Eric Husson (coordinateur Bas-seuil au Projet Lama).

En matière de modèles organisationnels, les pouvoirs publics ne peuvent et/ou ne veulent agir qu'à partir de la fragmentation institutionnelle des allocations budgétaires trop cloisonnées et des champs de compétences de chaque ministère.

EXTRAIT DU RAPPORT INTERSECTORIEL 2018¹

« L'effet ressenti de la récente VI^{ème} réforme de l'Etat qui a vu de nouvelles compétences attribuées majoritairement à la Commission communautaire commune, est celui d'une **plus grande incohérence du paysage institutionnel de la Région**. Quatre entités fédérées se partagent les compétences qui concernent directement les Bruxellois et cohabitent avec un Etat fédéral dont les choix politiques impactent souvent négativement la vie quotidienne de nos publics. 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. Et il est difficile de répondre aux contraintes et de faire place au travail de coordination qui permettrait d'éviter blocage et contre-sens. **Les exemples foisonnent de législations qui s'entrechoquent**, dont l'une rend diffi-

cile ou empêche dans les faits l'application de l'autre, qui complexifient les recherches de solutions aux problèmes vécus par les usagers ou qui rendent illisibles les objectifs recherchés. On pourrait ainsi citer l'influence des réformes de la psychiatrie adulte et infanto-juvénile ou de la psychothérapie sur l'activité des services de santé mentale, la dissonance entre les politiques drogue menée par le fédéral et celles préconisées au niveau régional, la politique d'aide aux personnes sans abri ou encore l'influence du plan e-santé sur les pratiques de terrain. Cette situation a évidemment des effets importants sur les efforts réalisés au jour le jour par les différentes équipes. **Le manque d'intégration qui résulte de notre histoire institutionnelle complique la coordination entre les différents acteurs et donc la continuité de l'aide et du soin.** »

Les acteurs associatifs cependant imaginent des modélisations qui font fi des barrières institutionnelles et recommandent la porosité des sources de financement. Comment mieux travailler ensemble, comment plus et mieux prendre en charge les demandes adressées aux différents services et les besoins de la population ?

Maguelone Vignes, chercheuse, distingue 3 modèles organisationnels (lire p.15) : le réseau institutionnalisé d'associations (la réforme Psy107 par exemple), le réseau interstitiel autour de l'utilisateur (lire projet BOOST, p.31) et le Centre Social Santé Intégré (CSSI).

¹ Rapport intersectoriel 2018. Evolution des problématiques sociales et de santé 2013 - 2018 : analyse et recommandations, Alain Willaert et Jacques Moriau, septembre 2018 - <http://www.cbcs.be/Rapport-intersectoriel-2018>

→ Lire page suivante

Transdisciplinarité, accueil inconditionnel et bas seuil : les chevaux de bataille de Médecins du Monde

Depuis quelques années, Médecin du Monde (MdM) est devenu un acteur important de l'intervention social-santé. Mais son action reste volontairement à la **marge du système** et axée sur les personnes qui sont exclues du dispositif de première ligne d'aide et de soin.

Ses chevaux de bataille : la **transdisciplinarité**, car la santé du patient-usager doit s'appréhender de manière globale, et une prise en compte des déterminants sociaux de la santé est indispensable ; l'**accueil inconditionnel et bas-seuil**, alors même que l'organisation actuelle de la première ligne couplé à un durcissement des législations sociales rend cet accès de plus en plus ardu ; et le **soutien aux professionnels du social-santé dans la recherche de solutions structurelles**, notamment via les regroupements associatifs.

Au niveau stratégique, pour Pierre Verbeeren, Directeur général de l'ONG, « l'important est de remplir la mission, pas de remplir l'institution ».

MdM est donc une ONG active à la fois sur le terrain de l'humanitaire, donc du substitutif, sur le terrain de l'appui et du renforcement de l'existant, et sur le terrain de l'innovation en cherchant avec les professionnels des manières de s'organiser et d'agir qui valorisent l'efficacité des dispositifs.

Sur le terrain, cela se concrétise essentiellement par des permanences médicales ouvertes à tous organisées tant au siège de l'organisation que de manière mobile grâce aux Médibus ; par la création de Centres Social Santé Intégrés ; et par le soutien au projet ASSOSS.

La création de Centres Social Santé Intégrés (CSSI)

Médecins du monde (lire notre encadré) a choisi le modèle du CSSI. L'ONG considère qu'il s'agit de la réponse la plus adaptée face à une situation sociale et économique fortement dégradée dont les conséquences sur la santé globale de la population sont inquiétantes :

EXTRAIT DU RAPPORT INTERSECTORIEL 2018

« Sur fond de paupérisation de la partie de la population la moins armée face au marché de l'emploi, une série de dynamiques renforce les processus de déstabilisation et d'exclusion des publics pour lesquels nous sommes amenés à travailler : difficulté d'accès au logement décent, rigidification des règles administratives, dissolution des solidarités informelles et des appuis familiaux, ... (...) La demande avec laquelle arrive l'usager dans nos services cumule ainsi de nombreuses dimensions entremêlées qui rendent l'intervention de plus en plus lourde et complexe. **Ce véritable entortillement de problèmes qui se renforcent les uns les autres a des conséquences multiples**, tant en matière d'adéquation du recours (l'usager n'est pas toujours au bon endroit, le service doit s'occuper de questions qu'il ne maîtrise pas), qu'en durée de prise en charge (les demandes s'accumulent sans fin, les prises en charge deviennent interminables), ou en matière

d'usage approprié des compétences (l'imbrication entre des problématiques sociales et de santé obligent beaucoup de services à faire un peu de tout ou à répondre à des besoins de première nécessité). Cette réalité de terrain fait que **les spécificités des services ne sont pas utilisées de façon optimale**. C'est l'organisation générale du secteur social/santé qui est mise à mal par les difficultés que cela fait peser sur le travail intersectoriel, que ce soit l'impossibilité croissante des réorientations du fait de la saturation, l'urgence des demandes à rencontrer ou le fait que le travail de fond soit submergé par les besoins primaires. »

Le CSSI est une sorte de guichet unique. Lorsque la personne se présente à l'accueil, elle est prise en charge sur place quelle que soit sa demande, grâce aux multiples disciplines présentes dans le bâtiment (médecin, infirmier, assistant social, psychologue, ...). L'objectif est d'éviter la réorientation vers l'extérieur, donc le risque de perdre la personne en chemin. Le CSSI est donc particulièrement efficace pour toucher les exclus du système, en perte d'autonomie.

Pierre Schoemann : « Dans les années 1970, les acteurs institutionnels ne s'intéressaient pas à certaines questions, comme les conséquences socio-sanitaires de la consommation de drogues, et n'osaient pas adopter des positions jugées transgressives comme la pratique de l'avortement. Tout cela a ainsi été sous-traité à ce corps intermédiaire qu'est l'associatif militant par **le financement d'autant de petits secteurs d'activités qu'il y avait de besoins émergents** (toxicomanie, santé mentale, ...) et de revendications citoyennes (maisons médicales, planning familial, ...).

Un secteur associatif qui, pour ce faire, profite des premières mesures de résorption du chômage (CST, TCT, ...), mais est fort morcelé. »

Eric Husson : « A l'époque, on est dans des logiques de désinstitutionnalisation, on sort des murs des grandes institutions avec un terreau favorable à la culture autogestionnaire². Le contexte socioéconomique a fondamentalement changé aujourd'hui et nos secteurs peinent à s'y adapter. On a un secteur ambulatoire, mais 10 approches, 10 logiques sectorielles... On est segmenté, on travaille en silo. **La prise en charge de toute la population par l'offre généraliste est dans ce contexte une illusion**. Non, la première ligne ne prend pas tout le monde. Peut-être aurions-nous davantage à penser un dispositif plus intégré pour un type d'usager qui ne trouve pas la porte d'entrée... **On ne dit pas pour autant que cette offre intégrée doit supplanter le reste mais elle doit agir en complément**. »

Pierre Verbeeren : « La construction de l'ambulatoire s'est faite suivant la logique de l'offre, qui est une logique marchande, mais subventionnée. L'idée était que l'offre allait susciter la demande, mais l'usager n'est pas aussi mobile et capable de faire son shopping qu'on pourrait le penser. La promesse d'approche globale par les différents services n'a jamais été tenue. L'organisation actuelle de l'ambulatoire social-santé crée des îlots intéressants pour une partie de la population, **mais la frange la plus marginalisée n'y a pas accès**. Il faut créer des lieux où l'usager trouvera de multiples entrées pour le soin et de la continuité. Et par ailleurs, avec une offre aussi segmentée, la responsabilité par rapport à un public global est diluée. Un service peut dire qu'il est saturé, qu'il importe le besoin du territoire. Un CSSI, du fait de sa taille, devrait avoir tendance à se responsabiliser – en tout cas on l'espère – sur le plan territorial. L'idée est de se dire qu'une organisation transdisciplinaire à 40 professionnels sera plus efficace que 4 associations de 10 travailleurs, chacune sur son segment d'intervention. »

Les deux projets de CSSI qui se mettent aujourd'hui en place en région bruxelloise et qui devraient être pleinement opérationnels en 2020, l'un à Molenbeek, l'autre à Anderlecht, sont nés de la conjonction de plusieurs éléments : d'abord les constats de terrain partagés par un certain nombre d'acteurs issus de plusieurs secteurs (Maison médicale, Action sociale, Planning familial, Aide aux toxicomanes, ...) sur les freins à l'accessibilité des services de première ligne, ensuite une vision globale de la santé développée par une série d'acteurs depuis de nombreuses années (lire notre encadré), et enfin l'opportunité d'une intervention européenne dans le financement « des briques » par le FEDER. Un troisième CSSI axé sur l'aide aux personnes toxicomanes est également en gestation, mais ne bénéficie pas de l'apport du FEDER.³

Le projet Association Social-Santé (ASSOSS ASBL)

Il n'y a pas que pour les usagers de nos services que la situation économique s'est dégradée. Les associations subventionnées vivent de difficiles moments. D'où, l'idée d'une autre forme de regroupement qui répond au nom d'ASSOSS. Contrairement au CSSI, elle ne s'intéresse pas au cœur du métier du social-santé, mais plutôt à tout **ce qui peut être mutualisé, en dehors de la relation d'aide à l'usager** : comptabilité, mise en place d'une centrale d'achats, etc.

Stéphane Heymans : « Ce qui a changé est la capacité de financement de nos structures. Il y a une tension financière de plus en plus dure à maintenir de petites structures totalement autonomes. »

EXTRAIT DU RAPPORT INTERSECTORIEL 2018

« On entend souvent dire que les pouvoirs publics désinvestissent le secteur social-santé. Il faut nuancer : les programmes budgétaires alloués à nos secteurs ne diminuent pas, que du contraire. Pour s'en convaincre, il suffit de se pencher sur les budgets des entités fédérées, ils sont publics (...) Ce que l'on est en droit d'affirmer, c'est que les financements publics ne correspondent plus aux besoins de la population pauvre et aux demandes adressées aux services. La saturation des services trouve sa source principale dans les conséquences sur la population des politiques d'austérité devenues permanentes. L'orientation politique actuelle démantèle nombres de dispositifs de l'état social. »

L'objectif d'ASSOSS, créée en mai 2018 par une petite trentaine de cadres associatifs et d'organisations sociales et de santé, est de soutenir les acteurs du non-marchand en Belgique. L'ambition d'ASSOSS est de permettre aux associations de se décharger des tâches de gestion pour se concentrer sur leurs missions de service à la population, notamment à travers la mutualisation et la gestion commune de services, tels que : l'informatique, la gestion financière (comptabilité, trésorerie), l'acquisition de biens (centrale d'achats), le recours à des prestataires (entretien des locaux, ...), les ressources humaines, la gestion immobilière, la communication, ...

Les principaux constats qui ont mené à la création d'ASSOSS : une complexité croissante des législations (marchés publics, protection des données, organisation du travail ...), une augmentation des exigences des bailleurs de fonds (en matière de rapportage, de soumission des projets et d'évaluation des dispositifs ...), une précarité des financements : tous ces facteurs amènent l'action associative à être de plus en plus happée par la gestion administrative et financière, au détriment des missions de base des organisations. Cette gestion nécessite en outre des compétences de plus en plus pointues et variées, que de petites structures peuvent difficilement posséder. Elles sont dès lors amenées à externaliser différents services (gestion du personnel, comptabilité, informatique ...), à un coût exorbitant et pour un service souvent peu adapté à leur réalité. Ce contexte menace, à terme, la diversité associative et l'éclosion de nouvelles initiatives.

On vit ici un changement de paradigme organisationnel. Pour faire court, et donc un peu caricatural, **on passe du « small is beautiful » qui avait la cote dans les années 1970 à un « big is beautiful »**.

→ Lire page suivante

2 Lire à ce propos « Gouvernance associative et service aux usagers, quelles conflictualités pour quels effets? », rapport conclusif de la DEQ-T 2014-2016, Bernard De Backer, CBCS, juillet 2016 : <http://www.cbcs.be/Rapport-conclusif-de-la-DEQ-T-2014-2016>

3 (Lire l'article à ce sujet dans le dossier de Santé Conjugée n°74/mars 2016 : "Transdisciplinarité: formules", sur le site Internet de la FMM : <https://www.maisonmedicale.org/Transdisciplinarite-formules-907.html> note de bas de page)

Pierre Verbeeren tempère : « en Belgique, vu la taille moyenne des associations, si on regroupe 400 associations, cela ne fera jamais que 3.000 postes de travail ! En France, avec 17.000 salariés, 495 établissements et services et 910 millions de chiffre d'affaire, le GROUPE SOS⁴ est la première entreprise sociale européenne ! »

Cinq groupes de travail s'attèlent à définir les contours de la future offre de service d'ASSOSS, dans les domaines de l'immobilier, de l'informatique, de la gestion des ressources humaines et de la gouvernance. D'autres verront le jour prochainement et couvriront de nouveaux champs d'action.

Les premières réalisations d'ASSOSS : avoir rendu possible la mise en place de la structure juridique adéquate pour le déploiement de TOPAZ, logiciel labellisé qui permettra une approche globale, transdisciplinaire, centrée sur l'utilisateur et le travail en équipe. Compatible e-santé, il s'agit d'une alternative Open Source aux logiciels fermés et commerciaux. Autres réalisations : des séances d'information concernant le Règlement général sur la protection des données (RGPD), adaptées à nos secteurs, pour un prix bien inférieur à ce que l'on pouvait trouver ailleurs, grâce à un partenariat avec IDEJI⁵ ; et l'élargissement, au-delà du seul secteur du planning familial qui en est l'initiateur, de l'adhésion à un service complet de secrétariat social grâce à un partenariat avec la FLCPP et l'UCM.

À terme, ASSOSS vise à favoriser une dynamique d'innovation sociale, en jouant le rôle d'incubateur de projets pionniers, au service de ses membres, de ses partenaires et de leurs bénéficiaires et ce, grâce aux marges financières que devraient dégager le regroupement.

Pierre Schoemann : « L'idée est aussi de trouver les moyens pour mettre en place notre propre bureau d'études, d'avoir nos propres experts, des académiques qui défendent notre point de vue. La finalité est d'augmenter notre résilience au désinvestissement de l'Etat dans certains de nos champs d'intervention, d'une part, et la marchandisation de pans entiers des politiques sociales et de santé, de l'autre ».

La conclusion viendra de Pierre Verbeeren : « la seule chose que l'on cherche, c'est rendre possible des imaginaires. »

4 www.groupe-sos.org

5 www.ideji.be

Centres de Santé Globale : « Ce n'est pas parce qu'on a raison trop tôt qu'on a forcément tort ! »

Novateurs, les CSSI ? Sans doute, mais l'idée, elle, dormait depuis 15 ans dans les disques durs d'ordinateurs de la Fédération des Maisons Médicales (Michel Roland), de la Fédération des Services Sociaux (Charles Lejeune), du Projet Lama (Pierre Schoemann) et de la Fédération bruxelloise des services d'aide aux toxicomanes (Serge Zombeck). Au milieu des années 2000, ils déposent pour réflexion au Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé une « proposition martyr pour une restructuration de la 1^{ère} ligne à Bruxelles ». Le document est jugé (à l'époque) tellement explosif qu'on s'empresse de le mettre au frigo. On y lit cette proposition de mise en place d'un ensemble de structures primaires de 1^{ère} ligne : « les centres de santé globaux ». Parmi les principes : organiser structurellement et formellement les soins primaires ; utiliser les ressources existantes, mais les optimiser, dans l'intérêt de la population et dans le respect des soignants et des institutions ; constituer de petites équipes de proximité pour des populations de 5.000-10.000 citoyens / usagers / patients (soit un total théorique optimal de 150-200 pour Bruxelles) ; approche à la fois individuelle et de santé publique, mais toujours « généraliste » ; insertion dans le tissu communautaire local, coordination avec le réseau, développement de synergies, comblement des trous dans les offres de réponses aux besoins (« gaps »), limitation progressive des recouvrements dans les offres correspondantes (« overlaps »).

MULTIPLICITÉ D'USAGES, écosystème de soins...

Existe-t-il des circuits de soins tout tracés ? Tout le monde est-il égal devant la diversité de recours aux soins ?... Dans le cadre de son travail de thèse, Maguelone Vignes, a étudié ces questions à partir des parcours urbains de soins de personnes séropositives, à Bruxelles et Rouen¹. Elle a éclairé le lien existant entre l'espace urbain et la manière dont on organise les recours aux soins. Dans le prolongement de cette recherche, elle travaille, entre autres, sur la mise en place du nouveau modèle des Centres Social Santé Intégrés (ou CSSI). Son objectif : nourrir le travail des professionnels des soins pour échanger sur les meilleurs moyens d'améliorer les outils existants et les dispositifs.

BIS : Quel est l'intérêt de partir de cette notion de mobilité urbaine dans les parcours de soins ? Qu'est-ce que cela dit de l'organisation du social et de la santé à Bruxelles ?

Maguelone Vignes : En mettant l'accent sur l'espace, on met en lumière le travail invisible réalisé par le patient, les techniques d'ajustement qu'il met en œuvre pour mettre en place ses recours aux soins, selon les périodes de la vie avec le VIH, selon ses expériences passées². Et si on retourne le miroir, à savoir regarder les parcours, non plus à partir des patients, mais des organisateurs des soins, des prestataires, des politiques, alors on peut voir sur quels leviers agir pour faire passer les gens d'un type de recours à un autre. (voir les formes de motilité, encadré, p.17). Aujourd'hui, on parle beaucoup de coordination de soins... Les vies sont complexes, si les professionnels du social et de la santé travaillent de concert, les gens pourront plus facilement passer d'un lieu de soins à un autre pour être pris en charge le plus adéquatement possible.

Quels sont les principaux défis en termes d'organisation des soins que cette recherche met en évidence ?

D'une part, le souci d'accessibilité : comment répondre à toutes les demandes de soins, y compris celles qui ne s'expriment pas ? Etant donné l'augmentation des multi-morbidités, la com-

plexité des situations de précarité - ce à quoi on peut ajouter la complexité de l'organisation des soins elles-mêmes - il faut être doté de certaines compétences aujourd'hui pour trouver le bon médecin, savoir comment s'adresser à lui, comment s'y rendre (connaissance de la ville, du système de soins,...). Bref, il faut être un minimum équipé, ce qui n'est pas le cas de tout le monde !

D'autre part, la recherche met en exergue un changement de paradigme : comment passer d'une relation bilatérale de médecin-patient à une relation multipartite entre le patient et un ensemble de professionnels de soins, et évoluer vers une dynamique intersectorielle, inter-organisationnelle ?

Pourquoi, face à ces défis, choisir d'approfondir la piste des Centres Social Santé Intégrés ?

Le CSSI, type guichet unique – tous les types de soins rassemblés dans un même lieu – est une forme organisationnelle possible, parmi d'autres : il existe aussi la forme réseau (la réforme Psy 107, par exemple), la forme interstitielle qui va soutenir les professionnels autour de la situation d'un patient (lire p.31). Mais l'intérêt, selon moi, du CSSI ou de cette forme de soins intégrés est qu'elle témoigne de nouveaux enjeux – l'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement, les situations de vulnérabilité socio-économique, et le besoin de proximité qui en découle - et les concrétise, notamment à travers cette prise en charge multidisciplinaire, dans un cadre quotidien qui n'est pas l'hôpital.

Autrement dit, cette forme participerait à consolider la première ligne ?

Pour moi, c'est le challenge : créer des espaces suffisamment balisés afin que la première ligne de soins, complètement invisible actuellement, devienne apparente, à l'intérieur de la

Penser l'espace en regard du degré d'intégration souhaité

« Les questions sur l'espace font lumière sur de nombreux éléments en tension les uns avec les autres, un peu à l'image de la vie », explique la chercheuse Maguelone Vignes. « Ce ne sont que des extrêmes qui cherchent à trouver un équilibre. C'est un sacré challenge pour les architectes d'arriver à ce que chaque personne se sente accueillie, à rendre la manière dont les professionnels travaillent plus compréhensible, à traduire les options qui sont prises ». En d'autres mots, la personne qui vient chercher des soins devrait, dès qu'elle passe le pas de la porte (voire même, avant d'entrer), savoir à quoi s'en tenir : tout public ? très hygiénique ? très compétent ? Peut-on passer inconnu ? Peut-on trouver certaines formes de sociabilité ? ... Pour la chercheuse, « l'espace devrait permettre différentes sortes de recours : Si quelqu'un a du mal à circuler, le lien se fera peut-être sur le pas de la porte. Ou se jouera dans l'opportunité de déambuler jusqu'au planning familial... ». Dès lors, comment agencer cet espace pour que cela facilite les collaborations entre professionnels et lesquels doivent être plus en proximité ? ... « Il faut penser l'espace en même temps que le degré d'intégration souhaité. Et en même temps, garder des évolutions possibles parce que tout est susceptible de changer ! »

ville. Rendre la première ligne suffisamment présente, sans pour autant être écrasante, mais intégrée dans un tissu urbain, dans le quotidien. Aujourd'hui, son invisibilité génère une grande circulation des gens : on essaie un endroit, puis un autre... La personne est certaine que tel lieu de soins lui convient uniquement par l'expérience, chacun essaie de se construire sa propre porte d'entrée. Résultat : les personnes qui fréquentent les associations accumulent une série de connaissances pour s'orienter ; par contre, les gens isolés, avec peu de réseau, sont dans un espèce de flou permanent... (voir les formes de motilité, encadré, p.17)

Le CSSI est un mode d'organisation qui invite à regarder la santé de manière plus globale ?

C'est une forme exacerbée de cette relation **soignants / soigné** et de l'effacement des frontières entre santé et maladie. Une **intrication plus forte de la prévention et du curatif. D'où, l'intérêt d'allier le social et la santé.** Le modèle hospitalier, c'était un modèle tout en un, en périphérie : on entre, on est malade puis on se soigne, on sort et la vie reprend son cours normal. L'hôpital est une sorte d'accident au sein d'un parcours. Alors qu'ici, **il y a un lien avec le préventif** : cette forme urbaine d'organisation des soins prend acte que la prévention et le curatif sont beaucoup plus

intriqués qu'on ne pourrait l'imaginer. Mais ce, **à condition qu'il y ait des formes de coopérations construites entre les différentes équipes** qui pourront être modulables, progressives...

En d'autres termes, travailler sous un même toit pour un simple partage de locaux ne suffit pas !

En termes de coordination des soins, on part de l'hypothèse qu'en mettant tout le monde dans la même boîte, il va forcément se passer quelque chose... Ce qui n'est pas forcément le cas ! Le travail actuel du futur CSSI à Molenbeek (lire reportage, p.25) est d'arriver à construire un sens commun pour tout le monde et à faire valoir les potentialités de chacun. A partir de là, **l'intégration peut se faire progressivement.** Les équipes peuvent décider qu'elles sont juste ensemble dans un même lieu, mais qu'elles ont chacune leur bureau et partagent la photocopieuse, la machine à café. Ou elles peuvent décider d'aller beaucoup plus loin, notamment avec la question du partage de données sur les dossiers patients, la mise en place d'activités communes au sein des équipes et/ou avec leurs publics, etc.

Jusqu'à où l'agencement de l'espace peut inviter à échanger, circuler à l'intérieur du bâtiment ?

Le spatial ne va pas tout résoudre... Mais il doit être pensé conjointement avec la connectivité, c'est-à-dire l'échange d'informations et les manières de travailler. **L'espace peut être un moteur qui favorise à la fois l'accès et les collaborations.** L'approche **centrée patient** constitue le ciment entre de nombreuses disciplines, sorte de base commune à partir de laquelle des gens très différents peuvent travailler ensemble et être d'accord. A cela s'ajoutent les exigences d'accessibilité et de coordination des soins : soit le patient circule auprès de toute l'équipe de soins et s'y sent bien ; soit la relation se fait à partir d'un professionnel, soutenu par les autres de manière très modulable.

Après, c'est le boulot des architectes et des designers d'arriver à trouver des grandes tendances avec un bâtiment qui va traduire certaines valeurs, certains objectifs tout en laissant la place à d'autres choses qui pourraient émerger. (lire encadré, p.16)

Le point fort, c'est donc l'unité de lieu, même s'il ne se suffit pas à lui-même...

Il va permettre à des gens, même en motilité compensatoire (voir formes de motilité, encadré), s'ils sont dans le bon quartier, de pouvoir se raccrocher à l'offre de soins. **Mais à condition que le CSSI s'inscrive dans un parcours de vie !** C'est important de pouvoir mettre des curseurs et de les varier au fil du parcours de vie des personnes : *"on est là au début puis on évolue vers d'autres prestataires de soins", témoigne un patient. "C'est juste quelques années de la vie, à un moment où on est plus vulnérables. Puis on vole vers quelque chose d'autre".* **Tout le travail des professionnels des CSSI va consister à pouvoir arrimer leurs patients ailleurs** s'ils en ont le souhait, le besoin.

Pour éviter le piège autarcique, tel que peut l'être l'hôpital par exemple ?

Oui, les professionnels devront rester attentifs à avoir de très bons liens avec l'extérieur ; avec les autres organisations de pre-

mière ligne et tout ce qui est en seconde ligne. Plus ils travailleront ces relations, plus ils seront assurés que les patients qui doivent circuler le feront et ceux qui ne sont pas encore prêts à le faire, pourront rester, avec le bon soutien, au bon moment.

D'où, l'importance aussi de penser les CSSI parallèlement à d'autres modèles de soins ?

Effectivement, ce modèle est à penser dans une « bio-diversité », un écosystème de soins qui offre à chacun de pouvoir entrer dans le système de soins et y circuler d'une manière qui lui convient. Un seul modèle va toujours laisser des gens de côté, ne conviendra jamais à tous les publics. Quand on réfléchit à ces questions d'accessibilité et de diversité des parcours de vie, il est nécessaire de proposer des formes adaptatives et permettant aux personnes d'être résilientes en cas de coup dur (dégradation de l'état de santé, perte d'emploi ou de droits sociaux, rupture...). **Et la résilience va émerger à partir d'une multi-**

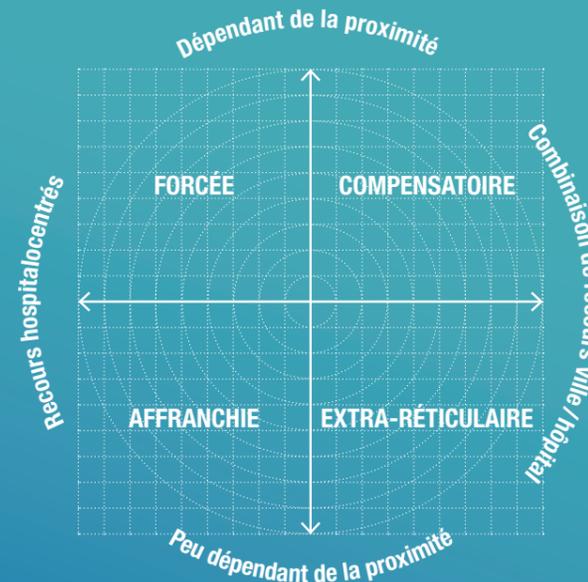
PLICITÉ de formes. Il incombe à chacun qui est en première ligne de rendre possible la mise en contact de son patient avec cette diversité de soins.

Quel est votre rôle, en tant que chercheuse, dans la mise en place de ce nouveau modèle de soins à Bruxelles ?

On observe à quelles conditions le changement attendu se produit : qu'est-ce qui fait que la manière de travailler, à un moment donné, va changer ? ... Dans ce cas précis, le succès va être d'autant plus fort que l'espace sera pensé et réussi. L'enjeu est donc de montrer que ce type de modèle fonctionne avec tel terreau, telles conditions spécifiques. Si on évite que les messages ne soient écourtés et que ce modèle ne devienne une solution unique d'organisation des soins politiquement séduisante parce que « clé en main », alors c'est intéressant !

4 formes de motilité dans les soins

Les 4 formes de motilités (faculté de se mouvoir) dans les soins se résument comme suit* :



COMPENSATOIRE

Miser sur la proximité et l'accessibilité à pied ou en transports en commun pour préserver un ensemble d'activités et de recours dans un territoire restreint (combinaison de soins de 1^{ère} ligne à proximité et de soins spécialisés à l'hôpital) ;

AFFRANCHIE

S'autoriser les distances géographiques pour rallier des structures de soins auxquelles on reste fidèle (appui sur un soutien social : famille, conjoint) ;

FORCÉE

Les recours aux soins demandent un surcroît d'énergie, ce qui les rend difficiles en cas de maladie et de baisse de la mobilité (instabilité du logement et difficulté à se déplacer en raison du coût et du manque de maîtrise de l'environnement urbain et/ou de la langue) ;

EXTRA-RÉTICULAIRE

Naviguer en dehors des réseaux formels et informels des structures médicales et psychosociales afin de préserver le secret sur la maladie et/ou de consulter des praticiens dont les services rencontrent les attentes de la personne (appui sur les caractéristiques « objectives » de l'offre urbaine de soins : centre / périphérie, discrétion de l'accès, public visé...), recours éparés dans la ville, combinaison de recours de 1^{ère} ligne et de soins spécialisés à l'hôpital).

*Extrait de : Vignes, Maguelone. 2017.

« Se soigner dans la ville. Diversité de l'offre, diversité des pratiques, diversité des leviers d'action publique ? » *Lien social et Politiques*, no 78: 211. <https://doi.org/10.7202/1039346ar>

LE MULTI-AGRÈMENT, *une fausse bonne idée ?...*

Pour Manu Gonçalves, directeur au Service de Santé Mentale Le Méridien, collaborer avec les autres professionnels de l'aide et du soin est tout simplement de l'ordre de l'évidence. Il reste plus sceptique sur cette idée de regroupement des structures : « la collaboration n'a rien d'automatique parce qu'on se rassemble dans un même maison ». Et s'interroge : jusqu'où « faire peau avec l'autre » tout en préservant son identité pour une prise en charge différenciée et accessible ?

BIS : Pourquoi se poser la question de la réorganisation de la première ligne de soins aujourd'hui ?

Manu Gonçalves : Nous sommes dans quelque chose de cyclique : quand il y a eu le mouvement des maisons médicales dans les années septante, c'était déjà ce type de questions : « comment réorganise-t-on les choses pour que les gens puissent accéder à un soin global et de qualité sur lequel ils ont une certaine prise ? »... Quarante ans plus tard, on se repose la même question avec force. **C'est inhérent au fait que tout dispositif s'institutionnalise et se réifie. A un moment donné, il a beau avoir été à la pointe, il s'est décalé, il a perdu sa trajectoire initiale.** Et il manque effectivement ce qui était son cœur de cible. La génération suivante, dans quarante ans, se posera certainement à nouveau les mêmes types de questions afin de réajuster le tir... Cette nécessité d'ajustement est consubstantielle au fait qu'on travaille avec de l'humain, dans une société qui change.

BIS : Repenser comment mettre à disposition l'aide et le soin est donc nécessaire...

Oui, on devrait d'ailleurs se poser cette question tout le temps ! Que le politique l'exige, c'est compréhensible. Mais l'exige-t-il pour de bonnes raisons ? C'est interrogeable...

BIS : La réflexion doit partir des professionnels du social et de la santé ?

Oui, parce qu'ils sont au plus près des gens et de leurs réalités, c'est donc normal et bienvenu ! C'est d'ailleurs pour cette raison que je n'hésite jamais à prendre langue avec tous ces dispositifs, même si j'ai des désaccords sur des points cliniques ou politiques. Car en même temps, j'écoute ce que les initiateurs de ces nouveaux modèles d'organisation ont à dire. Ils me renvoient ce type de réflexions : « tu vois bien que les dispositifs en l'état ne fonctionnent plus comme ils devraient ou ne fonctionnent plus que pour une certaine partie de la population ! Il y a toujours une marge de la population qui reste à l'écart... ».

BIS : Et que leur répondez-vous ?...

Effectivement, le social-santé s'institutionnalise et ne s'ajuste plus si facilement. La forme que prend l'expression des besoins de la population évolue, ne s'exprime plus de la même manière, voire ne s'exprime plus du tout... On doit y être attentif. Il existe 22 services de santé mentale qui visent la même chose, mais le font différemment. Un patient va se retrouver chez l'un, pas chez l'autre et ce n'est pas fortuit... La manière de prendre soin, le lieu où se trouve l'institution, va aider à passer à l'un et faire reculer l'autre. Ce qui plaide d'ailleurs pour une multiplication d'opérateurs de l'aide et du soin. Mais bien entendu, même si les professionnels doivent pouvoir s'organiser comme ils l'entendent, ils sont responsables de rester au plus près de ce qu'ils repèrent pour être utile à la population. Et là, j'avoue que cela peine un peu... A partir de ces constats, il faut bouger, des gens sont de plus en plus éloignés des soins, ont de plus en plus de besoins divers... le tout dans un contexte de raréfaction des moyens et de politiques sociales et de santé de plus en plus restrictives et contrôlantes.

BIS : Bouger, mais dans quelle direction ?

Aujourd'hui, ce qui a le vent en poupe, c'est le multi-agrément. Pour répondre à la multiplicité des problèmes et faciliter la vie des gens, on propose une unité de lieu pour la médecine générale, le planning, le service de santé mentale, ... C'est aussi pour faciliter la collaboration entre professionnels, être plus efficace. C'est une modélisation qui plaît forcément aux politiques parce que cela signifie "un seul opérateur", une lecture facilitée des moyens à donner à cet opérateur. Mais le risque du tout au multi-agrément est de laisser encore des gens sur le carreau...

BIS : Au-delà de ce danger, l'idée est de faciliter l'accès aux dispositifs de soins pour les populations les plus fragilisées...

Cela part d'une intuition clinique extrêmement respectable et juste : proposons un endroit spécialement conçu pour ces po-

pulations extrêmement fragiles qui ont beaucoup de difficultés à rentrer en contact avec l'autre, à faire confiance, à se déplacer... afin qu'ils ne se perdent plus en chemin et où ils auront tout à disposition.

Alors, pourquoi le multi-agrément, est-elle une fausse bonne idée ? Et pourquoi est-ce une position fort partagée par le secteur de la santé mentale ?

D'une part, cela pose la question de la ghettoïsation de la détresse humaine : **pourquoi ne pas œuvrer à rendre tous les dispositifs social-santé existants ouverts à la grande précarité?**... D'autre part, la réticence vient du type de population qu'est la nôtre, mais c'est extensible à toute population précaire, et à la population en général : pour des tas de raisons, **les gens n'aiment pas « mettre tous leurs oeufs dans le même panier ! »**. Pour certains profils de patients, que tous les professionnels de l'aide et du soin soient réunis au même endroit, et que réellement, potentiellement, fantasmatiquement, tout le monde puisse se parler, est en fait plus menaçant qu'attractif. Et cela pose une autre série de questions : faire partie de la même équipe, est-ce que c'est tout se dire, tout savoir sur la personne?...

Au Méridien, même dans le cas de prise en charge commune d'un patient, certaines informations ne se transmettent pas d'un collègue à l'autre. Le médecin, le psychologue, l'assistant social, si tous trois permettent de rester en lien avec l'institution, ils offrent une prise en charge différente et se doivent d'offrir des garanties d'étanchéité entre celles-ci. Une équipe multi-agrément qui arrive à penser son action de cette manière n'aura pas de problème à fonctionner mais elle devra toujours être attentive à rendre visible cette notion d'imperméabilité.

BIS: C'est donc un modèle envisageable, à condition de travailler cette question de confidentialité entre les différentes disciplines...

L'équipe continuera à se heurter à cette symbolique : **“toutes mes billes sont au même endroit”**. Un exemple parmi d'autres : une patiente tombe enceinte et ne veut pas de cet enfant. Pour des raisons qui n'appartiennent qu'à elle, elle ne souhaite pas en parler à son généraliste. Le planning est cependant dans la même maison. Elle ne manquera pas de se poser la question de la porosité entre ces deux professionnels ? Existe-t-il un dossier commun entre médecins?... C'est déjà un écueil dans une équipe pluridisciplinaire mais, **c'est selon moi, la limite du multi-agrément**: comme la porte d'entrée est l'aide et le soin pour garantir l'accessibilité aux plus fragiles, les professionnels sont poussés à laisser de côté au risque de l'oublier, toute la part de subjectivité et de désirs des patients, mais aussi la part de subjectivité des opérateurs. L'hôpital peut fonctionner ainsi, de manière opératoire, mais il occupe une place et remplit des fonctions spécifiques. Mais est-ce de cette manière que doit travailler l'associatif ? Je ne le pense pas.

BIS: En d'autres termes, c'est la crainte de perdre ce qui fait la spécificité du travail ambulatoire ?

L'offre ambulatoire est une offre de proximité, thématique et territorialisée. Elle connaît les ressources et les manques de ce

territoire et de sa population. L'offre ambulatoire parce qu'elle se décline dans cette proximité avec son public prend une place subjective pour les gens et dans les lieux qu'elle occupe. C'est ainsi qu'elle garantit une accessibilité pour le plus grand nombre et qu'elle doit se poser la question de l'accessibilité pour tous. Quand on sait qu'au Méridien, certains des patients ne vont jamais entrer dans un bureau ! On parle avec eux à l'entrée, dans la cuisine, dans le garage... Certains d'entre eux sont tellement envahis qu'il faut laisser la porte ouverte pour qu'ils aient le sentiment de pouvoir s'enfuir s'ils le veulent... C'est se poser ces questions : comment, en tant que service de santé mentale, facilite-t-on l'accès à nos services ? **Par où peut-on rentrer et sortir ?**

Maintenant, au Méridien, on rêve d'avoir un Centre d'Action Sociale Globale (CASG) ! Par rapport aux besoins de la population et au travail qu'on fait, ce serait un plus dans le quartier...

BIS: C'est un peu contradictoire, non ?

Je peux l'être (rires!)... Mais ce n'est pas exactement la même idée : je suis pour faciliter tout ce qui permet de faire du **pluri-agrément**. (lire encadré p.21)

BIS: quelle est la différence avec le multi-agrément ? Permettre une certaine porosité entre dispositifs, mais pas systématiquement ?

C'est penser l'aide et le soin comme étant « à géométrie variable », selon les besoins que rencontre tel ou tel dispositif existant : “pour la population avec laquelle on travaille, dans le quartier et la manière dont on travaille, ce serait central d'avoir telle ou telle structure”... Cela devrait être facile à faire pour “coller” aux besoins des gens.

BIS: Les cadres législatifs le permettraient ?

Oui, et ce qui serait encore mieux, c'est de pouvoir **faire du pluri-agrément « hors-champ »** ! A titre d'exemple, quand on voit au Méridien dans quel état arrivent parfois les enfants, ce serait idéal d'avoir une consultation ONE chez nous, en lien avec l'équipe de psychologues « enfants ». Mais l'ONE ne dépend pas des mêmes subsides, des mêmes politiques... Alors, c'est tout de suite plus compliqué à mettre en place... D'un autre côté, on a détaché des psychologues qui sont allées aux consultations ONE pour favoriser les interactions avec les mamans et leurs bébés, entre les consultations, etc. C'est prophylactique : on repère certaines choses et on réfléchit de quelle manière faciliter leur mise en place.

BIS: Au fond, par un autre chemin, vous rencontrez les mêmes questions soulevées par le multi-agrément : comment travailler ensemble ? Et jusqu'où le faire ?

On ne sait pas travailler autrement qu'ensemble, en réseau ! On passe notre temps à téléphoner aux collègues. C'est l'essence de nos métiers que de collaborer avec d'autres. Un bon professionnel, ce n'est jamais qu'un gigantesque carnet d'adresses ! Après, on va se heurter au plus grand écueil : à un moment donné, **les opérateurs doivent se donner une identité. ET comment ensuite faire peau commune puisqu'on n'est pas les mêmes ?**

Question complexe, sans cesse à traiter et peut-être à ne jamais résoudre, c'est un travail de longue haleine. Personnellement, je n'imagine pas faire sans l'autre. Ma conception d'aide et de soin, c'est que je ne suis jamais le tout. Dans ma clinique, entre collègues, on oriente les patients chez les uns ou les autres en se laissant guider par ce que veut la personne et par ce qui peut lui être utile. Mais pour réaliser de cette manière la pratique, cela demande que les boulots soient un minimum pérenne, avec une certaine zone de confort (salaires décentes, emplois stables...)...

BIS: Pour que le professionnel puisse prendre le temps d'expérimenter ?

Oui, pour être ancré dans son terrain, être confronté à des besoins différents et pratiquer une politique de la porte ouverte : les professionnels finissent toujours alors par s'approprier un peu des compétences de l'autre. Et ce peu va leur permettre de changer leurs pratiques et d'être un peu plus en adéquation avec leur public. Il faut tout mettre en oeuvre pour faciliter le métissage des pratiques.

Pluri-agrément ou multi-agrément, quelle différence ?!

Si on le décide, on peut différencier deux types de structures :

Les services pluri-agrérés : un seul service est agréé pour plusieurs missions (maison médicale, service de santé mentale, insertion socio-professionnelle, ...) et les organise soit sous le même toit soit pas. **Le service doit rendre des comptes différents pour chacun de ses agréments** selon ce que ceux-ci requièrent.

Les services multi-agrérés : un seul service est agréé pour plusieurs missions mais en recevant **un seul mandat global sur lequel il doit rendre des comptes de façon unique**. Autrement dit, le service peut organiser une offre de services différenciés, mais en gérant de façon autonome les moyens qui sont mis à sa disposition. A ce jour, un tel service n'existe pas encore en Belgique, si ce n'est les CAW, du côté flamand.

BIS: un exemple concret de ce “métissage” ?

A titre personnel, le contact avec « Infirmiers de rue » m'a apporté dans ma pratique une attention toute particulière à l'hygiène des patients. Avant, quand je travaillais avec des SDF, je me disais « il faudra que j'ouvre la fenêtre en sortant ». Aujourd'hui, je fais mienne la question de « depuis combien de temps vous n'avez plus eu accès à une douche, une fontaine? »... Du coup, le gars lève son tee-shirt et montre son dos... à soigner d'urgence ! Résultat : je suis devenu un meilleur soignant grâce à l'autre ! Auparavant, l'hygiène était une question très éloignée de moi !

D'où, tout l'intérêt d'être sans cesse dans une posture d'ouverture, de transmission. Il faut qu'on se parle, qu'on apprenne à se connaître les uns les autres. Entendre ce que l'autre a à dire sur les réalités de son public pour améliorer sans cesse la prise en charge des plus éloignés de l'aide et du soin.

« CRÉER UNE LOGIQUE interdisciplinaire partagée »

A deux pas de la place du jeu de balle et de son joyeux pêle-mêle de photos anciennes, de meubles, vêtements et vaisselle en tout genre, la porte d'entrée de l'Entr'Aide des Marolles.

Fondée en 1926, l'institution propose, en quelque sorte, son propre « pêle-mêle » de services sous un même toit : consultations sociales, psychologiques, médicales, diététiques, mais aussi kiné, podologie, pédicure, dentiste, cours d'alphabétisation, groupes communautaires... Mais contrairement à un Centre Social Santé Intégré, tout s'est développé au fil du temps et des besoins. Et aujourd'hui, le « multi-agrément » sur le terrain ? Retour sur ce type de dispositif social-santé bigarré avec François Baufoy, directeur.

BIS: Qu'est-ce qui fait particulièrement obstacle à des regards croisés entre services ?

François Baufoy : De multiples éléments rendent cette posture professionnelle difficile : des causes historiques et financières d'abord – certains services sont mieux reconnus/financés que d'autres - parfois aussi des histoires personnelles entre les gens. Enfin, la place donnée à l'usager ou au patient, **la vision du travail social et de santé**, différents pour les uns et les autres **joue clairement un rôle dans cette difficulté de rapprochement**. Entre la maison médicale et le service psychologique par exemple, ce sont deux logiques différentes qui peuvent s'entrechoquer.

BIS: Est-ce le rôle de la direction de veiller à rapprocher les angles de vue différents ?

Oui, cela fait partie de mon boulot de tenter de créer une **dynamique entre les services**, de trianguler, d'apaiser, de renouer le dialogue. Tempérer, pondérer certaines visions, certains discours. En d'autres mots, **remettre de l'horizontalité** entre certaines postures de toute puissance et d'autres qui sont à valoriser. C'est sur ces points que j'insiste lors d'un nouvel engagement, c'est à ce moment-là, selon moi, que ces notions doivent déjà être travaillées ! Insister sur l'idée de travail à plusieurs, sur la reconnaissance des autres compétences, l'interdisciplinarité, etc. C'est un vrai boulot ! Faire exister cette dimension de transversalité, de non hiérarchisation des savoirs... Dans la collaboration, il y a d'abord la volonté de travailler ensemble et puis, **celle de reconnaître l'autre** dans ses particularités, son expertise. Autrement dit, tu ne sais pas plus ou pas mieux que l'autre... Tu sais différemment ou tu crois savoir, à partir d'un autre angle de vue !

BIS: Pour créer une telle dynamique, des lieux d'échange entre services doivent exister...

Oui, et ces lieux doivent permettre de se réunir autour de cette question, notamment : **« que pourrait-on réfléchir ensemble ? »**...

La difficulté est que chaque partie du travail de l'Entr'Aide reçoit un « agrément », mais il n'y a **pas de reconnaissance d'un cadre de travail commun**. C'est donc du temps de travail à 'grapiller' sur un temps de midi, entre deux autres réunions... Pourtant, **construire une logique institutionnelle partagée** est essentielle. Que fait-on, par exemple, avec les petites marges budgétaires qui se dégagent ? Où soutenons-nous l'activité ? Ou quand,

« CBCS : faciliter le travail des structures pluri-agrées »

Suite aux conclusions des groupes de travail qu'il avait organisé en 2016 sur les thèmes de l'accessibilité et de l'offre conjointe, le CBCS a décidé de continuer la réflexion sur **les conditions permettant d'améliorer le travail des services bénéficiant d'un pluri-agrément**. A l'été 2017, en collaboration avec Médecins du monde, le CBCS a donc réuni autour de la table l'ensemble des services pluri-agrérés par la Cocof dans le cadre du Décret ambulatoire. **L'objectif général était double**. Sur base d'une confrontation des expériences des différents services, il s'agissait d'une part de **s'interroger sur les pratiques permettant d'améliorer le travail conjoint** au sein des structures pluri-agrées et, d'autre part, de **pointer les difficultés légales et administratives** devant trouver des solutions pour faciliter l'action sur le terrain. Une première rencontre avec l'administration de la Cocof a eu lieu pendant l'été 2018 et a abouti à la négociation d'une série de simplifications du traitement administratif des dossiers des services pluri-agrérés.

à l'inverse, les sous viennent à manquer ? Pendant tout un temps, le pôle médical était en déficit, l'institution devait aller dans ses fonds propres pour soutenir l'activité. Aujourd'hui, c'est ce même service qui permet de soutenir d'autres activités en difficulté de financement mais indispensables. Ce n'est possible qu'à partir du moment où il y a cette **réflexion institutionnelle partagée sur l'importance de soutenir l'ensemble du projet proposé par l'institution** et non une logique de services totalement indépendants.

BIS: Le modèle Centre Social Santé Intégré fait le pari de la transversalité pensée en amont du projet. Qu'en pensez-vous ?

Pourquoi pas ? L'idée est intéressante à partir du moment où on garde la liberté de ne pas inclure les gens dans un circuit qui les oblige à rester dans les services d'une même maison. Cela doit toujours rester un choix, une liberté... Et cela pose toute une série de questions : ont-ils des réunions cliniques entre services ? Quel service aura la légitimité de prendre une décision par rapport à tel patient ? Un espace de concertation des professionnels est-il nécessaire sur certaines situations ? **Bien entendu, il y a de l'informel. Mais cela ne suffit pas**, il s'agira de **baliser certains modes de travail ensemble**.

BIS: Ce sont des questions qui sont soulevées, notamment dans le cadre du groupe de travail « pluri-agrément » du CBCS (voir encadré) dont vous faites partie...

Oui, et c'est intéressant d'entendre d'autres réalités de travail, de partager nos expériences, nos difficultés, nos fantasmes aussi sur des partages de collaboration dans une structure multi-services. **On réalise combien travailler à plusieurs n'est pas simple !** Adopter cette ouverture aux autres, c'est prendre le risque de se faire remballer, d'essuyer la critique, etc. Comment faire des remarques sur la manière de travailler de l'autre qui peuvent devenir des éléments constructifs de boulot ensemble ? Comment expliquer son propre cadre de travail pour inviter l'autre à collaborer ?

BIS: Autrement dit, comment ajuster nos différents cadres ?

Et comment faire avec toutes ces données administratives, financières pour, **malgré tout, continuer à faire quelque chose de partagé ?** Comment insuffler cette volonté à l'institution, aux équipes?... Pour faire en sorte que les plus vulnérables, les plus 'hors cadres', aient encore accès à une offre de soins possibles.





Par Stéphanie Devlésaver, journaliste, CBCS asbl

LE SOCIAL ET LA SANTÉ, dans un mouchoir de poche?

Est-ce ce soleil d'été? Ces quartiers désertés par les voitures? Cette nonchalance insouciant qui inonde les trottoirs? Molenbeek apparaît comme un refuge – et non comme un ghetto - loin du brouhaha de « l'autre ville », avec sa Grand Place, ses touristes et ses grandes artères commerciales, juste de l'autre côté du canal. Au fond, le vieux Molenbeek tient dans un mouchoir de poche. Certes, un mouchoir tissé de broderies contrastées – entre imposants immeubles au béton mal vieilli et petites rues égayées de toutes sortes d'asbl et de collectifs - mais dont les fils se relient en un ensemble accueillant et paisible. Au beau milieu de ce mouchoir d'été, au coin de la rue Brunfaut et de la rue Fin, le futur Centre Social Santé Intégré à l'initiative de Médecins du Monde... Ou plutôt, son chantier! Rencontre avec les 4 partenaires du projet¹ – l'antenne du Lama, D'ici et d'ailleurs, Solidarité-Savoir et le Planning Familial Leman – dont les 3 premiers vivent déjà en proximité rapprochée.

Un quartier malmené, mais bien vivant!

Bouche de Métro Compte de Flandre, un matin de juillet, inondé de soleil. Après la Place communale de Molenbeek-Saint-Jean, à deux pas de la chaussée de Gand, la rue Ransfort. Entre des enseignes « Couture d'Orient » et « boucherie Halal », des associations, à chaque coin de rue: la Rue asbl, la Fonderie, Lire et Ecrire, les Jardins Urbains, ... Des façades qui passent parfois complètement inaperçues, au premier coup d'œil. C'est le cas de l'antenne du Lama (service d'aide aux toxicomanes): une maison de 5 étages pourtant, avec son ancienne vitrine de magasin discrètement voilée qui fait office d'espace communautaire. Depuis que la commune a été montrée du doigt en 2015 par les médias du monde entier², « on ressent un certain retour positif aujourd'hui », témoigne une jeune infirmière à Lama qui arrive justement à vélo. Comme en réaction à cette stigmatisation exacerbée, « Il y a une mobilisation très forte dans le quartier de la part des associations, des artistes, etc. ».

¹ Le CSSI Molenbeek sera composé du service de santé mentale D'Ici et D'Ailleurs; du centre d'action sociale globale Solidarité Savoir; de l'antenne molenbeekoise du service d'aide aux toxicomanes Lama; et du planning familial Leman – aussi agréé en médiation de dettes. La maison médicale K-Nal Santé rejoindra ces partenaires.

² « Molenbeek, la plaque tournante belge du terrorisme islamiste », Le Monde, 16/11/2015, par Jean-Pierre Stroobants (Bruxelles, correspondant): www.lemonde.fr

Selon elle, le quartier est stratégique, avec beaucoup de passages en tous genres: « à la maison médicale K-Nal Santé (là où elle travaille également, ndlr), le bouche à oreille fonctionne bien, mais on voit aussi arriver des touristes, des gens qui souhaitent une maison médicale à l'acte et non au forfait. Nous avons aussi des visites à domicile ». Un démarrage positif donc, qui s'ancre bien dans le quartier depuis son ouverture en octobre 2017. Provisoirement située rue de la Borne, la maison médicale rejoindra le CSSI Molenbeek dès 2020.

Pour en savoir plus sur le projet, on passe la porte du Lama. Au premier étage, un bureau, une salle d'attente, un bureau de consultation médicale, une autre petite pièce avec un micro-onde et un évier. Voilà pour le premier. Tout est exigü, un peu bancal, même si une peinture jaune soleil vient éclairer les murs. « A la base, on est ici dans une maison d'habitation, peu adaptée à notre activité, avec un manque de place et de confidentialité pour les consultations individuelles », fait remarquer Olivier Schelling, coordinateur du Lama.

Point de départ: les briques. Mais pas que...

D'où, l'intérêt pour le projet de CSSI dans le quartier? Le dénominateur commun entre les 4 structures partenaires est effectivement la précarité de logement. Au Service de Santé

→ Lire page suivante

Mentale D'ici et d'ailleurs, une partie des locaux est délocalisée au rez-de-chaussée d'un logement social tant l'espace actuel, rue Brunfaut, est étrié. Et, dans la salle d'attente, radio Nostalgie tente de pallier à la légèreté des cloisons; Solidarité-Savoir vient de déménager rue de la Colonne (tout près du Lama et donc du futur CSSI, ndr), leur maison actuelle ayant été revendue; et du côté du Planning Familial Leman, situé à Etterbeek, le propriétaire «zà la fibre sociale» étant décédé, le nouveau prix de location va devenir impayable... **«Disons que le bâtiment est le prétexte à notre rencontre, précise le Lama, mais on a très vite compris que ce type de projet allait dépasser la question du simple déménagement».**

Le Lama a la chance, contrairement à ses collègues, d'être propriétaire de sa maison. Ce qui ne les empêche pourtant pas d'être dans le rouge, financièrement, chaque année... Mais selon Olivier, ils s'en sortent grâce à un modèle déjà basé sur la mutualisation des diverses ressources financières entre les différentes antennes qui composent leur service d'aide aux toxicomanes (Ixelles, Molenbeek, Anderlecht, l'antenne de Schaerbeek ayant fermé il y a peu, faute de moyens). Cette pratique déjà basée sur le **«à plusieurs, on est plus fort»** est une des autres raisons pour laquelle leur asbl s'est lancée dans l'aventure du CSSI: **se regrouper pour répondre à la fragmentation de l'offre et des services.** Olivier s'explique: *«bien que je travaille depuis 15 ans dans le quartier, je ne connais pas pour autant beaucoup d'associations aux alentours. Parce qu'on travaille avec des publics différents: à Molenbeek, nous sommes quasiment le seul service en matière de toxicomanie».* Face à ce constat, le Lama, en collaboration avec Periferia, une asbl voisine, organise le **«forum Ransfort»** en 2017. Et rassemble pas moins d'une septantaine de travailleurs à la Fonderie. A la suite de quoi, l'un des groupes de travail «CSSI» se penche sur l'offre de services dans le vieux Molenbeek³: *«nous avons répertorié plus de 80 structures dans un périmètre qui se parcourt en 15 minutes à pied, à peine!»*, s'exclame-t-il. Or **un bon nombre de petites structures sont sous-financées.** *«Depuis 15 ans, on serre les boulons de partout. Le Social et la santé sont robotés».* Résultat: **de plus en plus d'associations se retrouvent précarisées.**

Solidarité-Savoir, autre partenaire du CSSI, et l'un des plus petits Centres d'Action Sociale Global (CASG), parfaitement autonome (non rattaché à une structure d'appui) est bien placé pour en témoigner: *«nous avons un plus petit cadre que les autres (2 assistants sociaux) avec néanmoins les mêmes missions et le même nombre d'heures à prester que les plus grands»*, explique Michaël Vaneekhout, le coordinateur. «A force, l'équipe s'essouffle».

Faire plus et mieux...

Au-delà de cette raison stratégique, il y a bien sûr aussi l'idée d'intégrer un centre dans lequel va être rassemblé toutes sortes de compétences, ce qui correspond parfaitement à la vision du travail, notamment du Lama. *«On a toujours défendu cette méthode de travail parce qu'on a toujours été obligé de le faire: dans un centre ambulatoire tel que le nôtre, on ne peut pas prétendre tout faire seuls. Or on a toujours remarqué combien c'est compliqué de faire bosser les professionnels du social et de la santé autour de notre public, jugé peu 'sexy'».* Pour Olivier, il y a beaucoup de fantasmes autour du toxicomane, d'où l'intérêt de la rencontre avec d'autres professionnels pour faire tomber certaines peurs. *«Dans ce projet,*

aucun cadre ne va diminuer, que du contraire! L'équipe du Lama sera là pour gérer certaines difficultés avec ce type de public», souligne Michaël, *«un assistant social ou un psychologue de leur équipe pourra, par exemple, organiser une réunion d'information sur un temps de midi et expliquer pourquoi une personne a réagi de telle manière et comment faire dans telle ou telle situation».*

Voilà en quoi pourra consister l'esprit de mutualisation, basée sur l'auto-formation et l'utilisation des expertises des uns et des autres.

Bien sûr, les 4 partenaires n'ont pas attendu le CSSI pour entrer en contact avec d'autres opérateurs - CPAS, centres de médiation de dettes, hôpitaux, juristes, autres asbl, ... - mais, pour le Lama, c'est l'idée de **réduire un peu les démarches d'accompagnement de leurs patients** vers ces différents services. Ainsi que d'avoir **une maison médicale en interne.** *«Nos patients n'ont bien souvent qu'un médecin, celui qu'ils voient au Lama. Or nous sommes mandatés avant tout pour faire de l'addictologie, et non de la médecine générale. Le cadre est inadéquat, ici, les médecins manquent cruellement de temps pour investir le côté somatique».* Pour Solidarité-Savoir et le Planning Familial Leman, le partenariat représente l'opportunité de pouvoir s'engager dans de **nouveaux projets, notamment communautaires** pour le CASG; **augmenter leur offre sociale et mettre à disposition leur expertise en termes d'animations scolaires,** du côté du planning. *«Actuellement, il existe 2 centres de plannings à Etterbeek et 3 à Ixelles»,* explique Elise Willame, la coordinatrice, alors qu'à Molenbeek, il n'y en a plus un seul! On est assez attendus là-bas», se réjouit-elle, *«notamment pour répondre aux besoins en animations EVRAS (Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle,⁴). Pour Dominique Vossen, directeur du service de santé mentale D'ici et D'ailleurs, disposer des services d'un planning familial dans le quartier est tout simplement fondamental.* *«Encore hier, j'ai vu en consultation une patiente maltraitée par son mari. Les abus sexuels sont des cas malheureusement très fréquents».* Il se réjouit aussi des futures possibilités d'accompagnement social et familial: *«comment voulez-vous travailler avec des patients qui ont toutes sortes de soucis plein la tête: dettes, familles monoparentales, recherche de logement, etc.?»*, témoigne Dominique. Et il insiste: *«c'est tout simplement impossible de travailler en vase clos!».*

Avancer, malgré les doutes!

A ce stade, il est encore un peu tôt pour savoir si les attentes et perspectives de chacun vont pouvoir se rencontrer... Il suffit de passer voir le chantier du futur bâtiment commun pour se rendre compte qu'il faudra être patient pour que la valse aux tractopelles et gravats, d'ici à 2020, transforme le rêve en réalité. Mais il existe pourtant déjà une série de réflexions et d'échanges qui se mettent en place. Très concrètement, **la collaboration se construit depuis déjà bientôt 2 ans:** journées plénières ouvertes à l'ensemble des équipes (2 fois par an), réunions dites 'Le Copil' (directions

³ Le périmètre du vieux Molenbeek est délimité par la Chaussée de Gand, la rue des 4 vents, la rue de Launoy et le Canal. (voir plan p.29)

⁴ Une concertation EVRAS a vu le jour entre différents partenaires à Molenbeek (Planning, AMO, PMS,...) avec pour objectif d'offrir une couverture cohérente et d'organiser un salon EVRAS pour les différentes écoles de la commune.

et coordinations de chaque centre se réunissent 2 fois par mois), divers groupes de travail. Un «Vis ma vie» a été également organisé pour mieux comprendre le travail des différents partenaires... *«Certaines thématiques telles que l'accueil sont travaillées en plénière, puis en groupe de travail. Ce sont ces allers-retours entre ces différents lieux de réflexion qui nous font avancer»,* confie Michaël. *«Et au-delà de mettre les équipes au travail, on se rencontre, ajoute Olivier. On sent l'envie des gens d'aller les uns vers les autres, les craintes aussi»...* Chaque équipe a peur de voir son identité et sa manière de travailler se perdre face aux autres... Ces rencontres permettent d'avancer dans la recherche d'équilibre entre intégration et préservation des spécificités.

Du côté de l'équipe du planning, il y a aussi une certaine inquiétude à l'idée de changer de quartier: *«de 10 travailleurs, nous passons à 60 et nous déménageons pour une autre commune, d'autres publics»,* rappelle Elise. Mais d'après elle, *«les doutes s'apaisent doucement grâce à ces espaces qui permettent de les exprimer».*

Et puis, certaines collaborations concrètes se mettent déjà en place, au fil des liens qui se tissent. Par exemple, Vanessa Schiemsky, médecin généraliste, vient travailler au Lama tout en ayant des heures de consultation dans les maisons médicales Kure & Care et K-Nal Santé. Elle se rend également au Planning Familial Leman et se forme en gynécologie pour pouvoir proposer ce service dans le futur CSSI. Autre exemple: certains des patients du Lama sont accompagnés par l'équipe au service de Médiation de dettes du Planning d'Etterbeek. *«Avant, nous avions des rendez-vous dans des délais raisonnables et pas trop loin. Mais la demande a explosé ces dernières années. Quitte à attendre, nous le faisons à Etterbeek: on se connaît très bien, nous sommes presque des collègues et on travaille bien ensemble!»*, raconte Olivier. *«On espère que cela va être aussi le cas avec le Service de Santé mentale D'ici et D'ailleurs, mais le problème est qu'ils sont déjà saturés. Ils sont les seuls à Molenbeek et ils touchent des publics bien au-delà de la commune»...*

L'enjeu de l'accueil

Pour Michaël Vaneekhout (Solidarité-Savoir), *«l'accueil est un des enjeux essentiels qui cristallise les difficultés et les différences entre les partenaires du CSSI».* Par exemple, le Lama a un accueil communautaire où les gens viennent sans rendez-vous, dans la non demande, de manière informelle, avec une dimension thérapeutique présente dès le début. Au CASG, en terme de gestion de flux à la salle d'attente, ils ont été contraints d'ajouter une personne responsable d'un pré-accueil. Elle n'intervient pas directement dans la problématique sociale, mais évite à l'assistant social d'être sans cesse interrompu pour accueillir les gens. L'accueil du planning Familial doit, quant à lui, être réalisé par une personne avec un diplôme spécifique pour cette fonction. «Nous avons tous des accueils, des attentes et des besoins dif-

Autre inconnue: *«comment toutes les demandes liées aux démarches sociales vont pouvoir être gérées dans ce contexte de saturation des services?»*, s'interroge Michaël. *«Nous devons trouver un équilibre entre les réponses à apporter aux publics qui viennent de l'extérieur et celles à donner à nos partenaires, en interne».* Dominique est confiant: *«en tant que psychiatre, je m'arrange pour voir les patients en urgence, pour débloquer du temps et de la disponibilité d'esprit».*

A cela s'ajoutent les questions de **secret professionnel, d'éthique,** etc. Bref, toute une série de difficultés à traiter avec un grand nombre de professionnels, répartis sur beaucoup de temps partiels... *«C'est un processus qui prend du temps, des heures de travail à trouver en plus de tout ce qu'on doit faire et qui est parfois sous-estimé»,* admet Michaël, mais *«c'est aussi cette complexité – le fait de toucher à d'autres secteurs – qui m'anime personnellement»,* avoue-t-il, avec enthousiasme. Et pour Olivier, aucun de ces obstacles n'est insurmontable: *«on a beaucoup de chance de construire ce projet avec des personnes qui 'jouent le jeu'. On s'entend très bien et on abat un travail impressionnant! Ce projet, par essence, génère des questions et des inquiétudes, c'est bien normal, mais pas de blocages».* *«Le premier travail qui a été réalisé par la coordinatrice du projet, Isabelle Heymans (Médecins du Monde), c'est de mettre de la confiance»,* poursuit Michaël. *C'est quelque chose qui a pris du temps et qui est à saluer. Parce que les peurs, les craintes, elles se retrouvent à tous les étages! Or, aujourd'hui, il y a une confiance entre coordinations, directions qui permet des perspectives. Pour le moment, on met en place une méthodologie de prise de décision par consentement à certains niveaux...».*

→ Lire page suivante

Quel degré d'intégration ? Quel accueil ?

C'est sans doute là que réside une des forces majeures du projet, au-delà de ce partage de briques. S'il existe déjà des centres intégrés, la Free Clinic à Bruxelles par exemple (lire sur www.cbcs.be/), la particularité de celui-ci est de **rassembler des associations qui existent déjà depuis des années, qui ont leur public, leur manière de travailler...** C'est une première. «Le projet consiste en une recherche action», rappelle aussi Olivier, «la difficulté est d'accepter de continuer à avancer sans avoir réponse à tout. Accepter les inconnues, à une condition cependant : «a minima, les professionnels des différentes structures veulent bosser comme ils le font maintenant avec leurs publics. Mais ce à quoi tout le monde aspire, c'est qu'il y ait une plus-value à l'intégration, qu'on bosse à plusieurs avec nos publics. Autrement dit, qu'on ouvre la collaboration entre nous autour de nos usagers», explique Olivier. Or «le degré d'intégration du centre est encore à trouver», précise Michaël. Et pour le mettre en place, le rôle de l'accueil est primordial. (Lire encadré p.27) A terme, et c'est une revendication soutenue par la majorité des secteurs, le souhait est de mettre en place et de valoriser une fonction accueil.

Petit à petit, ils s'interrogent aussi sur la gestion de l'espace : comment combiner un accueil général avec des accueils plus spécifiques ? Fonctionne-t-on avec un seul guichet ou plusieurs ? Quid d'espaces ouverts ? semi-ouverts ?... Elise constate combien «cette étape de planification des locaux, «c'est un sujet sensible, cela touche en partie à l'identité des travailleurs». Un architecte les suit dans la réflexion, les bouscule aussi : «chacun son bureau, ce n'est plus possible!», leur renvoie-t-il. Dominique l'approuve entièrement : «il n'est pas nécessaire d'avoir toujours un même cadre thérapeutique, ce qui compte, c'est davantage la manière dont on va se concentrer avec les patients». Ils ont aussi l'aide d'un coach pour accompagner les différentes équipes aux changements. Comme, peut-être, celui de ne plus être répartis dans des bureaux par secteur, mais bien par disciplines (psychologues, assistants sociaux, etc.)?... «On réfléchit à d'autres modèles», poursuit Elise, «on est en quelque sorte un laboratoire à ciel ouvert».

Défi de cohésion sociale ?

Au-delà des multiples fantasmes que peuvent générer cette émergence de Centres Social Santé Intégrés dans le paysage bruxellois, reste ce point d'interrogation : en dehors des publics des différents partenaires, **qui va fréquenter le CSSI ?** Comment imaginer que les habitants des logements privés moyens prévus aux étages supérieurs vont fréquenter le centre ? Qu'il y ait une vraie rencontre entre classes populaires et moyennes ? Quels horaires d'ouverture tout en restant dans les cadres de travail imposés par les pouvoirs subsidiaires ? Au-delà de la souhaiter, à quelles conditions génère-t-on une véritable mixité sociale ? Ou se contente-t-on de juxtaposer des publics dans une salle d'attente commune ? Dans un jardin en intérieur d'îlot?... Pour Olivier, l'élément déterminant

numéro un, c'est le quartier. Alors, peut-être que des gens vont se risquer à passer le canal et à venir chez nous?», se questionne le Lama, amusé. «Mais Je me sens plus concerné par le fait que ce centre puisse offrir quelque chose aux publics qui n'ont rien, qui sont complètement en panne au niveau social et de la santé. Plutôt qu'aux cadres et autres salariés...». Elise, elle, reste convaincue que la mixité des publics est possible, notamment avec le voisinage. Mais les conditions sont encore à inventer : expositions, fêtes...

Pour avoir des réponses, Olivier nous avait prévenu : il faudra être patient. «Nous voulons garder un état d'esprit constructif. Et notre idée n'est certainement pas de révolutionner le social santé ! C'est une proposition d'offres à côté des autres. On ne veut surtout pas provoquer de dégâts collatéraux chez d'autres petites structures qui n'auraient pas intérêt à être intégrées». Et Michaël de conclure : «On est dans une offre intégrée, mais pas totalitaire. Pour une bonne partie des usagers, ce sera intéressant d'avoir tout au même endroit. D'autres ne vont pas s'y retrouver et on n'oblige pas les gens à rester».



« BOOST » ou fluidifier l'existant

BOOST est le projet-pilote retenu pour la Région de Bruxelles-Capitale dans le cadre d'un plan fédéral pour les malades chroniques (2018-2021). Au côté de 11 autres, répartis sur le territoire belge, l'idée est de faire germer chez les soignants une nouvelle vision de l'organisation des soins à apporter aux patients souffrant de maladies chroniques.

Imaginé à partir des expériences et expertises de plus d'une cinquantaine de partenaires durant 2 ans, le projet fait ses premiers pas de mise en œuvre concrète. Retour sur quelques-unes des balises qui éclairent cette option d'organisation des soins. A savoir, faire lien entre les dispositifs existants. « Une option parmi d'autres », tiennent à souligner Valentine Musette et Gaétane Thirion, du RML-B.¹

Sortir des logiques financières et institutionnelles

« Améliorer l'état de santé des citoyens » et « réduire les inégalités en santé » : deux objectifs adoptés par le gouvernement fédéral dès 2013, mais qui sont loin d'avoir fait mouche... La ministre de la santé Maggie De Block décide donc de reprendre ces ambitions, avec le coup d'envoi de divers plans d'action en 2016, dont celui intitulé « Soins intégrés en faveur d'une meilleure santé ». Les professionnels du soin disposaient alors de quelques mois pour rentrer une manifestation d'intérêt, avec descriptif de leur projet pilote. L'approche attendue devait être innovante, interdisciplinaire, collaborative, et guidée par un objectif triple fixé par les autorités : « offrir une meilleure qualité de vie aux patients et aux aidants proches, faire en sorte que la population vive plus longtemps en bonne santé et utiliser les moyens existants de manière plus efficace ». Ambitieux, diront certains. On ne les contredira pas. Surtout quand on apprend que le projet n'a pas de financement pour les actions mises en place excepté pour la coordination... Une rétrocession de financement est prévue à posteriori, si et seulement si, un gain d'efficacité est constaté sur la consommation des soins auprès du public cible vivant sur le territoire !

Le RML-B ou Réseau Multidisciplinaire local Bruxelles décide pourtant de se lancer. Et fait de ce qui peut sembler un obstacle à la mise en place du projet une force inhérente à sa bonne réalisation. Valentine Musette, directrice : « Par la force des choses, c'est un projet qui est pensé et réalisé par les partenaires. Autour de cette question : **« partant du postulat qu'il n'y a pas de moyens financiers, quels sont les besoins de la population et comment pouvons-nous faire mieux avec ce qu'on a aujourd'hui ? »**. Une manière, selon elle, de sortir des logiques

financières et institutionnelles. « Après, si gain d'efficacité il y a, cela pourra rendre ces pratiques plus structurelles », ajoute-t-elle. Et Gaétane Thirion, responsable projets, d'insister : « si les partenaires consacrent de leur temps sans investissement extérieur, cela signifie qu'ils s'impliquent réellement, qu'ils ont un intérêt à travailler avec d'autres praticiens, que tout ce qui est créé dans BOOST, ils se l'approprient progressivement et l'intègrent dans leur propre institution et dans leurs pratiques. Ce n'est pas un financement qui vient s'ajouter au reste... C'est peut-être une façon d'arriver à faire changer les choses ».

Pourquoi changer ?

Les constats sont sans appel. Tant du côté des patients que de l'offre de soins, **faire évoluer les pratiques et changer l'organisation des soins** pour améliorer l'accès aux soins et renforcer la qualité des parcours de soins est incontournable.

Du côté des individus, le RML-B pointe des parcours de vie davantage indéterminés que dans le passé² : maladies chroniques, multimorbidité, déterminants sociaux de la santé, difficultés sociales et/ou psychologiques - causes ou conséquences de la maladie - qui amplifient indéniablement la complexité de la prise en charge des situations individuelles.

Du côté de l'offre de soins, la segmentation des services par secteurs santé/social, par sous-secteurs (santé mentale, assuétudes, aide sociale, soins curatifs,...) et par catégories de bénéficiaires freine une prise en charge systémique et cohérente **en multipliant les dispositifs d'aide et les professionnels au contact du patient**.

→ Lire page suivante

¹ Le RML-B propose des services d'appui aux professionnels de santé dans l'objectif de favoriser des soins globaux et de proximité. Pour en savoir plus : www.rmlb.be

² « Face à la complexité des soins : adaptation du cadre stratégique du RML-B », RML-B, Décembre 2017.

D'après le RML-B, ces multiples formes de malaises sociaux et/ou psychiques mettent au défi des professionnels **encore peu équipés pour y faire face**. Jusqu'à présent, la formation médicale préparerait peu à la coordination d'un parcours et à la collaboration avec d'autres prestataires (enseignement par pathologie) tandis que le cadre des consultations (temps limité, mode de tarification,...) serait peu propice à la gestion de situations individuelles complexes. Résultat : les patients doivent eux-mêmes développer une compétence pour se saisir des dispositifs d'aide et de soins en place. D'où, la nécessité de pratiques qui se soutiennent les unes les autres et une organisation des soins avec une accroche à une première ligne généraliste.

A quelle échelle ?

L'**échelle locale** apparaît comme l'échelle privilégiée pour décloisonner les actions sectorielles³. A partir des multiples facettes d'un problème complexe lié à une personne ou à une population, elle proposerait une réponse multidisciplinaire et coordonnée, à partir de la structuration d'un réseau d'acteurs locaux, avec des habitudes de travailler ensemble, au-delà des frontières disciplinaires, professionnelles et organisationnelles.

Avec qui ?

Le projet BOOST envisage donc de travailler avec l'ensemble des professionnels de la santé au sens large : « A Bruxelles, vu la réalité des besoins de la population, si on pense « soins intégrés, c'est tout simplement impossible de ne pas associer le secteur social », confirme Valentine Musette. Parce qu'il y a toujours une dimension sociale quand on est face à un problème de santé complexe, c'est

tout à fait spontané de penser plus largement. Puisqu'on voit bien que l'offre et la demande, parfois, ne se rencontrent pas, c'est une réelle opportunité, avec cette diversité de partenaires, de penser les choses différemment ».

BOOST rassemble, au sein d'un consortium, des partenaires actifs dans des nombreux domaines du soin, du social et des services à la personne : acteurs et structures de 1^{ère} ligne et de 2^e ligne, structures de concertation et réseaux de santé, associations de patients et d'aidant-proches ; structures d'aide aux personnes, mutuelles ; associations actives dans la promotion de la santé et l'éducation permanente, instituts universitaires, sociétés scientifiques, ...⁴ « Le projet s'est construit par rapport aux besoins et difficultés formulés par tous ces acteurs », précise Valentine Musette, « sur base de différentes méthodes : sondage, enquête, entretiens avec des patients en focus groupes, discussions avec des professionnels, ... »

Soutien interstitiel : relier des éléments épars

Mais attention, si l'idée est d'être innovant, « on ne veut certainement pas ajouter une xième organisation à tout ce qui existe ! », rappelle Valentine Musette. « On part de l'existant et on propose de développer une clinique commune, des pratiques communes, ... En d'autres mots, de contribuer à soutenir et équiper les acteurs existants, professionnels et patients, pour faire face aux changements épidémiologiques, sociaux et organisationnels ».

Ce soutien est conçu comme interstitiel, c'est-à-dire qu'il favorise la transversalité et les contacts entre acteurs existants, « **tel un matériau conducteur, comme l'eau ou le métal, reliant des éléments séparés** »⁵. Ces éléments sont l'ensemble des prestataires et organisations à même de favoriser la santé des patients. Créer du liant entre certains métiers, entre certains professionnels qui ont peut-être des pratiques différentes. Et qui ne se connaissent pas, qui ont peu l'habitude de collaborer face aux besoins de certains patients, de plus en plus complexes...

« Tous les outils développés, les dispositifs mis en place, sont pensés à partir de ce que les professionnels utilisent déjà, de leur manière de faire. On voit ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas. Et on réfléchit à ce qui peut être (re)pensé en commun », ajoute Valentine Musette. Dans cette optique, chaque structure, quel que soit son secteur, peut se penser comme **une porte d'entrée du patient vers un réseau d'acteurs**. A Bruxelles, ce n'est pas tant la disponibilité des services qui pose problème (quoique ce soit le cas dans certains secteurs) que la navigation de la personne entre ces services. Si ces différents services et organisations se connaissent entre elles, elles sont susceptibles de mieux guider leurs usagers / patients vers les ressources dont ils ont besoin.

Le cœur du projet : 3 fonctions

Concrètement, comment faire ce lien avec l'existant ? BOOST a fait le choix de créer ce liant à partir de la mise en place de 3 fonctions : **support – liaison – concertation**. « C'est une manière de faire de l'interstitiel, explique Valentine Musette, à savoir **identifier des fonctions manquantes ou pas suffisamment réalisées** : tout le monde s'en occupe un peu, en partie, mais pas tout à fait. **Il ne fallait pas spécifiquement les créer, mais les renforcer et**

les systématiser ». Ces fonctions ne représentent pas un nouveau métier, une nouvelle structure, mais bien une « fonction » qui, à ce titre, peut être investie par toute une série de personnes issues de structures différentes, de métiers différents. Et quand ces professionnels seront amenés à travailler ensemble, ils auront au moins cette pratique commune.

Voyons ces 3 fonctions d'un peu plus près.

La fonction de support, assurée par des référents de proximité, accompagne le patient. « C'est le lot de toute une série de métiers de la santé et du social de suivre le patient », explique Gaétane Thirion, « dès lors, certaines parties de ce travail pourraient être mutualisées, échangées, en termes de savoir-faire et de compétences afin de créer une communauté de pratiques ». « L'idée est de **penser l'accompagnement à partir du patient et de ses priorités** », poursuit Valentine Musette, « et non plus dans une logique 'métier' (je suis diététicienne, alors je m'occupe de son alimentation) ou 'institution' (je travaille dans une maison médicale, alors je m'occupe du dossier médical global). **C'est penser à partir de ce qui fait difficulté pour ce patient-là**. Le référent proximité ne va pas régler tous les problèmes, mais il y sera attentif et s'assurera que le patient trouve le soutien nécessaire ». Très pratiquement, une équipe de référents issus de maisons médicales, de coordinations de soins, ergothérapeutes, pharmaciens... se sont portés volontaires pour participer au développement d'une série d'outils, de formation. Pour qu'à terme, tout professionnel de la santé puisse endosser cette fonction.

→ Lire page suivante

La fonction de liaison, assurée par des référents hospitaliers, consiste, quant à elle, à assurer le lien, au sein de l'hôpital, entre les services qui sont impliqués dans l'accompagnement des patients, mais aussi entre hôpitaux et pour les professionnels qui gravitent à l'extérieur : il constitue un intermédiaire avec la première ligne de soins et devra collaborer étroitement avec les référents de proximité. Autrement dit, la fonction permet **de fluidifier les parcours de soins au niveau de l'hôpital** : comment faire en sorte que l'information soit disponible dans les différents services de l'hôpital et pour la 1^{ère} ligne ? Comment penser des itinéraires cliniques interdisciplinaires et interlignes ? Comment mieux préparer les hospitalisations programmées et anticiper les conséquences qu'une hospitalisation aura dans la vie des patients ? « C'est un peu une **fonction de synthèse**, résume Valentine Musette, on tient compte de ce qui existe déjà – services sociaux, fonctions de liaison dans certains services tels que l'oncologie, la gériatrie, ... - On rassemble toute cette expérience-là pour penser encore un cran plus loin, de manière transversale, à la fois dans l'hôpital, mais aussi en amont et en aval des hospitalisations ». Et, comme il est bien question de fonction, « dans chacun des 2 hôpitaux partenaires du projet, le référent a un profil identique même si l'un est infirmier tandis que l'autre est assistant social. Ce qui permettra d'expérimenter la faisabilité d'une fonction assurée par des métiers différents », ajoute la responsable projets.

Enfin, **la fonction de concertation, joliment nommée diapaçon**, a pour objectif d'aboutir à des accords de collaboration entre différents métiers ou différents secteurs. « Bien que la concertation débute à partir d'événements rencontrés sur le terrain, l'idée n'est pas de régler une situation individuelle. L'enjeu est de penser plus largement : « aboutir à des pistes de solution structurelles pour que les accompagnements individuels puissent se passer le mieux possible. Et à terme, réduire les tâches du référent de proximité parce que la difficulté du patient sera moins grande », espère Valentine Musette. Exemple de sujet de concertation : la « réconciliation médicamenteuse lors d'une hospitalisation programmée ». ⁶ « lors de cette concertation pilote, précise le RML-B, seront réunis des représentants de secteurs différents (hospitalier et première ligne) afin d'aboutir à un processus commun et tenter de réconcilier traitement ambulatoire et hospitalier. Ce sera l'occasion de tester la méthodologie mise en place ». Référents de proximité et hospitaliers seront eux-mêmes pleinement impliqués dans les concertations. « C'est la particularité du modèle, souligne encore le RML-B, ce lien entre les 3 fonctions ».

Une question de diversité et d'équilibre...

Pour Valentine Musette, « BOOST est une des réponses pour améliorer l'organisation des soins que le RML-B a la chance de soutenir et de concrétiser en assurant le management d'intégration. Mais il faut à tout prix éviter d'aller vers un modèle unique : « la complexité et les profils sont tels, les situations évoluent tellement vite, qu'il n'y a probablement pas une seule forme d'organisation des soins qui puisse y répondre pleinement. C'est dans la variété des réponses que les besoins des patients vont être rencontrés ! **L'idée est de trouver un équilibre entre organiser les parcours de soins, sans trop les standardiser.** Les centres social-santé intégrés, les maisons médicales, ... sont des structures

qui répondent à beaucoup de besoins d'une grande partie de la population, mais pas à toutes les situations. Certains patients risquent même de se voir exclus de ces systèmes parce que la structure (unité de lieu, etc.) ne convient pas toujours aux plus fragilisés. Et donc, pour nous, toutes les approches sont vraiment complémentaires et nécessaires ! ».

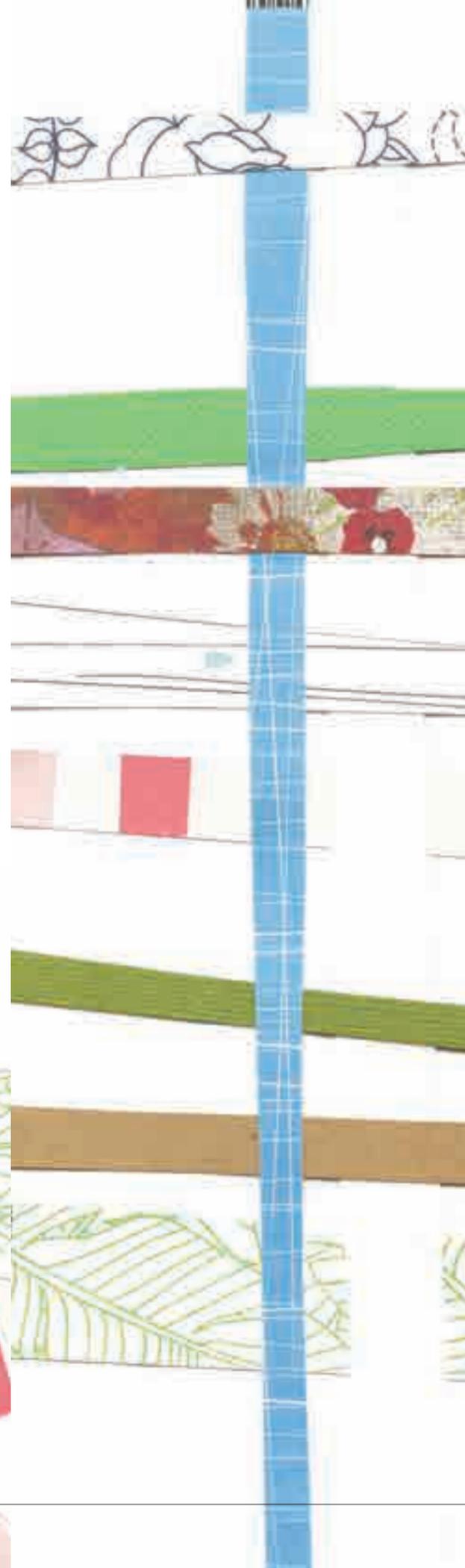
En résumé, l'enjeu est de parvenir à ajuster les modes de fonctionnement à la très grande variété des conditions et besoins des patients, tout en gardant une cohérence et une efficacité d'ensemble pour l'organisation des soins et des services. Et pour ce faire, « proposer une variété de dispositifs et favoriser des pratiques inclusives, conclut la directrice. « En ce sens, le RML-B aurait souhaité que d'autres projets-pilotes proposés dans le cadre du plan fédéral pour Bruxelles soient aussi retenus. Pour construire cette complémentarité. Et éviter ces trous dans le maillage actuel... ».

3 « Soutenir les services de soins au niveau local pour une approche des situations complexes », RML-B, Septembre 2018.

4 Voir sur le site de BOOST, rubrique partenaires : <https://www.boostbrussels.be>
L'intégration de nouveaux partenaires continue tout au long des 4 années, précise le site Internet du projet.

5 « Face à la complexité des soins : adaptation du cadre stratégique du RML-B », RML-B, Décembre 2017.

6 L'intégration, en parallèle au traitement chronique, d'autres médicaments à court ou long terme durant l'hospitalisation sont souvent synonymes de problèmes et de malentendus : double prescription, le patient voit ses médicaments habituels changer de couleur, de quantité, etc.



« Quartier aide et soins – Buurt hulp en zorg : un autre projet de réorganisation des soins »

Quartier aide et soins se décrit comme la « mise en place d'un modèle intégré d'aide et de soins de proximité visant le maintien à domicile des personnes âgées en Région de Bruxelles-Capitale ». Subsidé par la Cocom, il compte rester en lien étroit avec le projet BOOST mené par le RML-B.

En quelques mots, son objectif prioritaire est de « faire du quartier l'acteur central de prévention et de repérage des fragilités pour permettre une prise en charge de la personne âgée en temps utile et qui permet son maintien à domicile (sur les territoires de Saint-Gilles et Pentagone de Bruxelles). Un enjeu spécifique est l'articulation entre les acteurs informels et les aidants proches d'un côté, les habitants et les différents acteurs occupant le quartier de l'autre (commerçants, acteurs culturels, agents de prévention et de sécurité, ouvriers communaux, ...) et enfin les professionnels de l'aide et des soins ». Porteur du projet : GAMMES asbl (service de garde à domicile de Bruxelles) – 02 537 27 02 – info@gammesasbl.be – gammesasbl.be

COOPÉRER, sans être sous le même toit!

« Et si on disposait de contacts à l'intérieur et à l'extérieur de nos secteurs, histoire de pouvoir se soutenir en cas de difficulté avec un usager ? », se sont dit quelques professionnels du social et de la santé, il y a déjà 25 ans. Voilà comment tout a commencé pour le SMES-B. Et comment l'histoire se poursuit aujourd'hui. Bon an, mal an. Avec une fragilité financière, mais des certitudes sur la nécessité d'interconnaissances social-santé, au-delà de ce qui peut cliver. Questions à Mathieu De Backer, coordinateur Réseau et directeur du SMES-B et Muriel Allart, coordinatrice Housing First.

BIS: Quels sont les principaux défis du social et de la santé, selon vous ?

Mathieu De Backer: un professionnel en santé mentale me confiait il y a 10 ans déjà, « mon travail, c'est d'abord de trouver un logement pour la personne ». Pour moi, c'est illustratif de ce qu'est devenu le travail socio-sanitaire aujourd'hui. Le public cumule des difficultés - montée des inégalités, restriction à certains droits, difficulté d'accès au logement, ... - et les professionnels confrontés à cette multitude de difficultés doivent faire tous les métiers à la fois : assistant social, psychologue, médecin, ... Or nous avons des réponses dans nos secteurs qui sont monofonctionnelles, monothématiques, très spécialisées.

Selon moi, on a besoin d'une approche plus globale, plus intégrée.

BIS: Une approche qui, sur le terrain, reste difficilement praticable ?

Mathieu De Backer: l'histoire est un éternel recommencement. Depuis toujours, les professionnels reconnaissent l'importance de se créer un réseau de professionnels du social et de la santé. Mais il est sans cesse à reconstruire puisque les gens bougent! **Inviter à la rencontre entre secteurs et penser la formation des professionnels et des futurs professionnels sont deux questions essentielles dont on ne parle pas assez!**

Muriel Allart: dans le cadre des formations Housing First qui rassemblent de jeunes professionnels, il y a encore cette idée de sectorisation des problématiques sociales : si le patient a un problème psy, il faut le renvoyer vers un psy. Il y a encore cette idée qu'on va pouvoir traiter séparément la partie psy d'une personne et le reste : santé, situation sociale... Mais les personnes sont des êtres humains entiers avec des problématiques multiples.

BIS: D'où, votre cheval de bataille : l'intersectorialité. Mais existe-t-il un modèle idéal ?

MDB: Je ne crois pas en une solution magique, mais bien en la nécessité de **garder une diversité d'approches. Et de permettre cette diversité d'approches au niveau politique : à savoir, soutenir une variété de dispositifs sans pour autant tout cadenasser dans des législations.** Certaines choses qui se disent au sujet du nouveau décret ambulatoire, par exemple, pourraient augurer plus de souplesse. L'idée de travailler autour des missions plutôt que des services, de pouvoir combiner une variété de celles-ci sans devoir obligatoirement s'inscrire dans une case... Et préserver, de cette manière, ce qui fait la force de l'associatif à Bruxelles et en Belgique : sa capacité à innover, son dynamisme. C'est la détection de nouveaux besoins qui permet de faire émerger des nouvelles structures comme Bru4Home, réseau d'organisations actives dans la santé mentale, la toxicomanie, le handicap, la précarité... et qui se sont regroupées pour mutualiser leurs ressources en matière d'accès au logement.

BIS: A travers tous les dispositifs du SMES (cellule d'appui, Réseau, Housing First), l'idée est avant tout de se nourrir de l'expertise des uns et des autres. C'est le cas notamment des interventions...

MDB: Elles visent à offrir un espace pour se rencontrer, pour construire ensemble des pratiques intersectorielles innovantes. C'est dans ce cadre qu'est née l'idée d'une **cellule d'appui multidisciplinaire en soutien aux professionnels** : à partir de situations individuelles, pouvoir mettre en place des bonnes pratiques au sein des institutions, outiller les travailleurs pour que le service lui-même puisse assurer la prise en charge. Il y a des maisons médicales, des CPAS, des sociétés de logements sociaux qui font appel à nous dans ce cadre. Mais c'est un dispositif qui a beaucoup souffert, on fait de moins en moins d'intervention et de formation, or il y a un vrai besoin ! 90 % des finances du SMES-B dépendent encore de budgets d'initiative et la situation de la Cellule d'appui est particulièrement fragile. En cause notamment, une perte de subventionnements ces dernières années...

MA: D'autant plus surprenante que la cellule d'appui est régulièrement citée dans toute une série de rapports, c'est une bonne pratique identifiée comme telle ! On la retrouve par exemple dans les recommandations du rapport thématique « Vivre sans chez soi à Bruxelles » de l'Observatoire de la Santé et du Social (2010), dans le Manuel des pratiques innovantes du SPF Santé publique (2016). Mais du côté des subventions, cela ne fait que se précariser.

BIS: C'est significatif du peu de soutien politique donné à un dispositif intersectoriel ?

MDB: une des difficultés, c'est la lisibilité du dispositif. Quand on est au pilotage politique, ce n'est pas facile de comprendre ce qu'on fait ; et le SMES-B est précisément un dispositif intersectoriel qui ne rentre dans aucune case !

BIS: L'intégration de différents services dans un même lieu - Centres Social-Santé Intégrés ou CSSI, pourrait participer à une certaine forme de reconnaissance et de lisibilité du travail entre les différents secteurs ?

MDB: Les CSSI ont certainement leur utilité dans un maillage plus global. Ils se créent entre autres dans des logiques d'économie d'échelle, logiques qui s'imposent aussi au monde associatif. A côté de la restriction des droits, il y a aussi la restriction des budgets publics liées aux matières sociale et de santé ; A tous les niveaux ! Autant la diversité des structures, des approches, de l'offre est importante, autant des initiatives de mutualisation d'une série de choses qui ne sont pas le cœur du métier des associations devient indispensable dans le contexte actuel. Ces centres intégrés sont, selon moi, une des réponses que le secteur social-santé a trouvé face à la complexification des problématiques rencontrées par les publics et aux restrictions de l'accès aux mécanismes de solidarité... **Mais elle reste finalement encore un sparadrap sur un problème qui devrait être pris bien plus en amont.** Comme souvent, le tissu associatif comble les manques des pouvoirs publics... Si on avait une vraie politique du logement, une vraie politique d'accès aux soins, une vraie politique d'action sociale, on ne devrait pas mettre en place ce type de réponses !

Stéphanie Deulsaver, CBCS asbl

« IL NOUS FAUT DES FRONTIÈRES POREUSES »

A l'entame de ce dossier, on prend le large. Histoire d'aller vérifier un vieux dicton : « l'herbe serait-elle plus verte ailleurs?... **L'histoire social-santé québécoise nous met aussitôt en garde** : une « *extension démesurée des terrains d'intervention et la masse de services à coordonner pratiquement au sein de nouvelles divisions administratives amènent à reformer de nouvelles barrières. L'organisation en Centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CIUSSS) a cassé beaucoup de relations de savoir, de solidarité entre les différents professionnels et détruit les endroits dédiés à la concertation. Les anciennes habitudes de travail, les collaborations tissées au fil des expériences et la proximité d'intervention se dissolvent dans les nouveaux organigrammes. En pratique, cela signifie une plus grande difficulté à faire de la transversalité* ».

En somme, c'est un peu comme un retour à la case départ... Si Jacques Moriau, l'auteur de l'article, se veut rassurant sur la difficulté de reproductibilité d'un tel modèle de rationalisation du social-santé à Bruxelles – au regard de notre complexité institutionnelle et du rôle important tenu par l'associatif dans l'offre de services – il convient, malgré tout, de mettre les choses au clair : **surtout ne pas confondre intégration et réorganisation ! La réorganisation, bien que nécessaire, appréhendée d'un point de vue uniquement fonctionnel, n'est pas un gage de meilleure prise en charge globale. Que du contraire**, surtout quand un vent managérial particulièrement rude souffle sur les politiques sociales et de santé...

La question centrale est donc la suivante : **« réorganiser, oui, mais sous quelles formes ? De quelles manières ?... »** Le Québec peut ici nous inspirer. D'une part, ses **Centres locaux de services communautaires (CLSC)** se fondent, à l'origine, sur un fonctionnement en cogestion entre services en interne et offrent un lieu à partir duquel usagers et professionnels de l'aide et du soin peuvent prendre part et questionner l'offre sociale. D'autre part, la fonction **d'organisateur communautaire** – rôle de mise en relation entre services publics, usagers et associations – favoriserait une approche intégrée, **à une échelle locale**.

Forts de ces enseignements, **cap sur Bruxelles**. Et sur ses nouveaux modes d'organisation de la première ligne d'aide et de soins ? Dans la capitale, on hésite encore, entre lassitude, perplexité, méfiance et mise en ébullition. Entre désespoir face à des constats alarmants, en retour depuis des années - augmentation de la précarité, de la complexité des problématiques sociales et de santé, des files d'attente... - et souhait de construire certaines

(nouvelles) réponses. « *Non, la première ligne ne prend pas tout le monde. Peut-être aurions-nous avantage à penser un dispositif plus intégré pour un type d'usager qui ne trouve pas la porte d'entrée... On ne dit pas pour autant que cette offre intégrée doit supplanter le reste, mais elle doit agir en complément* », tranche Eric Husson, coordinateur Bas-seuil au projet Lama. (Lire p.9) **Au vu de la marge de liberté que peut offrir le multi-agrément** - porosité des sources de financement, prise en charge multidisciplinaire visible dans la ville, extérieure à l'hôpital - **le modèle du type Centre Social Santé Intégré pointerait donc le bout de son nez, ici aussi...** Sans attendre les politiques. Mais pas de n'importe quelle manière : avec certaines balises, sous certaines conditions. Parce que l'intégration ne se décrète pas : « *il ne suffit pas de cohabiter sous un même toit pour constater une réelle intrication de la prévention et du curatif : il faut construire des formes de coopérations entre les différentes équipes, un sens commun est à construire* », prévient Maguelone Vignes, Chercheuse à l'UCL. (Lire p.15) **Travailler en interdisciplinarité**, par exemple ? Sur papier, pas un professionnel de l'aide et du soin ne va être contre l'idée. En pratique, c'est nettement moins évident. François Baufay, directeur de L'Entr'Aide des Marolles, structure pluri-agrée depuis de nombreuses années, témoigne : « *la place donnée à l'usager, différente pour les uns et pour les autres, joue clairement un rôle dans cette difficulté de rapprochement* ». (Lire p.22) D'où, la nécessité de reconstruire une logique interdisciplinaire partagée, de se reposer sans cesse cette question de départ : « *que fait-on ensemble ?* »... Non, décidément, l'intégration ne se décrète pas. Elle se tisse fil après fil, au croisement des compétences, de la confiance des uns et des autres. L'implication et les heures de travail à consacrer à une telle dynamique est loin d'être négligeable. C'est le chemin

qu'empruntent, depuis 2 ans, les 4 partenaires associatifs du futur CSSI à Molenbeek. (Lire p.25) Si les défis sont de taille – favoriser la mixité sociale des publics, la collaboration entre professionnels autour des usagers des uns et des autres; construire un degré d'intégration avec un accueil commun pour les usagers, ... la dynamique – crée déjà, sans être sous le même toit, des synergies au croisement du social et de la santé. « *on est en quelque sorte un laboratoire à ciel ouvert* », confie Elise Willame, coordinatrice du planning familial Leman, l'une des partenaires du projet.

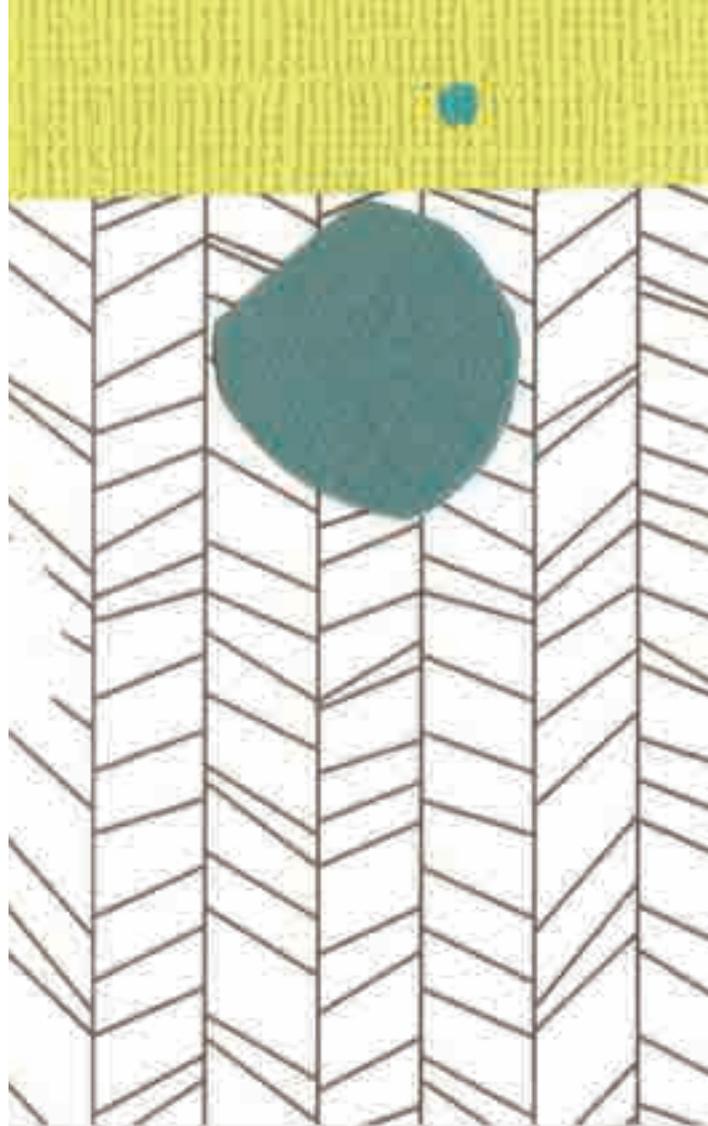
Au même moment, certains professionnels bruxellois proposent une autre manière de répondre à cette question de la réorganisation du social-santé. Sans regrouper les uns et les autres sous un même toit. Sans vouloir réinventer la poudre. Mais **tout en préservant cette idée d'échelle locale et de réseautage entre tous ces métiers de l'aide et du soin**, dispersés sur le territoire bruxellois. Du côté du projet BOOST (Lire p.31), l'idée est de relier les structures qui existent, « *voir chaque secteur comme une porte d'entrée du patient vers un réseau d'acteurs* », explique Valentine Musette, directrice du RML-B. « *Organiser les parcours de soins, mais sans trop les standardiser* », insiste-t-elle. Même idée du côté du SMES-B: « *soutenir une variété de dispositifs sans pour autant tout cadenasser dans des législations* ». (Lire p.37) En d'autres mots, préserver une forme de cadre politique souple, à géométrie variable, mais qui reconnaît la diversité des approches de soins.

L'inquiétude de certains professionnels est de voir apparaître un modèle multi-agrée « clé sur porte », séduisant, mais verrouillé. « *Il nous faut des frontières poreuses qui respirent comme la peau ou les civilisations illustres. A un bon rythme et à bonne distance. Mais il convient aussi de s'inquiéter de la part maudite des choses: la perte du sens et de la limite* », nous rappelle Jean Cornil, dans un article pour Santé Conjuguée¹. Pour Manu Gonçalves, directeur du SSM Le Méridien, c'est dans la construction de cette « **juste mesure** » que se dessinent les enjeux de la réorganisation du travail social-santé. Et il met en garde sur la limite que peut incarner le multi-agrément: « *comme la porte d'entrée est l'aide et le soin pour garantir l'accessibilité aux plus fragiles, les professionnels sont poussés à laisser de côté, au risque de l'oublier, toute la part de subjectivité et de désirs des patients, mais aussi la part de subjectivité des opérateurs. L'hôpital peut fonctionner ainsi, de manière opératoire, mais il occupe une place et remplit des fonctions spécifiques. Mais est-ce de cette manière que doit travailler l'associatif? Je ne le pense pas* ». (Lire p.19)

A voir quelles lignes dessineront les futures politiques sociales? A voir si un dialogue est possible entre politiques, usagers/patients et professionnels de l'aide et du soin, autour de l'idée « *d'un écosystème de soins qui offre à chacun de pouvoir entrer dans le système de soins et y circuler d'une manière qui lui convient* »? (Lire p.15).

1 « *frontières, limites et désirs d'infini* », Santé Conjuguée, dans n°74/mars 2016, pp. 32-34.

Pour approfondir la question, lire le rapport: « *Quelle coordination des soins de santé et du social pour assurer la continuité des prises en charge pour les publics précarisés en région de Bruxelles-Capitale?* », par Dawrin Marie, Lorent Vincent, Institut de recherche Santé et Société - UCL (Bruxelles), 2017. Version résumée et recommandations disponible sur www.brudoc.be



- A.N.A.I.S.
- ABAKA ASBL
- ACCOMPAGNER
- AIDE AUX FAMILLES DE SCHAERBEEK
- AIDE FAMILIALE - BRUXELLES ASBL
- AIDE SOCIALE AUX FAMILLES ET PERSONNES AGÉES DE KOEKELBERG
- AIMER À L'ULB
- AIMER JEUNES
- ALTEO BRUXELLES
- ALZHEIMER BELGIQUE
- ANTENNE TOURNESOL
- ASSOCIATIF FINANCIER
- ASSOCIATION DES CENTRES ET SERVICES BRUXELLOIS POUR PERSONNES HANDICAPÉES
- ASSOCIATION DES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT POUR PERSONNES HANDICAPÉES
- ASSOCIATION FRANCOPHONE D'AIDE AUX HANDICAPÉS MENTAUX
- ASSOCIATION NATIONALE DES COMMUNAUTÉS ÉDUCATIVES
- ATOLL
- BRUXELLES - ASSISTANCE - IIIÈME MILLÉNAIRE
- BRUXELLES LAÏQUE
- BUREAUX DE QUARTIERS
- C.A.P. - I.T.I
- CENTRALE DE SERVICES ET DE L'AIDE À DOMICILE
- CENTRALE DES SERVICES À DOMICILE DE BRUXELLES - CSD ASBL
- CENTRE BRUXELLOIS D'ACTION INTERCULTURELLE
- CENTRE BRUXELLOIS DE PROMOTION DE LA SANTÉ
- CENTRE D'APPUI - MÉDIATION DE DETTES
- CENTRE DE CONSULTATIONS CONJUGALES ET DE PLANNING FAMILIAL DU KARREVELD
- CENTRE DE CONSULTATIONS FAMILIALES ET SEXOLOGIQUES
- CENTRE DE DOCUMENTATION ET DE COORDINATION SOCIALES
- CENTRE DE GUIDANCE D'ETTERBEEK
- CENTRE DE GUIDANCE D'IXELLES
- CENTRE DE PLANNING FAMILIAL D'AUDERGHEM - LE CAFRA
- CENTRE DE PLANNING FAMILIAL DU MIDI
- CENTRE DE PLANNING FAMILIAL ET DE SEXOLOGIE DE FOREST
- CENTRE DE PLANNING FAMILIAL ET DE SEXOLOGIE D'IXELLES
- CENTRE DE PRÉVENTION DES VIOLENCES CONJUGALES
- CENTRE DE PSYCHO-ONCOLOGIE ASBL
- CENTRE DE SANTÉ LE GOELAND
- CENTRE DE SANTÉ LE MIROIR
- CENTRE DE SANTE MENTALE 'L'ADRET'
- CENTRE DE SERVICE SOCIAL DE BRUXELLES SUD - EST
- CENTRE FAMILIAL DE BRUXELLES
- CENTRE MEDICAL ENADEN
- CENTRE SÉVERINE
- CENTRES DE COORDINATION DE SOINS ET DE SERVICES À DOMICILE INDÉPENDANTS ASBL - COSEDI
- CHAPELLE AUX CHAMPS
- CITÉ SÉRINE
- COLLECTIF CONTRACEPTION SANTÉ DES FEMMES
- COLLECTIF DE SANTÉ LA PERCHE
- COULEURS SANTÉ
- CSÀD (CENTRE DE SERVICES ET D'AIDE À DOMICILE)
- CSC-CNE
- DOUCHEFLUX
- DUNE
- ENEO, MOUVEMENT SOCIAL DES AÎNÉS
- ENTR'AIDE DES MAROLLES
- ESPACE P
- ESPACE RENCONTRE BRUXELLES ASBL
- ESPACE SOCIAL TÉLÉ-SERVICE
- FASS
- FÉDÉRATION BRUXELLOISE DES MAISONS MÉDICALES
- FÉDÉRATION BRUXELLOISE FRANCOPHONE DES INSTITUTIONS POUR TOXICOMANES
- FÉDÉRATION BRUXELLOISE FRANCOPHONE DES ORGANISMES D'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE
- FÉDÉRATION BRUXELLOISE PLURALISTE DE SOINS PALLIATIFS ET CONTINUS (F.B.S.P. ASBL)
- FÉDÉRATION DE CENTRES PLURALISTES DE PLANNING FAMILIAL
- FÉDÉRATION DES CENTRES DE SERVICE SOCIAL MUTUALISTES BRUXELLOIS
- FÉDÉRATION DES INITIATIVES ET ACTIONS SOCIALES
- FÉDÉRATION DES INSTITUTIONS MÉDICO-SOCIALES
- FÉDÉRATION DES MAISONS D'ACCUEIL ET DES SERVICES D'AIDE AUX SANS-ABRI ASBL
- FÉDÉRATION DES MAISONS DE JEUNES EN MILIEU POPULAIRE
- FÉDÉRATION DES SERVICES BRUXELLOIS D'AIDE À DOMICILE
- FÉDÉRATION DES SERVICES SOCIAUX
- FÉDÉRATION FRANCOPHONE DES INITIATIVES D'HABITATIONS PROTÉGÉES
- FÉDÉRATION LAÏQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL
- FÉDÉRATION NATIONALE DE PROMOTION DES HANDICAPÉS
- FÉDÉRATION SOCIALISTE DES PENSIONNÉS
- FGTB- SETCA BRUXELLES
- FONDS DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES
- FONDS DU LOGEMENT DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE
- FORUM BRUXELLOIS DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ
- FREE CLINIC
- GRANDIR ENSEMBLE
- GROUPEMENT BELGE DES OMNIPRATICIENS
- GROUPE SANTÉ JOSAPHAT
- HAUTE ECOLE CATHOLIQUE CHARLEROI-EUROPE - INSTITUT CARDIJN
- HAUTE ECOLE GROUPE ICHEC - ISC SAINT-LOUIS - ISFSC, CATÉGORIE SOCIALE
- HAUTE ECOLE LIBRE DE BRUXELLES ILYA PRIGOGINE - DÉPARTEMENT SOCIAL
- HAUTE ECOLE PAUL-HENRI SPAAK - DÉPARTEMENT SOCIAL
- INFOR-DROGUES
- INFOR-HOMES
- INTERSTICES CHU ST-PIERRE
- JEUNES SCHAERBEEKOIS AU TYRAVAL ASBL
- LA TRACE
- L'AMBULATOIRE - FOREST
- LE CHIEN VERT
- LE GRES
- LE MERIDIEN
- LE NOROIS
- LE NOUVEAU CENTRE PRIMAVERA
- LE PATIO
- LE PELICAN
- LE SAS
- LE TROISIÈME OEIL
- L'ENTRE-TEMPS
- L'EQUIPE/BABEL
- L'ESCALE
- LIGUE BRUXELLOISE FRANCOPHONE POUR LA SANTÉ MENTALE
- LIGUE DES FAMILLES
- LIRE ET ECRIRE BRUXELLES
- MAISON MÉDICALE ASBL (FOREST)
- MAISON MÉDICALE D'ANDERLECHT
- MAISON MÉDICALE DE LAEKEN
- MAISON MÉDICALE DES MAROLLES
- MAISON MÉDICALE DU BOTANIQUE
- MAISON MÉDICALE DU MAELBEEK - ASBL PROMOTION SANTÉ
- MAISON MÉDICALE DU NORD
- MAISON MÉDICALE DU VIEUX MOLENBEEK
- MAISON MÉDICALE ESSEGHEM
- MAISON MÉDICALE HORIZONS
- MAISON MÉDICALE KATTEBROEK
- MAISON MÉDICALE SANTÉ PLURIELLE
- MÉDECINS DU MONDE BELGIQUE
- MODUS VIVENDI
- MONDE DES SPÉCIALISTES
- MUTUALITÉ SAINT-MICHEL
- PARTENAMUT
- PIERRE D'ANGLE
- PLAN F
- PLANNING FAMILIAL DE LA SENNE
- PLANNING FAMILIAL DE WATERMAEL BOITSFORT
- PLANNING FAMILIAL DE WOLUWÉ-SAINT-PIERRE
- PLANNING FAMILIAL D'EVERE
- PLANNING FAMILIAL LEMAN
- PLANNING MAROLLES
- PLATEFORME FRANCOPHONE DU VOLONTARIAT
- PROJET LAMA
- PROSPECTIVE JEUNESSE
- PSYCHO-ETTERBEEK
- QUESTION SANTÉ
- R.A.T.
- RÉSEAU HÉPATITE C BRUXELLES ASBL
- SERVICE DE SANTE MENTALE DE L'UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES
- SERVICE DE SANTE MENTALE SECTORISE DE FOREST-UCCLE-WATERMAEL-BOITSFORT
- SERVICE DE SANTE MENTALE SECTORISE DE SAINT-GILLES
- SERVICE LAÏQUE D'ACCOMPAGNEMENT ADMINISTRATIF - AIGUILLAGES
- SERVICE LAÏQUE D'AIDE AUX JUSTICIABLES ET AUX VICTIMES B II - SLAJ-V ASBL
- SERVICE LAÏQUE D'AIDE AUX PERSONNES
- SERVICE SOCIAL JUIF
- SESO
- SMES-B
- SOINS À DOMICILE ASBL
- SOINS CHEZ SOI (ACCOORD)
- SOLIDARITÉ
- SOLIDARITÉ SAVOIR
- SOS JEUNES
- SOS VIOL
- SSM CHAMP DE LA COURRONNE
- TÉLÉ - ACCUEIL
- TELS QUELS
- TRANSIT ASBL
- ULYSSE
- UNION PROFESSIONNELLE DES ERGOTHÉRAPEUTES
- WOLU-PSYCHO-SOCIAL (WOPS)
- WOLU-SERVICES



Avec le soutien de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale

Lire plus sur www.cbcs.be

Pour une coordination social-santé à l'échelle des quartiers ?

**Interview de Isabelle Heymans,
responsable projets CSSI, MdM**

Travailler en intersection entre le social et la santé ? Un sujet de conversation fréquent sur le terrain de l'intervention sociale à Bruxelles. « Et Les Centres Social Santé Intégrés (CSSI), cela cristallise un peu la question », reconnaît Isabelle Heymans, responsable de projets CSSI, à Médecins du Monde. Raison pour laquelle nous l'avons rencontrée. Retour sur la mise en place de 2 CSSI en région bruxelloise : K-Nal Santé à Molenbeek et Kure & Care à Cureghem.

La Free Clinic : une construction « hors lignes »

Par Stéphanie Devlésaver, journaliste, CBCS asbl

Qui ne connaît pas la Free Clinic ? Souvent citée comme modèle de structure de soins multi-agrèée, elle est loin d'avoir toujours eu si bonne réputation : « la Free Clinic mange à tous les râteliers, disait-on », témoigne, avec le sourire, Isabelle de Ville, conseillère conjugale, formatrice et animatrice EVRAS, récemment retraitée, qui a travaillé 40 ans dans l'asbl. Accompagnée de Marie Debrouwer, nouvelle et première coordonnatrice de la Free Clinic, elles livrent, entre passé et présent, la genèse du projet, les luttes, les remises en questions, l'horizon de l'asbl pour le droit à la santé pour tous.

Dossier Santé Conjuguée :

Les centres de santé : Globalité des soins, efficience des services, évolution de la première ligne

La globalité de la prise en charge des soins en première ligne se révèle un enjeu majeur, tant pour la dispensation de soins de qualité que pour l'efficience du système de santé. Le numéro de décembre de la revue de la Fédération des maisons médicales, Santé Conjuguée, explore différents aspects de la question et lance des pistes de réflexion.

