



SYNTHÈSE DU RAPPORT

Parcours.Bruxelles

**Évaluation qualitative du système de la santé mentale
et des parcours des usagers dans le cadre de la
réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale**

Carole Walker, Pablo Nicaise, Sophie Thunus

Février 2019

Étude commanditée par l'Observatoire de la Santé et du Social



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| Introduction..... | 2 |
| Partie I : Santé mentale et société | 4 |
| 1. Logement..... | 4 |
| 2. Emploi et occupation | 4 |
| 3. Réseau social et stigmatisation | 5 |
| Partie II : Le système de la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale | 6 |
| 1. Acteurs-clés du système de la santé mentale | 6 |
| 2. Accès aux soins de santé mentale : difficile, aléatoire et négocié..... | 7 |
| 3. La collaboration..... | 8 |
| 4. Coordination du système de la santé mentale en région bruxelloise | 9 |
| 5. Conclusion..... | 10 |
| Partie III : Recommandations | 13 |
| 1. Logement et santé mentale..... | 13 |
| 2. «Travail et santé mentale» | 13 |
| 3. Lien social..... | 13 |
| 4. Circulez ! | 14 |
| 5. Centralisation et orientation de la coordination régionale en Région de Bruxelles-Capitale | 14 |

INTRODUCTION

Le projet **Parcours.Bruxelles** analyse l'organisation du système de la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale à partir des parcours des usagers ayant ou ayant eu des contacts avec des services de soins de santé mentale dans cette région. Il se distingue par une volonté de donner la priorité aux *expériences des usagers inclus et exclus des soins*, et par l'attention portée aux parcours pris dans leur dimension sociale et du soin. La santé mentale que ces parcours donnent à voir se fait et se défait dans des *situations sociales* caractérisées, par exemple, par l'accès ou le non accès au logement, et au cours d'interactions, notamment dans le monde du travail. Le projet Parcours.Bruxelles met donc en avant une conception de la santé mentale comme action collective, qui va au-delà du domaine du soin. L'utilisation de l'expression « système de la santé mentale », et non « système de soins de santé mentale », traduit cette conception.

Parcours.Bruxelles interroge les collaborations inter-organisationnelles réelles se développant en Région Bruxelloise suite à la réforme 107, à partir des parcours des usagers. Il analyse les pratiques professionnelles, la nature et les déterminants des collaborations entre les services de santé mentale et avec d'autres services de première ligne, sociaux et culturels. Il illustre l'influence de ces pratiques et de ces relations sur les parcours des usagers, notamment en termes d'inclusion, d'exclusion, de continuité et de discontinuité du soin. Parcours.Bruxelles met finalement des voies d'amélioration en avant. Celles-ci concernent *les relations* avec la sphère politique, *dans* la sphère professionnelle des soins de santé mentale, et *avec* les sphères du social, de l'emploi et du logement.

Les principales méthodes qui ont été utilisées pour mener ce projet sont des entretiens semi-directifs, des focus groups, et des entretiens et observations ethnographiques. Ces méthodes qualitatives sont adéquates pour comprendre les liens complexes entre organisation et parcours et leur inscription dans des parcours de vie et de soins singuliers. Les résultats s'ancrent donc dans des discussions approfondies, collectives et individuelles, avec des professionnels et des usagers, dans et en dehors du soin.

Le projet Parcours.Bruxelles s'inscrit dans le **contexte de la mise en œuvre d'une réforme de l'organisation des soins de santé mentale en Belgique, appelée « Réforme 107 »**. La première phase « exploratoire » de la réforme a été lancée en 2010 sous l'impulsion de la Conférence Interministérielle de la Santé Publique, et sa seconde phase « de généralisation » a été entamée en 2016. De 2010 à aujourd'hui, vingt-trois réseaux ont été établis dans l'optique de couvrir tout le territoire. Toutefois, sur le territoire de la région bruxelloise, seuls deux réseaux avaient été développés avant 2016 ; le premier couvrant un secteur sur l'est de Bruxelles, et le second couvrant le centre-ville et quelques quartiers limitrophes. Dans le contexte du déploiement de la seconde phase de la réforme, une concertation s'est développée entre les autorités fédérales et régionales ainsi que les acteurs du secteur de la santé mentale à Bruxelles, en vue de couvrir l'ensemble du territoire régional.

La philosophie de la réforme est le **développement d'une logique de soins basés sur les besoins des publics cibles, et pas uniquement sur l'offre existante**. Les objectifs de la **réforme 107** sont, premièrement, la désinstitutionalisation – impliquant de renforcer l'offre de soins de santé mentale communautaire ; deuxièmement, l'inclusion – visant la réhabilitation sociale des usagers des soins de santé mentale ; troisièmement, la **décatégorisation** – ou la réduction des problèmes de fragmentation de l'offre de soins ; quatrièmement, l'**intensification** – définie comme la réduction du recours aux séjours hospitaliers de longue durée ; cinquièmement, la **consolidation**, ou la régularisation des différents projets pilotes, tant aux niveaux fédéral, que communautaire et régional, dans le concept de globalisation des soins en santé mentale.

Un modèle de soins basés sur cinq fonctions doit permettre, selon la logique de la réforme, d'atteindre ces objectifs. Ces fonctions de soins incluent des activités en matière de **prévention, de promotion des soins en santé mentale, de détection précoce, de dépistage et de pose d'un diagnostic, des équipes ambulatoires de traitement intensif, des équipes de réhabilitation, des unités intensives de traitement résidentiel, et des formules résidentielles spécifiques**.

Le remplacement d'un modèle de soins basé sur l'offre par un modèle de soins mettant l'utilisateur au centre est conçue de façon progressive, par le biais de projets d'exploration déployant chacun les cinq fonctions prévues par la réforme 107. Ces projets misent sur la créativité des acteurs de terrain pour adapter le modèle aux réalités locales, dans le respect de la philosophie générale de la réforme.

Le rapport issu du projet Parcours.Bruxelles comprend deux parties principales. La première, **santé mentale et société** porte sur le logement, l'emploi ou l'occupation, et le lien social, qui correspondent aux bifurcations principales observées dans le parcours des usagers dans et hors soins. La seconde, le **système de la santé mentale** en région de Bruxelles-Capitale, est consacrée à l'organisation du système, à l'accessibilité aux soins, à la collaboration, et à la coordination des services dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme.

PARTIE I : SANTÉ MENTALE ET SOCIÉTÉ

« Il y a un contexte sociétal qui n'est pas si simple. Des gens qui n'ont quasi plus accès au travail, ils n'ont pas de logement, enfin ils ont un accès de plus en plus difficile au logement. Donc ça rend quand même toute cette idée de travail en réseau compliquée par des éléments de réalité. » (Psychiatre, HP)

La santé mentale est intrinsèquement liée au contexte social. Les parcours d'usagers dans et hors soins de santé mentale ont permis d'identifier trois bifurcations principales qui concernent **le logement, le travail ou l'occupation et le lien social et la stigmatisation**. Ces trois bifurcations sont communes aux parcours des usagers rencontrés et ont fait l'objet de discussions approfondies avec les professionnels et les usagers rencontrés.

1. LOGEMENT

Les **difficultés en termes d'accessibilité au logement en Région Bruxelloise contribuent à la saturation du système de la santé mentale**. Ces difficultés concernent des publics diversifiés et se répercutent sur le travail quotidien des professionnels de la santé mentale, en entravant la transition entre l'hôpital et les soins communautaires, la continuité des soins et la réinsertion sociale.

L'ensemble des usagers et des professionnels rencontrés soulignent de fortes interactions entre les problèmes de santé mentale et le logement, qui sont **particulièrement visibles en situation de grande précarité**. En effet, les problèmes de santé mentale ou psychiatriques accompagnent fréquemment les parcours de rue, et les difficultés d'accès à tout type de logement ont pour conséquence des allers-retours fréquents entre les services d'urgence et la rue pour le public sans-abri, ou à l'allongement des durées de séjour hospitaliers. Afin de pouvoir offrir une prise en charge durable des problèmes de santé mentale pour ces usagers, les professionnels soulignent l'intérêt des initiatives « Housing First » et des projets à bas seuil d'exigence permettant d'assurer un logement avant d'introduire la question du soin.

Le « logement » concerne des types d'habitats correspondant à différents degrés d'autonomie, mais la nature des problèmes d'accès varie en fonction du type d'habitat envisagé :

- **Logements indépendants** : les **revenus insuffisants et la discrimination** de la part des propriétaires limitent fortement l'accès aux logements indépendants.
- **Logements sociaux, IHP et MSP** : ils sont difficilement accessibles en raison des listes d'attente de longue

durée. En outre, l'accès aux IHP et MSP est entravé par l'existence de **critères d'admission stricts**, dont les professionnels modèrent l'impact par le biais de pratiques informelles, telles que des préparations d'entretien d'admission par jeu de rôle. **L'allongement des durées de séjour hospitalier**, en raison de l'accès difficile au logement, constitue la conséquence la plus citée par les professionnels.

- Un certain nombre d'usagers résiderait dans des **structures d'hébergement non agréées (SHNA)**, des squats ainsi que des maisons pirates. Les **conditions d'hygiène et de harcèlement seraient problématiques** dans certains de ces lieux de vie, mais tenant compte des difficultés pour accéder à un logement en Région Bruxelloise, leur fermeture inquiète les usagers.

Enfin, **le logement est souvent associé au réseau social**. Tandis que certains usagers redoutent la vie en communauté homogène avec des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, d'autres supportent difficilement la solitude dans le contexte d'un habitat individuel et craignent des rechutes en conséquence. Le passage d'équipes mobiles au domicile ou encore les habitats groupés solidaires en développement visent à répondre à ces difficultés, ces dernières proposant des colocations entre usagers et personnes tout-venant.

2. EMPLOI ET OCCUPATION

« Aujourd'hui, tu trouves un travail et t'as un burnout, mais si t'en trouves pas, tu deviens psychotique. » (Usager)

L'emploi constitue une bifurcation majeure dans le parcours des usagers, indépendamment de leur statut socio-économique. Les interactions entre santé mentale et emploi s'observent dans des circonstances diverses, à la fois sur le lieu de travail et dans le domaine du soin, et influencent tantôt le recours au système de la santé mentale, tantôt l'accès ou le retour à l'emploi. Ces interactions sont en outre associées à des dimensions sous-jacentes à l'emploi, tels que l'occupation, le réseau social, la valorisation et l'inclusion sociale.

Les usagers sans emploi ayant connu la rue ou la grande précarité accordent une part prépondérante de leurs problèmes de santé mentale à leurs difficultés d'intégration sur le marché de l'emploi. Les activités bénévoles, comparativement à l'emploi, auraient des influences positives sur la santé mentale, mais le bénévolat serait encore peu accessible en Région Bruxelloise. Les usagers avec une plus longue expérience professionnelle relatent quant à eux des conditions de travail difficiles, parmi lesquelles un environnement de travail sous haute pression, des épisodes de harcèlement et des relations interpersonnelles difficiles.

La **réinsertion professionnelle** suite à une interruption causée par des difficultés de santé mentale constitue une **difficulté majeure** pour les usagers rencontrés, ainsi qu'une source de controverse importante parmi les professionnels de la santé mentale. Tandis que certains doutent des capacités des usagers ou expriment une suspicion relative aux intentions politiques de « réinsertion à tout prix », d'autres dénoncent ces attitudes et soulignent les inégalités qu'elles engendrent.

Les controverses que suscite la réinsertion professionnelle semblent intimement liées aux problèmes de discrimination à l'emploi et de manière plus générale, à une anticipation négative de la part des professionnels concernant les possibilités de flexibilisation de l'environnement du travail. La solution des incitants auprès des employeurs a été abordée, mais ne suffit pas pour convaincre tous les professionnels. Les médecins généralistes, démunis face à la croissance de problèmes de santé liés au travail, sont nombreux à souligner la **nécessité d'adopter des mesures préventives agissant sur les conditions de travail pour toute la population.**

Enfin, l'importance accordée au travail dans le discours des usagers et les controverses associées au niveau des professionnels ont permis de mettre en évidence **la dimension du sens du travail. Le travail comme sens élargit la réflexion du travail classique à toutes les initiatives stimulant la mise en activité quotidienne des citoyens**, favorisant simultanément les dimensions fréquemment citées que sont l'occupation, le lien social, la valorisation sociale et l'inclusion au sein d'une population tout-venant – des dimensions qui « font soin » selon les termes de certains professionnels et usagers.

3. RÉSEAU SOCIAL ET STIGMATISATION

« Je pense avoir trouvé la réponse [...] chez [association]. [...] J'ai des bons amis là, je suis le bienvenu, je me sens vraiment à l'aise. C'est ça qu'il me faut ! [...] Il faut avoir un réseau social sur lequel on peut retomber quand on a quelque chose qui va moins bien. Mais quand on a ça, ça n'arrive pas ! » (Usager)

Les résultats témoignent de fortes interactions entre le réseau social et la santé mentale. Par réseau social, nous entendons le réseau de connaissances et les proches qui entourent l'utilisateur, ainsi que la qualité des relations interpersonnelles. La présence d'un réseau social autour de l'utilisateur est associée à des expériences positives et jouerait un rôle important en matière de prévention.

Les résultats mettent par ailleurs en exergue des problèmes de discrimination, définie comme mécanisme social conduisant au traitement différencié et systématisé d'un groupe par rapport au reste de la collectivité sur base de critères distinctifs, comme un diagnostic de santé mentale. La **discrimination des usagers, principalement en matière de logement et d'emploi** contribue aux problèmes de santé mentale par l'exclusion sociale qu'elle engendre.

En matière d'inclusion sociale :

- Les représentants d'utilisateurs rencontrés soulignent le soutien apporté par la **pair-aidance**, qui consiste en l'accompagnement par une personne dite « experte d'expérience » ou ayant eu un parcours préalable dans le système de la santé mentale.
- Les usagers et les professionnels valorisent les **initiativés stimulant l'inclusion sociale** et soulignent leur influence sur la santé mentale. Ils insistent sur le soutien considérable apporté par les **secteurs associatifs et culturels** et les différents « lieux de lien » qui les composent. Les usagers apprécient la **démédicalisation du discours** et la **valorisation d'autres aspects de leur identité** qui en découle, mais aussi la libre fréquentation de ces lieux et la **possibilité de s'inclure au sein d'un public hétérogène.**
- Plusieurs usagers rencontrés mentionnent le soutien apporté par les lieux de culte. Ils apprécient l'attitude inclusive des fidèles et le **déplacement de l'attention des problèmes de santé mentale individuels vers la réalisation de valeurs collectives**, une attitude semblable dans les « lieux de lien ».

PARTIE II : LE SYSTÈME DE LA SANTÉ MENTALE EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

Cette partie discute de l'organisation du système de la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale. Elle comprend quatre chapitres respectivement dédiés aux **acteurs-clé du système de la santé mentale ; à l'accessibilité des soins ; à la collaboration entre les services et les professionnels ; et à la coordination du système** dans son ensemble. L'image du système qui se dessine dans cette partie s'ancre dans une conception de la santé mentale comme action collective, qui considère non seulement **les services de soins** mais également **les services hors soins** qui sont confrontés à des publics présentant parfois de lourds problèmes de santé mentale. Cette partie ne prétend pas à l'exhaustivité, mais vise à offrir une image du système de la santé mentale qui intègre les services de *soins* et *hors soins* en portant l'attention sur les aspects organisationnels ayant une influence sur les parcours d'usagers décrits dans la première partie.

1. ACTEURS-CLÉS DU SYSTÈME DE LA SANTÉ MENTALE

La recherche Parcours.Bruxelles met en évidence **trois types de services** qui ont en commun de développer des pratiques leur permettant d'intervenir dans les bifurcations identifiées par les usagers en matière de logement, d'emploi et de lien social. Les services de *soins* dont les professionnels et les usagers mentionnent l'intervention sont principalement les **Initiatives d'Habitation Protégée (IHP)** et les **équipes mobiles**. Concernant les services *hors soins*, ils mentionnent principalement les « **lieux de lien** ».

Les **IHP** correspondent à des petites institutions résidentielles permettant aux usagers de vivre de manière indépendante tout en bénéficiant d'un accompagnement en matière de santé mentale. **Le constat du manque de places disponibles dans les IHP est partagé par les usagers et les professionnels, et s'explique par le fait que des personnes y résident pour une longue durée faute d'alternatives en matière de logement à Bruxelles.** Afin de pallier à ces difficultés, certaines IHP se posent en médiateur entre les usagers et les responsables de logements sociaux, en allant à la rencontre de ces derniers. Cette démarche semble permettre aux IHP une flexibilité dans l'utilisation de leurs propres ressources et une meilleure prise en considération des ressources familiales et financières des usagers. En outre, elle pourrait

être un moyen de diminuer la discrimination dénoncée par les usagers en matière de logement.

Le travail réalisé par les **équipes mobiles** s'articule dans le milieu de vie de l'usager et consiste principalement à reconstruire un réseau autour d'une situation. Leur intervention mène néanmoins dans certains cas à des hospitalisations et principalement, selon certains professionnels, lorsque les équipes sont adossées à un hôpital psychiatrique. Les équipes mobiles bruxelloises ont la particularité de répondre aux demandes directement formulées par les usagers et leurs proches, et rempliraient **une fonction essentielle pour favoriser l'accès aux soins pour les publics qui en sont exclus**, parmi lesquels des usagers en refus de soins. Une certaine augmentation du recours aux équipes mobiles exprimée par les professionnels semble principalement liée à la saturation globale des services bruxellois et des possibilités d'orientation au sein du système. **Une connexion adéquate des équipes mobiles avec l'ensemble du système de la santé mentale, y compris les ressources ambulatoires et les services sociaux, permettrait de favoriser l'accès aux soins en limitant le recours à une hospitalisation.** Dans cette optique, la collaboration entre les équipes mobiles et les IHP semble porteuse pour favoriser les transitions vers un logement indépendant, en évitant les conséquences négatives associées à l'isolement.

Les « **lieux de lien** » sont des espaces appartenant principalement aux secteurs associatifs et culturels. **Ces espaces n'offrent pas de soins mais des opportunités pour reconstruire un réseau social et trouver une place dans la société au travers d'activités culturelles et sociales.** Étant donné l'absence de critères et de procédures d'admission, ces espaces sont davantage accessibles et accueillent régulièrement les publics exclus des services de soins. Les usagers et les professionnels s'expriment sur l'importance de ces lieux pour plusieurs raisons principales. Premièrement, ces lieux donnent une place à l'usager en évacuant le discours professionnel et médical, facilitant l'intégration au sein d'un public hétérogène. Deuxièmement, ils proposent des activités qui peuvent être associées au « travail comme sens », sans pour autant charrier la pression du marché du travail. Troisièmement, **ils diminuent les effets de la discrimination, particulièrement en ce qui concerne le logement, en se posant comme intermédiaire entre un propriétaire et l'usager.** Les lieux du lien semblent donc apporter des réponses aux trois principales bifurcations identifiées dans le parcours des usagers. En outre, ils fournissent l'exemple d'une possible « charnière » pour le système de la santé mentale, dans la mesure où ils permettent d'intégrer diffé-

rentes façons de voir et de répondre aux problèmes de la santé mentale, et contribuant ainsi à la dé-stigmatisation, aux niveaux individuel et collectif, dans et en dehors des services de soins.

2. ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ MENTALE : DIFFICILE, ALÉATOIRE ET NÉGOCIÉ

Le système de la santé mentale bruxellois est décrit comme riche et diversifié. L'accès aux services de soins est cependant problématique pour les raisons suivantes : **complexité du système, manque de ressources en hospitalisation** et à destination de **publics spécifiques**, et **caractère aléatoire et négocié** des orientations au sein du système et de l'accès aux services.

Le système est perçu comme complexe par les professionnels, les usagers et les proches. Cette complexité renvoie à une **imprécision ou une méconnaissance des rôles remplis par les services de soins**. Pour les usagers et leurs proches, cette complexité constitue un obstacle important en termes d'accès aux soins. Au niveau des professionnels, elle est à l'origine de **difficultés d'orientation** ou d'orientations inappropriées au sein du système de la santé mentale. **Le manque de ressources concerne particulièrement les places disponibles en hospitalisation. L'accueil d'usagers résidant en dehors de Bruxelles** contribue à la saturation des services. Ce problème est accentué par l'utilisation des services hospitaliers comme « **modalité d'hébergement** » pour des publics particulièrement précarisés et/ou pour pallier aux difficultés d'accès au logement et à des formes d'hébergement alternatives telles que les MSP et les IHP. Enfin, **les équipes mobiles favorisent l'accès aux soins, notamment hospitaliers, d'un public en situation psychosociale complexe** et préalablement en dehors des soins ou en refus de soins. Cette accessibilité accrue est souhaitable mais contribue à l'élargissement de la demande adressée aux services hospitaliers. Une meilleure connaissance des ressources existant dans le système, outre les services hospitaliers, et une meilleure connexion des équipes mobiles avec ces services constitueraient des voies d'amélioration.

L'accès aux équipes mobiles serait quant à lui entravé par un **manque de clarté de leur zone d'activité ainsi qu'à un manque de personnel**, en particulier les psychiatres.

Cependant, certains professionnels mettent en garde contre la concentration des moyens sur les équipes mobiles, et soutiennent le **refinancement d'autres services tels que les SSM ainsi que la stimulation de leurs collaborations**.

Le manque de ressources concerne ensuite les publics dits « exclus » des soins ; c'est-à-dire les personnes en situation de grande précarité, les personnes migrantes, les problèmes d'assuétudes, le handicap physique et les situations combinant plusieurs difficultés sociales/psychiques/physiques. **Ces publics ne remplissent pas les critères d'admission** établis par les services de soins. Ils exigent un temps important et une flexibilité accrue des cadres institutionnels et de la part des professionnels. En l'absence de temps et de flexibilité, ces publics subissent des réorientations perpétuelles au sein du système de la santé mentale et ne trouvent pas ou peu de réponses à leurs besoins au niveau des services de soins. **Les structures à bas seuil d'exigence avec une fonction médicale offriraient une réponse appropriée à l'exclusion de ces publics**.

Les modalités d'adressage entre les services de soins ont une dimension aléatoire et négociée qui accentue les difficultés d'accès et les problèmes d'orientation au sein du système de la santé mentale. Premièrement, les critères d'admission dans les services ne sont pas interprétés de manière homogène au sein du système. Cette **variabilité d'interprétation**, parmi les professionnels, cause des problèmes d'orientation. Deuxièmement, étant donné la complexité et le manque de connaissance du système, les orientations proposées reposent principalement sur le **réseau individuel et/ou organisationnel des professionnels** : si « les possibles » sont nombreux, leur utilisation est donc limitée. Enfin, étant donné le manque de ressources adaptées aux besoins de certains publics, la rigidité des cadres institutionnels et les interprétations variables des critères d'admission, des **stratégies informelles** se développent afin de permettre l'accès aux soins, parmi lesquelles des procédures de mise en observation avec consentement de l'utilisateur.

L'accès aux services de soins et les orientations au sein du système peuvent donc être décrits comme complexes, aléatoires et négociés. Au niveau de l'utilisateur, l'accès et les modalités d'adressage sont pourtant décisives, car **le point d'entrée dans le système serait déterminant pour la suite du parcours**. Au niveau du système, les publics les plus complexes semblent inégalement répartis entre les services. La combinaison du caractère déterminant et aléatoire de l'entrée et des orientations permet

de poser l'hypothèse selon laquelle des personnes qui auraient pu être prises en charge dans la communauté sont hospitalisées pour de longues périodes, tandis que d'autres personnes, présentant des problèmes plus sévères, sont prises en charge dans la communauté.

3. LA COLLABORATION

La collaboration est un type de relations inter organisationnelles caractéristique des réseaux de soins. Elle suppose l'intégration, au sein de réseaux, d'organisations ne faisant pas partie de la même ligne hiérarchique. La collaboration est souvent présentée comme une solution aux problèmes de la différenciation entre les services et de la fragmentation des soins. Cependant, au vu de l'autonomie des services de soins et de l'existence de frontières sectorielles et organisationnelles, structurelles et culturelles, la collaboration est un défi avant d'être une solution.

Les professionnels du système de la santé mentale bruxellois expriment leur volonté de relever ce défi. Ils estiment que la **collaboration est nécessaire étant donné les caractéristiques du public de la santé mentale**, en particulier la complexité des situations et la temporalité des parcours. La **collaboration est cependant insuffisante**. Les conséquences du manque de collaboration sont des ruptures fréquentes dans les parcours des usagers, particulièrement dans la transition entre l'hôpital et l'ambulatoire. Trois causes principales sont identifiées :

- Une « **méconnaissance des possibles** », c'est-à-dire des ressources disponibles dans le réseau global ;
- Une forme de « dépendance au sentier », en vertu de laquelle les **collaborations sont limitées à un environnement proche ou à un réseau institutionnel existant** ;
- Différentes cultures professionnelles et une **grande diversité des conceptions de la santé mentale**, qui influencent les relations des professionnels entre eux et leur ouverture par rapport aux outils de collaboration – ces outils n'étant pas neutres et véhiculant à leur tour des idéologies professionnelles spécifiques.

En ce qui concerne les **leviers de la collaboration**, les **coordinateurs de réseau jouent un rôle important en améliorant la visibilité de l'offre et du réseau global, et en « traduisant » des modèles et des instruments de collaboration**, afin de faire primer leurs aspects pratiques sur leurs aspects idéologiques. Des **outils de collabora-**

tion sont également utilisés, quoique certains demeurent controversés. Parmi ces outils :

- Les **outils informatiques de transmission d'information** facilitent l'orientation au sein du réseau en permettant de visualiser les trajectoires de soins et d'identifier les services et professionnels fréquentés par les usagers. Ils font cependant encore l'objet de résistances importantes, se rapportant principalement à la protection du secret professionnel et de la relation de soins, ainsi qu'au type d'informations partagées et au consentement de l'utilisateur.
- **La concertation** permet d'identifier les différents intervenants impliqués dans une situation et de clarifier les rôles et les responsabilités, en vue de favoriser la continuité dans les soins. Néanmoins, leur systématisation, la sélection des intervenants ainsi que la participation de l'utilisateur sont des aspects qui divisent. Les professionnels évoquent également les problèmes logistiques que posent les concertations, de même que l'obstacle que constitue le financement à l'acte des professions médicales. Au total, les professionnels sont donc favorables à la concertation, mais pour autant que celle-ci soit organisée dans un cadre flexible et que des incitants financiers et extra-financiers soient mis en place.
- **Le référent de soins** est décrit comme la personne responsable de la coordination de l'information et des soins autour de l'utilisateur, mais une définition claire et acceptée de tous reste difficile à établir. Les professionnels s'accordent généralement sur la souplesse nécessaire dans la désignation du référent de soin, afin d'établir une relation de confiance avec le patient ; confiance nécessaire à l'atteinte des objectifs associés à cette fonction. Dans le même temps, certains professionnels mentionnent la nécessité de reconnaître cette fonction, afin d'améliorer la légitimité du référent au sein du réseau.
- **Les interventions et les immersions** sont décrites comme des éléments facilitant la collaboration, dont les professionnels encouragent la généralisation. D'une part, les **interventions ou réunions qui combinent les aspects cliniques et organisationnels** instaurent une confiance entre les intervenants et contribuent au changement des cultures professionnelles et à la formation continue. En outre, elles permettent de démêler les situations d'utilisateurs qui figurent sur les « listes noires » de certaines institutions, en proposant des solutions potentiellement applicables dans des

situations similaires ; de favoriser la reconnaissance des expertises paramédicales ; et de mieux connaître le travail des autres institutions ce qui facilite notamment l'orientation des usagers. D'autre part, les **immersions** favorisent l'interconnaissance et constituent un antidote contre l'incertitude que représentent certains publics dont les situations sont complexes, ou avec lesquels les professionnels n'ont pas l'habitude de travailler. Dans l'ensemble, les liens de confiance stimulés par ces pratiques favoriseraient l'autonomie des usagers, en acceptant les discontinuités au niveau institutionnel et en déplaçant l'objectif de continuité au niveau du réseau.

En conclusion, **les professionnels se positionnent en faveur de mécanismes de collaboration** supportant l'interconnaissance, l'établissement de la confiance et la diversification de leurs expériences, en termes de publics et de pratiques. Ces mécanismes plébiscités par les professionnels ont deux éléments en commun. Le premier est qu'ils **s'ancrent dans une logique professionnelle et pratique**, plutôt que dans une logique politique et managériale. Le second est qu'ils permettent de **diversifier et d'étendre non seulement les relations mais également les expériences** des professionnels. Ils favorisent des liens faibles avec une multitude d'intervenants qui, contrairement aux liens forts, ancrés dans les cultures professionnelles et institutionnelles, permettent de concevoir de nouvelles façons de faire.

4. COORDINATION DU SYSTÈME DE LA SANTÉ MENTALE EN RÉGION BRUXELLOISE

La coordination des réseaux de soins de santé mentale, qui suppose l'existence d'une ligne hiérarchique et la reconnaissance d'une autorité en matière d'allocation de ressources humaines et financières, est particulièrement difficile à mettre en place dans les systèmes de soins de santé décentralisés. C'est le cas en Belgique, où les responsabilités sont fragmentées et réparties entre différents niveaux de pouvoir ainsi que de multiples agences responsables pour des aspects spécifiques de la gestion de certains secteurs, tels que le résidentiel et l'ambulatoire. **En Région Bruxelloise, deux niveaux de coordination des réseaux de soins de santé mentale peuvent être distingués.** D'une part, la coordination au niveau politique (A), c'est-à-dire qui est exercée par un acteur externe au système. D'autre part, la coordination **au niveau**

régional (B), qui soulève la question de la désignation d'un acteur interne au système professionnel.

Au niveau politique (A), la recherche Parcours.Bruxelles soulève deux aspects principaux de la coordination : celui du modèle fonctionnel comme principe directeur de la réorganisation du système ; et celui des mécanismes de régulation.

Le modèle fonctionnel préconisé par la réforme 107 entend organiser les soins de santé mentale selon cinq fonctions de soins, favorisant **un glissement de la réflexion organisationnelle vers les besoins des usagers et non ceux des structures**. Le modèle fonctionnel demeure toutefois largement controversé. Si sa valeur stratégique est reconnue – au sens où il stimule le changement, sa portée opérationnelle est questionnée. Les divisions par fonctions de soins et les modalités d'organisation en comités de fonction sont, en effet, fortement adaptées sur le terrain, ou maintenues seulement administrativement. En termes de gouvernance, ces remises en question sur le terrain démontrent les difficultés que rencontrent les autorités publiques à coordonner la réorganisation du système selon le modèle fonctionnel. Ces difficultés seraient liées à l'absence d'une coordination intégrée au niveau des autorités publiques compétentes. En conséquence, l'orientation du changement est laissée aux acteurs de terrain et réglée de manière très variable selon les antennes bruxelloises dont le travail formel, tel que perçu par les autorités publiques, se distingue ainsi fortement de leur travail réel.

Les mécanismes de régulation que soulève la recherche Parcours.Bruxelles concernent deux types d'instrument utilisés dans la coordination de la mise en œuvre du modèle fonctionnel préconisé par la réforme : **les mécanismes de financement et la fonction de coordination.**

- **Le mécanisme de financement** pour la mise en œuvre de la réforme repose sur l'Article 107 de la loi sur les hôpitaux, qui permet d'utiliser une partie des moyens dédiés au financement des lits de longue durée pour financer le déploiement des cinq fonctions, en particulier la deuxième fonction, c'est-à-dire le développement des équipes mobiles. Cette stratégie adoptée par les autorités fédérales est largement questionnée par les professionnels, car il occasionne deux effets pervers dans la mise en œuvre de la réforme. Premièrement, elle favoriserait **une externalisation de l'hôpital psychiatrique** et, selon certains professionnels, de l'idéologie biomédicale sous-jacente. Cette idéologie du soin est fortement questionnée par le secteur ambulatoire

souvent associé, quant à lui, à une idéologie sociale de la santé mentale. Deuxièmement, cette stratégie engendre une **insuffisance des ressources ambulatoires** et une faible intégration de l'offre mobile dans le tissu communautaire. Or, les professionnels avancent qu'un renforcement de l'ambulatoire et une meilleure intégration de cette offre mobile permettrait d'**apaiser la persistance d'un conflit idéologique** entre hospitalier et ambulatoire/psychiatrie et santé mentale ; de **valoriser l'expertise existante dans le secteur ambulatoire** ; de **permettre des échanges avec les travailleurs des équipes mobiles** ; et de **trouver des alternatives aux équipes mobiles** pour les usagers désireux de se déplacer vers les services ambulatoires et la communauté, plutôt que d'attendre leur intervention au domicile.

- **La fonction de coordination**, en permettant l'articulation entre institutions et secteurs dont les intérêts et les visions divergent, exerce une influence importante sur le développement du réseau (ou « antenne »). Les coordinateurs locaux occupent ainsi un rôle central dans l'implémentation de la réforme, un choix qui n'est pas remis en question à Bruxelles. Les points d'attention relatifs à la coordination concernent davantage **la nécessité de doter les coordinateurs d'un statut et d'une formation adaptée leur permettant d'accomplir leur fonction**, qui favoriserait le développement de compétences en matière de gestion de processus de changement et de projet.

Au niveau régional (B), des controverses importantes s'articulent autour de la désignation d'un acteur interne au système professionnel, et responsable de la coordination du réseau. Ces controverses témoignent de la coexistence et de la non-intégration des logiques d'action portées par deux communautés d'acteurs qui se différencient par leurs idées et leurs intérêts.

La première logique d'action consacre l'importance des intérêts professionnels et sectoriels, alors que la seconde met en avant les dynamiques locales et la philosophie globale de la réforme 107. La conséquence de la juxtaposition de ces deux logiques d'action est que **le réseau régional ne dispose pas d'une ligne d'action claire pour effectuer sa mission de coordination**, et articuler les interventions de ses membres de façon cohérente par rapport aux objectifs de la réforme 107.

En conclusion, **la recherche Parcours.Bruxelles démontre que la coordination du système s'oriente vers une centralisation, par un acteur externe au niveau politique, et par un acteur interne au niveau régional.** Cette option semble cohérente au vu de la taille des/des réseau(x), de la nature conflictuelle du principe directeur de la réforme, et des problèmes de confiance entre les acteurs. Cependant, **le non alignement des objectifs de la coordination au niveau politique et régional ressort clairement.** Dans ce contexte, l'intégration des réseaux locaux à un réseau régional, et plus généralement au mouvement de la réforme 107, pourrait être mise en difficulté. Enfin, concernant les réseaux locaux, ou antenne, leur coordination semble se développer **selon un modèle d'auto-organisation**, dans lequel le coordinateur joue un rôle de « traducteur-articulateur ». L'enjeu est donc bien d'intégrer ces antennes auto-organisées, particulièrement par la mise en avant de mécanismes de collaboration supportant les interconnaissances entre professionnels et la confiance au sein du réseau bruxellois dans son ensemble.

5. CONCLUSION

Le projet Parcours.Bruxelles se distingue par la priorité donnée aux parcours des usagers, afin d'y identifier les bifurcations principales. Les bifurcations identifiées ont ensuite guidé l'analyse de l'organisation, des collaborations et de la coordination du système de la santé mentale, afin de comprendre comment ces dimensions impactent le parcours des usagers.

BIFURCATIONS – SANTÉ MENTALE ET SOCIÉTÉ

Le projet Parcours.Bruxelles met en évidence que **les parcours d'usagers de profils diversifiés sont marqués par des bifurcations similaires.** Ces bifurcations, qui concernent des **problématiques liées au logement, à l'emploi et au réseau social, interagissent avec la santé mentale et impactent le recours aux services de soins.** Les événements survenant dans ces sphères de la vie sociale contribuent tantôt au déclenchement ou à l'aggravation de problèmes de santé mentale, quel que soit le diagnostic ; et tantôt participent-ils à la stabilisation de l'état de santé de l'utilisateur et à sa réinsertion progressive dans la société, suite à un épisode de crise ou d'hospitalisation.

SYSTÈME DE SOINS – VULNÉRABILITÉ ET EXCLUSION

Malgré des situations décrites de manière similaires par les usagers, les résultats du projet Parcours.Bruxelles mettent en lumière des prises en charge différenciées : **des situations semblables sont soit prises en charge par des services de soin classiques, spécialisés ou de soins primaires, soit par des services à bas seuil d'exigence déplaçant sciemment la focale de la santé mentale à la vie culturelle et sociale.**

De plus, le projet Parcours.Bruxelles met en exergue que **les usagers présentant les problématiques les plus complexes et les situations sociales les plus vulnérables font d'autant plus l'expérience d'exclusion ou de discontinuités importantes dans leur parcours de soin.** Cette exclusion semble particulièrement problématique en Région de Bruxelles-Capitale, du fait de ses spécificités sociodémographiques et de la proportion supérieure de publics socialement vulnérables et/ou souffrant d'un accès plus difficile au logement et à l'emploi. Les observations relatives à l'exclusion des publics les plus vulnérables sont étayées par les propos recueillis lors des rencontres avec les professionnels. Ceux-ci décrivent des **difficultés importantes pour réorienter les publics complexes au sein du système de soins. D'une part, ces services observent des critères et des procédures d'admission. Or, les situations, les parcours et les temporalités des usagers ne s'accrochent pas toujours à ces critères. D'autre part, ces services sont au maximum de leur capacité.**

SYSTÈME DE SOINS – CULTURES, STRATÉGIES ET RÉSEAUX PROFESSIONNELS

Le projet Parcours.Bruxelles a mis en évidence l'impact de cultures professionnelles sur l'accès aux soins et l'orientation des usagers au sein du système. Les cultures professionnelles impliquent des conceptions différentes de la psychiatrie et de la santé mentale et sous-tendent des habitudes de travail avec certains publics, définies en termes de diagnostic mais également de statut socio-économique. **Différentes cultures donnent lieu à des réponses professionnelles différentes dans des situations similaires.** Cette situation justifie le recours, par certains professionnels, à des **pratiques informelles consistant à négocier l'accès à certains services** par le biais de stratégies diverses. Les **réseaux de connaissances interpersonnelles**, entre les professionnels,

seraient également déterminants dans les orientations proposées. D'une part, ils peuvent faciliter l'admission des publics complexes dans certains services. D'autre part, une forte **dépendance au sentier**, c'est-à-dire par rapport à des réseaux interpersonnels ou inter-organisationnels préexistants et fortement localisés, serait à l'origine « **méconnaissance des possibles** » à l'échelle de la Région Bruxelles-Capitale.

SYSTÈME DE SOINS – QUELLE STRATÉGIE DE CHANGEMENT ?

Le projet Parcours.Bruxelles a souligné l'importance de mécanismes de collaboration supportant les interconnaissances entre professionnels et la confiance au sein du réseau bruxellois dans son ensemble. Ces mécanismes sont de deux ordres principaux. D'une part, **les réunions interprofessionnelles de type « intervision » permettent de soulever des questions d'organisation à partir de situations cliniques.** La spécificité de ce type de réunion est de se déployer dans une logique professionnelle et bottom-up, reliant un cas concret à une solution organisationnelle concrète. Cette logique se différencie d'une logique administrative et top-down, dans laquelle des solutions organisationnelles sont recherchées en vertu de modèles, de concepts ou d'instruments suggérés par les autorités publiques. Ce second type de réunion met systématiquement en débat les cultures et idéologies professionnelles et « épuisent » les participants. D'autre part, les professionnels valorisent les **immersions interservices**, qui permettent non seulement de **tisser des liens avec leurs collègues et d'observer d'autres pratiques, mais également de se familiariser avec des publics** avec lesquels ils n'ont pas l'habitude de travailler. **Les réunions de type intervision et les immersions interservices ont en commun de favoriser la confiance entre les professionnels au sein du réseau. Elles favorisent les ajustements mutuels entre les professionnels et l'auto-organisation du réseau au niveau de la pratique.**

SYSTÈME DE SOINS – QUELLE LOGIQUE (STRUCTURES VERSUS FONCTIONS DE SOINS) POUR LE CHANGEMENT ?

Le projet Parcours.Bruxelles a soulevé la question de la coordination au niveau politique et régional. Il a mis en évidence d'importantes **controverses concernant la logique par fonctions de soins dominant la coordination de la réforme 107 au niveau fédéral.** De plus, les **mécanismes de financement utilisés dans le cadre**

de la réforme ont pour conséquence de prolonger la séparation entre l'hospitalier et l'ambulatoire. Le principe d'organisation et les modalités de coordination proposées par un acteur externe, vu comme administratif et politique, sont donc fortement questionnés par les professionnels.

Au niveau régional, la recherche a fait état de la coexistence et de la non-intégration de logiques d'action différentes et portées par deux communautés d'acteurs qui se différencient par leurs idées et leurs intérêts. **La première logique d'action consacre l'importance des intérêts professionnels et sectoriels, alors que la seconde met en avant les dynamiques locales et la philosophie globale de la réforme 107.** La conséquence de la juxtaposition de ces deux logiques d'action est que le réseau régional ne dispose pas d'une ligne d'action claire pour effectuer sa mission de coordination, et articuler les interventions de ses membres de façon cohérente par rapport aux objectifs de la réforme 107.

Pour cette raison, le projet *Parcours.Bruxelles* présente ces services comme relevant de « l'envers » du système de soins, ou « l'endroit ». C'est un envers qui vient *non seulement* pallier aux problèmes – principalement l'exclusion de soins, résultant du fonctionnement et de l'évolution socio-historique (spécialisation et formalisation) des services de soins de santé mentale et psychiatriques. C'est un envers qui, par sa flexibilité et l'accent mis sur le social et le culturel, vient *également* compléter la logique propre aux services de soins. **Le projet *Parcours.Bruxelles* souligne cette complémentarité et l'interdépendance de l'endroit et de l'envers, et comporte une invitation claire à rééquilibrer leur importance respective, et à favoriser leurs articulations.**

LES « LIEUX DE LIEN » – LA SANTÉ MENTALE DANS LA SOCIÉTÉ

Les services que nous avons appelés « les lieux de lien » jouent un rôle important par rapport aux publics rencontrant des difficultés d'accès et d'orientation étant donné la complexité de leur situation. Ils offrent également une réponse alternative et/ou complémentaire par rapport aux services de soins et à la logique médicale. Ces lieux se caractérisent par un **bas seuil d'exigence** et développent une forme **d'expertise pratique dont les principaux aspects sont : de préférer une approche sociale et culturelle au discours médical, de prendre le temps de dialogue, et d'adopter une grande flexibilité dans les moments de rencontre et dans la définition d'activités.** Ces services ont une action complémentaire par rapport aux services de soins en tant que tels, précisément parce qu'ils en assouplissent les règles.

PARTIE III : RECOMMANDATIONS

La conception de la santé mentale comme action collective adoptée dans le projet Parcours.Bruxelles a permis de considérer différentes sphères de la vie sociale dans lesquelles la santé mentale se fait, et se défait. **Les résultats nous invitent à élargir la réflexion relative à la santé mentale, au-delà du système de soins.** L'offre de soins existante en Région de Bruxelles-Capitale est riche et diversifiée. Améliorer son organisation, la collaboration entre les acteurs et la coordination du système constitue un des moyens d'améliorer les réponses que la société propose aux problèmes de santé mentale. Cependant, le projet Parcours.Bruxelles a mis en évidence l'insuffisance de ces réponses si des actions complémentaires ne sont pas prises dans d'autres sphères de la société, principalement le logement, l'emploi et le réseau social. Le nécessaire élargissement de la réflexion relative à l'action publique portant sur la santé mentale est étayé par les parcours d'usagers et par les expériences des professionnels. De plus, cet élargissement semble découler de **la logique globale de la réforme 107**. Or, le projet Parcours.Bruxelles a mis en évidence le caractère partiel des actions entreprises jusqu'à présent, qui tendent à se limiter au système des soins de santé mentale, voire à une partie de ce système.

1. LOGEMENT ET SANTÉ MENTALE

Le projet Parcours.Bruxelles a soulevé des difficultés d'accès au logement en Région Bruxelles-Capitale, pour le public général et plus particulièrement pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Les résultats encouragent à soutenir le développement de **logements collectifs et individuels, à faciliter l'accès aux logements existants, et à améliorer la transition entre les soins et le logement individuel.** Premièrement, une priorité pourrait être accordée au **développement d'initiatives d'habitat collectif et mixte**, cogérées par des personnes souffrant et ne souffrant pas de problèmes de santé mentale. Deuxièmement, au niveau du logement individuel, un soutien pourrait être apporté aux acteurs du système de soins, notamment les IHP, afin d'encourager les **accords de collaboration avec les sociétés logements sociaux**. La **création de nouvelles places en IHP**, en Région de Bruxelles-Capitale, constitue à cet égard une fenêtre d'opportunité pour formaliser et subsidier ce mandat. Troisièmement, les équipes mobiles pourraient être encouragées à intervenir plus systématiquement dans la **transition vers des logements individuels, afin de pallier au risque d'isolement social**, qui conduit régulièrement à des ré-hospitalisations. Finalement, un

soutien accru pourrait être apporté aux initiatives de type **Housing First, qui favorisent l'accès au logement pour un public particulièrement vulnérable, tout en permettant d'introduire la question du soin.**

2. « TRAVAIL ET SANTÉ MENTALE »

Les résultats du projet Parcours.Bruxelles comporte une invitation claire **à ne pas limiter les mesures visant le lien entre travail et santé mentale au système de soins.** Ces mesures, comme celles qui visent la fonction de job coach, sont appropriées dans un nombre limité de situations et ne considèrent qu'une face du problème, celui de la réintégration des personnes souffrant de problèmes de santé mentale sur le marché du travail. Elles renvoient la responsabilité de l'insertion professionnelle au système de la santé mentale, sans questionner le fonctionnement du monde du travail. **La prévention et la promotion de la santé mentale, sur le lieu de travail, devrait sensibiliser les travailleurs à cette dimension de leur vie professionnelle, individuellement et collectivement. Elle devrait également soutenir une réflexion relative à l'adaptation/la flexibilisation du travail, afin que les problèmes de santé mentale ne soient pas synonymes d'exclusion du marché du travail. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour préciser le type d'action de promotion ou de prévention qui pourraient être menées au sein de catégories d'entreprises et secteurs d'emploi spécifiques.** À partir des expériences sur lesquelles se base ce rapport, nous suggérons néanmoins qu'une action de promotion de la santé mentale sur le lieu de travail pourrait viser dans un premier temps des entreprises publiques et s'axer sur de thème de *« penser la santé mentale et le travail »* – c'est-à-dire veiller à la santé mentale au travail d'une part, et réfléchir aux adaptations possibles du travail d'autre part.

3. LIEN SOCIAL

Les associations que nous avons désignées comme les **« lieux de lien »** remplissent un rôle important, en donnant une place dans la société aux usagers des soins de santé mentale, mais également aux personnes « hors soins ». Ces associations participent au **développement d'une identité et d'un réseau social qui permettent aux usagers de se reconstruire autrement : socialement, culturellement, humainement**, et pas seulement en tant qu'usager. Ce rôle est souligné par les profession-

nels et les usagers. De plus, ces associations forment un véritable trait d'union entre les soins de santé mentale et la société générale. Ce rapport comprend une invitation claire à **favoriser le développement de ce type d'associations qui manquent à Bruxelles, en stimulant la création de nouvelles associations ou en augmentant le soutien accordé aux associations existantes**. Cependant, l'ancrage très local des lieux de lien paraît déterminant. Dès lors, la création de nouvelles associations pourrait être privilégiée. De plus, il est nécessaire de préserver la flexibilité de ces lieux, en termes d'activité et de mode de fonctionnement. Enfin, le renforcement des lieux de lien pourrait s'accompagner d'un encouragement à développer davantage les **initiatives et activités ouvertes à la société en général**. Ce type d'initiatives participe directement à la dé-stigmatisation, et les lieux de lien semblent constituer des endroits appropriés pour replacer la santé mentale dans sa société.

4. CIRCULEZ !

Concernant la collaboration, les résultats de cette recherche mettent en avant une **demande explicite des professionnels pour une systématisation des pratiques d'intervision et d'immersion inter-organisationnelle**. Les usagers circulent, et pour comprendre et apporter des réponses appropriées à leurs problèmes et parcours complexes, les professionnels expriment le souhait de circuler également. Ce rapport a largement souligné les bénéfices associés à ces pratiques pour **améliorer les liens et favoriser la confiance entre les professionnels**. La multiplication des connexions entre les services est essentielle pour que le système de soins, qui est riche et diversifié, puisse s'articuler de manière flexible et créative face à chaque demande. **C'est la force des liens faibles** : une multitude de liens interpersonnels et flexibles favorisant l'interconnaissance et l'ajustement mutuel, devrait nécessairement accompagner la formalisation des réseaux, sans quoi celle-ci mène à l'exclusion des usagers les plus vulnérables. De plus, les immersions interservices contribuent à la formation, en permettant aux professionnels d'expérimenter d'autres pratiques de soins dans d'autres contextes ; à l'innovation, par le partage des pratiques professionnelles ; et à la dé-stigmatisation des publics avec lesquels les professionnels n'ont pas l'habitude de travailler. Les pratiques d'immersion interservices et les interventions participent enfin au changement des cultures professionnelles, qui entravent parfois fortement la collaboration. Dès lors, **ces interventions**

et immersions interservices pourraient être intégrées à un programme de formation continue proposé aux professionnels de la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale.

5. CENTRALISATION ET ORIENTATION DE LA COORDINATION RÉGIONALE EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

Ce rapport a mis en évidence un manque de consensus quant au principe directeur, en termes d'objectifs et d'organisation, pour la coordination du réseau régional. **Les logiques structurelles – organisation des soins dirigée par l'offre et les intérêts professionnels, et fonctionnelle – offre de soins dirigée par la demande et les besoins des usagers, sont juxtaposées plus qu'elles ne sont intégrées**. Pour un réseau de la taille du réseau régional, caractérisé en outre par un déficit de confiance entre les différents secteurs, particulièrement l'ambulatoire et le résidentiel, **la centralisation par un acteur interne au monde professionnel semble constituer un modèle organisationnel opportun**. La centralisation de la coordination peut se réaliser au niveau d'un petit nombre d'organes et d'organisations, mais elle nécessite un consensus sur la direction à donner à la coordination, c'est-à-dire la définition d'une orientation claire en fonction de laquelle les actions de membres du réseau sont articulées. La structure du réseau et ses emboitements avec les antennes et la coordination de la réforme 107 devrait également être clarifiés. À cet égard, ce rapport suggère de **distinguer une coordination centralisée par un acteur externe, politique et administratif, pour l'implémentation de la réforme 107 ; une coordination centralisée par un ou un petit nombre d'acteurs internes, professionnels, pour la coordination du réseau régional ; et , au niveau des antennes, un modèle de réseau autogéré reposant sur des collaborations inter-organisationnelles et interprofessionnelles, c'est-à-dire des relations horizontales fondées sur la confiance entre les professionnels et les services**. Cette clarification de la structure pourrait servir de base pour entamer une réflexion de fond sur les objectifs et les valeurs du réseau régional, et leur articulation avec les deux autres niveaux, le politique d'une part, et le local d'autre part. Cette réflexion pourrait être accompagnée par un acteur-tiers.

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Commission communautaire commune
avenue Louise 183 – 1050 Bruxelles
Tél.: 02/552 01 89
observat@ccc.brussels
<http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Olivier GILLIS
Tél.: 02/552 01 45 - ogillis@ccc.brussels

Peter VERDUYCKT
Tél.: 02/552 01 53 - pverduyckt@ggc.brussels