

# Bruxelles

## Santé

Périodique trimestriel, paraît  
en mars, juin, septembre, décembre

N° **79** juillet - août - sept. 2015  
ISSN 1371 - 2519

## Les salles de consommation à moindres risques

### Intergénérationnel

Le cercle des philosophes

### Réforme de l'État

Promotion de la santé à Bruxelles :  
les changements se profilent à la rentrée

### Intersectorialité

L'intersectorialité : « on n'est pas tombé  
dedans quand on était petit » !

## sommaire

Intergénérationnel  
Le cercle des philosophes **3**

Assuétudes  
Les salles de consommation  
à moindres risques **4**

Réforme de l'état  
Promotion de la santé  
à Bruxelles **10**

Intersectorialité  
L'intersectorialité : "on n'est pas  
tombé dedans quand on  
était petit !" **14**

Débats **18**

## Edito

En apéritif nous est contée, en page 3, une rencontre d'hommes et de femmes, habitués à échanger dans le cadre d'un atelier philo. Au-delà du thème "du sentiment d'être reconnu", on perçoit le tissage d'un lien social bienvenu et une réflexion collective réconfortante.

Les SCMR (salles de consommation à moindres risques) sont expérimentées dans de nombreuses villes sur la planète. Les évaluations montrent qu'elles atteignent le public cible visé et remplissent leur double objectif de diminuer notablement la consommation de drogues dans l'espace public et d'améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des usagers. A quand une expérimentation dans notre pays ? (Pages 4 à 6).

Le projet « Riboutique » tente de répondre à une situation locale difficile, caractérisée par une présence prégnante de problèmes liés à la consommation de drogues. Il propose diverses mesures, visant à pacifier le quartier et à rendre aux habitants une meilleure qualité de vie, tout en répondant mieux aux besoins des usagers de drogues, de plus en plus précarisés. A lire en pages 7 à 9.

Cécile Jodogne, ministre en charge de la prévention et de la promotion de la santé à Bruxelles, répond sans détours (page 10) aux questions de Bruxelles Santé. Sont abordés tout à tour les priorités d'axes de travail liées aux spécificités de la santé des Bruxellois, la 6<sup>ème</sup> Réforme de l'Etat, la révision de Décret ambulatoire et le nouveau Décret « promotion de la santé », ainsi que l'impact de ceux-ci sur les associations bruxelloises (pages 10 à 13).

Le Centre Bruxellois de Promotion de la Santé relate quelques éléments d'une recherche exploratoire sur l'intersectorialité. A ce stade de la recherche, une série de tendances émergent... A lire en pages 14 à 17.

Notre rubrique « Débats » donne, comme d'habitude, la parole aux groupes politiques démocratiques. Les sujets de préoccupations sont multiples et nos élus nous parlent de l'assurance autonomie, du combat pour la reconnaissance de la fibromyalgie, du nouveau Décret « promotion de la santé » et de prévention du sida (pages 18 et 19).

Bonne lecture !

# Le cercle des philosophes

Depuis 5 ans, à Etterbeek, un petit groupe de personnes venues d'horizons divers parle philo sous la conduite d'une philosophe/animatrice. Un moment de grâce et de profondeur...

Petit à petit, ils arrivent et se dirigent à l'arrière du local de la bibliothèque Hergé, à Etterbeek. Ces femmes, ces quelques hommes, ont dans la cinquantaine d'années ou davantage. Ils viennent du quartier (après avoir été informés par la Lettre d'info d'Etterbeek), du Centre de jour psychiatrique de la Clinique Saint-Michel, ou de Maisons de repos et de soins. Certains ont été amenés par les bons soins du service communal. Ces "habitués" passent le long des étagères sans guère y jeter de regard : ils ne sont pas là pour cela. Déjà, s'organise le cercle de chaises où ils vont prendre place, comme tous les quinze jours.

Tous vont participer à un atelier philo, sous la direction douce et efficace de Valérie Van Eyll, licenciée en Philosophie et Lettres, à partir d'un projet initié par Entr'Âges. Il permet de mêler intergénérationnel et milieu psychiatrique.

En moyenne, depuis 5 ans, tous les quinze jours (en dehors des vacances), ces séances rassemblent 18 participants.

Mais bien malin celui qui pourrait distinguer qui est qui, et qui vient d'où, parmi ces participants visiblement prêts aux débats.

L'atelier précédent avait porté sur "l'émerveillement". Pour cet après-midi, Valérie a choisi pour thème : "du sentiment d'être reconnu". Quel que soit le sujet, les règles, rappelées en début de séance, restent les mêmes : les thèmes d'actualité ("Charlie" y compris) ne sont plus abordés. Tout aussi tabou, la politique, la religion, le médical, les régimes... "On va finir par ne plus parler de rien", coupe une participante, impitoyable. Pour le reste, les consignes sont strictes : on lève la main, on s'écoute avec respect et bienveillance, car "oser prendre la parole devant tous n'est pas toujours facile" rappelle Valérie.

" Oser prendre la parole devant tous n'est pas toujours facile "

Nul n'est obligé de s'exprimer (mais certains occuperaient bien tout le temps de parole, si on les laissait faire). Ceux qui n'ont pas encore ou peu donné leur avis peuvent le faire en priorité au cours du débat. On part de son expérience. On prend de la distance. Et tout cela sans oublier que la philo, "on en fait tous, en cherchant un sens à ce qu'on vit. L'intérêt de l'atelier est de le faire ensemble, pour s'enrichir des vécus, des expériences et des idées des uns et des autres", précise l'animatrice.

## Un autre regard

La reconnaissance... Qu'aurait donné ce type de sujet proposé à des adolescents ? A des étudiants d'une école de commerce ? A des artistes ? A des cadres débordés ? A des politiciens ? Impossible, bien sûr, de le savoir. Peut-être, dans ces groupes, aurait-on parlé mode, médias, travail, travail et encore travail, succès et fric. Rien de cela dans le cercle des philosophes qui se bâtit ici.

Ce jour-là, ils ont évoqué une reconnaissance qui existe dans le regard des autres. Pour ce que l'on est ou pour ce que l'on fait. Ou pour les deux. Ou parce que l'on est une personne, différente, interchangeable avec aucune autre...

On a souligné que la reconnaissance risquait d'être déterminée en fonction de masques, portés par chacun d'entre nous. Ou des places que nous tenons dans la société. Néanmoins, "on peut aussi être reconnu comme un imbécile", a relativisé un participant. "Ou pas reconnu à sa juste valeur", a ajouté une autre, pendant qu'un des philosophes du jour s'interrogeait aussitôt sur le sens à porter au mot "valeur"...

Le groupe s'est arrêté sur la connaissance de soi, qui précède la reconnaissance. "Pourquoi vouloir être reconnu quand on ne vous connaît pas ?", a demandé l'un. Puis, on a parlé, aussi, de l'importance du regard ou du sourire de l'autre. Car pour être reconnu, encore faut-il exister, trouver sa place parmi ses frères humains. "Nous sommes des primates et les be-

soins de rapports sociaux sont cruciaux pour nous", a précisé l'un. En revanche, se focaliser sur un seul besoin, comme le travail, pour y tirer une reconnaissance serait dangereux : autour de soi, un jour, ce sera le désert, a prévenu un participant en évoquant le cas de son père.

## Blessures d'enfance

Derrière les réflexions et au fil des phrases, indirectement, des blessures se sont révélées : celles d'avoir été rejeté ou négligé dès l'enfance, dans sa famille, étiqueté dès l'école, puis dans son milieu de travail. Ou même, de "ne pas être" du tout, parce qu'on se trouve en fauteuil roulant, et que, tout en vous poussant, quelqu'un peut parler pour vous, de vous.

Et puis on a évoqué des personnes qui se donnent un statut – y compris celui de toxico – ou qui mentent, sans être des mythomanes, dans l'espoir d'être reconnues... Ou bien celles qui sont si peu sûres d'elles, si complexées à force d'avoir l'impression de ne pas être à la hauteur, qu'elles s'effacent, vivent à côté de leur vie, sans jamais se sentir reconnues. Et qui ne connaissent pas cette sensation de bien-être que donne la reconnaissance des autres.

Deux heures de philo, entrecoupées par les paroles de Valérie, qui résume, relance le débat, passe la parole, cela file vite. Trop. Par chance, sur Radio Panik, une émission permet de retrouver ce qui s'est dit lors de cet atelier<sup>2</sup> où soufflent des vents que n'auraient désavoué ni Montaigne ni les autres philosophes... reconnus, eux, officiellement. ■

Pascale Gruber

1. [www.lesbonheursdesophie.be](http://www.lesbonheursdesophie.be)

2. <http://www.radiopanik.org/emissions/emissions-speciales/les-ateliers-philo-de-l-asbl-entr/>

# Les salles de consommation à moindres risques

Lorsqu'on aborde la question des salles de consommation à moindres risques, bien vite les critiques fusent : incitation à la toxicomanie, promotion de drogues, tolérance zéro, etc. Qu'en est-il exactement ? Quelles sont les SCMR ? Dans cet article, nous allons tenter d'y voir plus clair et de démentir les faux. Nous remercions l'équipe de Transit asbl pour les notes qu'elle nous a communiquées.

Au début des années 80, en réaction à l'augmentation de la consommation de drogues, particulièrement celle se pratiquant par injection, et aux risques sanitaires qu'elle entraîne dont la transmission de maladies infectieuses (hépatite, sida), une nouvelle approche de santé publique se met en place : la politique de Réduction des Risques. Les programmes de Réduction des Risques (RdR) visent à prévenir ou, au pire, à limiter chez les usagers les risques liés à la consommation de drogues : traitement de substitution, information et prévention sur le terrain (milieu festif, quartier de prostitution, prison...), échange de seringues, etc.

Elles s'inscrivent dans une démarche de Réduction des Risques qui elle-même s'ancre dans la promotion de la santé.

## Qu'est-ce qu'une SCMR ?

Les salles de consommation à moindres risques sont des lieux sécurisés, réglementés et médicalisés qui offrent la possibilité aux usagers de drogues de consommer dans des conditions d'hygiène optimale et dans un environnement de « non-jugement », sous la supervision d'une équipe de professionnels de santé formés. Elles viennent compléter l'offre de services destinés aux usagers de drogues et répondent à des besoins individuels et collectifs liés à l'usage des substances psychoactives, non rencontrés dans les autres institutions.

Ces lieux ont été conçus pour améliorer la santé des usagers et mettre fin aux scènes ouvertes, c'est-à-dire aux pratiques de consommation de drogues dans l'espace public (parcs, cages d'escaliers, parkings, toilettes publiques, gares, rues étroites, bâtiments abandonnés, entrées d'immeuble, métro...). Les SCMR poursuivent deux objectifs majeurs, l'un de santé publique et l'autre de sécurité publique : résoudre certains problèmes sociaux et sanitaires du public consommateur de drogues et diminuer les nuisances pour les habitants, riverains des lieux publics de consommation.

## Ces pratiques, bien que régulièrement controversées, ont depuis longtemps démontré leur efficacité

Pourtant le maillage des programmes de RdR comporte encore des lacunes. Certains publics, parmi les plus fragiles, restent difficiles à toucher. C'est là qu'interviennent les salles de consommation à moindre risque. Les SCMR n'ont pas pour vocation de remplacer les services existants mais bien de les compléter.

# Indres risques

n à moindres risques (SCMR),  
protection des consommateurs  
Et qu'est-ce réellement qu'une  
clair, de démêler le vrai du  
ombreuses informations

Les usagers des scènes ouvertes sont majoritairement un public précarisé et socialement marginalisé qu'il est difficile de rencontrer. Ils échappent bien souvent aux services d'aide et de soins. Ces usagers courent des risques médicaux importants spécifiquement liés à la consommation par voie intraveineuse dans des lieux publics, car celle-ci accroît également les risques de contamination et de transmission de maladies infectieuses (hépatites, VIH,...). Ils cumulent souvent plusieurs problèmes de santé et ont des besoins importants en termes d'accès aux soins qui ne sont pas rencontrés par les services médicaux et sociaux classiques.

Cette consommation  
de drogues en rue  
est aussi une vraie  
nuisance pour les  
habitants qui y sont  
confrontés.

La consommation en rue entraîne des problèmes d'hygiène et des risques pour la santé liés à l'abandon de déchets et de matériel de consommation dans des espaces accessibles à tous. Elle génère aussi du deal en rue, l'errance dans le quartier des consommateurs en attente de pouvoir

acheter des stupéfiants, une augmentation de la criminalité, des tensions entre les consommateurs et les habitants... Une scène ouverte dégrade nettement la qualité de vie et le bien-être des habitants du quartier où elle s'est créée.

Les SCMR visent à entrer en contact avec ces usagers de drogues fortement précarisés, à améliorer leur état de santé, leur accès aux soins et aux services socio-sanitaires et à réduire les pratiques à risque liées à l'usage de drogues. Elles ont aussi comme but de diminuer les nuisances associées à l'usage de drogues dans les lieux publics dont sont victimes les habitants. Enfin, à plus long terme, elles réduisent les dépenses des services de santé liées à la consommation de drogues et les coûts sociaux de la sécurisation et de l'entretien des espaces publics utilisés comme lieu de vente et de consommation.

## Fonctionnement et services des SCMR

Les fonctionnement et services des SCMR varient d'un pays à l'autre. On peut globalement retenir plusieurs critères des différentes expériences menées. Les SCMR doivent idéalement être ouvertes à des heures favorisant la fréquentation du public visé. L'accès peut en être restreint à certains groupes déterminés : par exemple après inscription préalable, sur présentation d'une pièce d'identité, en fonction du lieu d'habitation ou du nombre de places disponibles. Les usagers mineurs et occasionnels en sont exclus. Les usagers ne peuvent pas se présenter dans un état d'imprégnation avancée, ni dealer ou avoir de comportement violent et doivent respecter un règlement d'ordre intérieur et des mesures d'hygiène et de sécurité.

Les SCMR peuvent être supervisées par des équipes multidisciplinaires dont la composition varie en fonction des services proposés et des objectifs de santé et psycho-sociaux recherchés : médecins, psychologues, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, et parfois d'anciens usa-

gers. Cette équipe assure l'encadrement et l'accompagnement des usagers, elle est formée pour répondre à des situations d'urgence sanitaire.

Différents services peuvent être proposés dans les SCMR : distribution de matériel stérile d'injection-ou répondant à d'autres modes de consommation- permettant la prise de drogues dans les meilleures conditions d'hygiène possibles, échange de seringues, distribution de préservatifs, service de santé de base et premiers secours, conseils médicaux, accompagnement médico-psycho-social, relais vers les services adaptés pour les usagers qui souhaitent un traitement médical de leur addiction. Une SCMR peut aussi offrir des services d'aide à la personne, pour les plus précarisés ou ceux en situation de sans-abrisme, comme des repas, des boissons, des douches, des machines à laver...

L'accueil des usagers est l'élément clé des SCMR. Une SCMR doit donc comporter un espace d'attente où sont vérifiées les conditions d'accessibilité des usagers, un espace de consommation supervisé, un lieu de repos, un local de soins équipé pour faire face aux risques d'overdose où des conseils individuels psycho-sociaux ou d'orientation peuvent aussi être dispensés et une zone consacrée aux autres services comme les repas ou les douches le cas échéant.

## L'efficacité des SCMR au regard des projets menés à l'étranger

Les SCMR ne sont pas un concept récent. La première SCMR a été ouverte en Suisse en 1986, il y a donc presque trente ans. Quelques années plus tard, l'Allemagne et les Pays-Bas ouvraient les leurs. Puis, à partir du début des années 2000, de nombreuses villes mettent en place des dispositifs équivalents : Sydney en Australie, Vancouver au Canada, Barcelone, Madrid et Bilbao en Espagne, au Luxembourg et

en Norvège. En 2012, le Danemark autorise les SCMR et en 2013, c'est au tour de la France. Aujourd'hui, une centaine de ces salles existent dans le monde.

La création de SCMR dans divers pays a donné lieu à de nombreuses études. Leur impact a été analysé dans des villes aussi différentes que Sydney ou Barcelone. Il ressort de ces études que la majorité des usagers des SCMR sont des hommes de plus de trente ans, consommateurs de longue durée, souvent sans emploi, parfois sans-abris, en forte désaffiliation sociale, précarisés et éloignés des structures de soins. On y rencontre très peu de femmes et pas de mineurs.

Du point de vue de la santé, les différentes études réalisées ont constaté une nette amélioration des pratiques de consommation à risques et, forcément, des conditions d'hygiène lors de la prise de drogues. Aucune overdose n'a été recensée dans une SCMR. Les SCMR apparaissent aussi comme un moyen important d'entrer en contact avec un public fortement précarisé parfois sans couverture sociale et de l'orienter vers un parcours de soins. Elles augmentent donc l'accès aux soins de santé des usagers les plus fragilisés.

Lorsqu'elles sont implantées à proximité d'une scène ouverte, les SCMR diminuent notablement la consommation en rue et donc les nuisances qui l'accompagnent (usagers s'injectant dans les lieux publics, seringues usagées, ordures sur les lieux d'injection...). Les SCMR semblent n'avoir aucune incidence sur la consommation de drogue, ni augmentation, ni diminution. Elles n'ont pas d'impact sur la criminalité mais pourraient favoriser le deal autour de la SCMR surtout si celui-ci était déjà présent avant son installation et que le nombre de places disponibles dans la SCMR est inférieur aux nombres d'usagers, ce qui entraîne un temps d'attente des usagers aux alentours de la SCMR.

D'après les recherches réalisées, la majorité des usagers qui fréquentent les SCMR ont exprimé leur satisfaction à ne plus consommer en rue, à avoir accès à un lieu sécurisé et à bénéficier de bon-

nes conditions d'hygiène. L'accès à des conseils psycho-médico-sociaux et à des soins de base est aussi apprécié ainsi que la présence d'un personnel formé et compétent. Enfin, les SCMR sont perçues par le public cible comme des lieux de rencontre, elles participent à rompre l'isolement social des usagers les plus fragilisés.

## A quand une SCMR en Belgique ?

Pour peu qu'elles soient implantées à proximité de lieux de consommation, les SCMR atteignent le public cible visé et remplissent leur double objectif de diminuer notablement la consommation de drogues dans l'espace public et d'améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des usagers. Les craintes généralement opposées à la création d'une SCMR ne résistent pas à l'étude des nombreux projets menés sur toute la planète. Les SCMR n'augmentent ni ne normalisent la consommation de drogues. Elles n'incitent pas non plus à l'initiation de nouveaux consommateurs et ne freinent certainement pas le recours aux soins des usagers. Au pire peut-on leur reprocher de ne pas diminuer le deal aux alentours de leur implantation. Enfin, les SCMR ne contraignent pas les médecins participant au projet à rompre le Serment d'Hippocrate comme certaines critiques l'ont affirmé. Au contraire, pour paraphraser ledit serment, elles favorisent la santé des patients, soulagent leur souffrance et œuvrent pour des soins de santé accessibles à tous.\* Pourtant, alors que tous nos voisins européens en ont déjà mises en place, aucune SCMR ne semble à l'ordre du jour en Belgique. A quand, enfin, un projet pilote chez nous aussi ? ■

Marie-Hélène Salah

\* Serment d'Hippocrate sur le site Internet de l'Ordre des médecins de Belgique: <https://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-%28belgique%29/>

# Transit asbl

C'est en 1995, dans le cadre du contrat de sécurité et avec le soutien des autorités fédérales, régionales et communales, que naît à Bruxelles le Centre Transit. Transit est un centre d'accueil et d'hébergement de crise à bas seuil pour usagers de drogues. Il propose un accueil de jour et des possibilités d'hébergement de courte durée. Il dispose d'une capacité de vingt lits. Unique en Belgique, Transit offre aux usagers provenant de tout le pays un accueil de première ligne, sans conditions, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Il s'adresse aux usagers les plus précarisés et socialement marginalisés dont la situation complexe – mélange de problématiques sociale, économique, médicale et judiciaire – ferme l'accès aux structures d'aide classiques.

Le centre se veut un endroit où poser ses valises, souffler, se reposer et envisager la suite du parcours vers la réinsertion sociale et l'accès au logement : un lieu de transit.

Au fil des années, Transit a développé d'autres projets et collaborations : un comptoir d'échange de seringues avec le L.A.I.R.R. (Lieu d'Accueil, d'Information et de Réduction des Risques), l'implantation de Récupérateurs Extérieurs de Seringues Usagées (RESU) sur le territoire de la Région bruxelloise, la création de la Coordination Locale Drogues Bruxelles avec la Coordination Drogues de Saint-Gilles, l'aménagement de huit studios individuels en collaboration avec le CPAS de Bruxelles Ville, des visites aux détenus dans le cadre de leur prise en charge lors de leurs libérations conditionnelles...

# Le projet «Riboutique»

Depuis plus de vingt ans, le quartier Ribaucourt à Molenbeek est le théâtre d'un important trafic de drogues dans l'espace public. La drogue se vend, s'achète, se consomme en rue, dans les parcs, les toilettes publiques ou les berges du canal.

Depuis 2007, la plateforme associative locale «Ribaupôle» regroupe des habitants, des associations, des acteurs locaux, la commune et la police locale pour travailler ensemble sur les aspects de convivialité, de sécurité et de cohésion sociale du quartier Ribaucourt-Yser. Les constats posés par la plateforme sont clairs : Ribaucourt-Yser est un quartier particulièrement précarisé avec un taux de chômage important, une très faible mobilité sociale, un état de santé et de bien-être des habitants dégradé. Le quartier souffre d'un sentiment élevé d'insécurité. Le trafic et la consommation de drogues y génèrent violence et criminalité, et la répression est inefficace et inappropriée. En réponse à ces constats, le Projet Lama, la Mass et Transit asbl ont créé, avec le soutien du Fonds Fédéral de Lutttes contre les Assuétudes, le projet Riboutique dans l'objectif de mieux cerner et de mieux répondre aux différents aspects de la problématique de la consommation de drogues dans le quartier. L'équipe Riboutique a travaillé en partenariat avec la Plateforme Ribaupôle, la Fedito Bruxelloise, la Coordination Locale Drogues Bruxelles (CLDB) et la Plate-forme des Coordinations Locales Drogues (PCLD).

Piloté par Transit asbl, le projet vise à améliorer la prise en charge des usagers consommateurs de substances psychoactives et à créer une dynamique avec les acteurs du secteur social, des soins spécialisés et de la réduction des risques autour de la santé des usagers et de leurs besoins. Il a aussi pour objectif de mener une réflexion sur les dispositifs innovants, comme les salles de consommation à moindres risques et leur pertinence face au phénomène de scène ouverte du rond-point Ribaucourt.



Le centre Transit © Transit asbl

Durant les deux dernières décennies, le profil des usagers de drogues a évolué. D'abord issus principalement du quartier, l'origine des usagers s'est diversifiée. Aujourd'hui, ils proviennent des quatre coins de Bruxelles, voire même d'au-delà de la région.

---

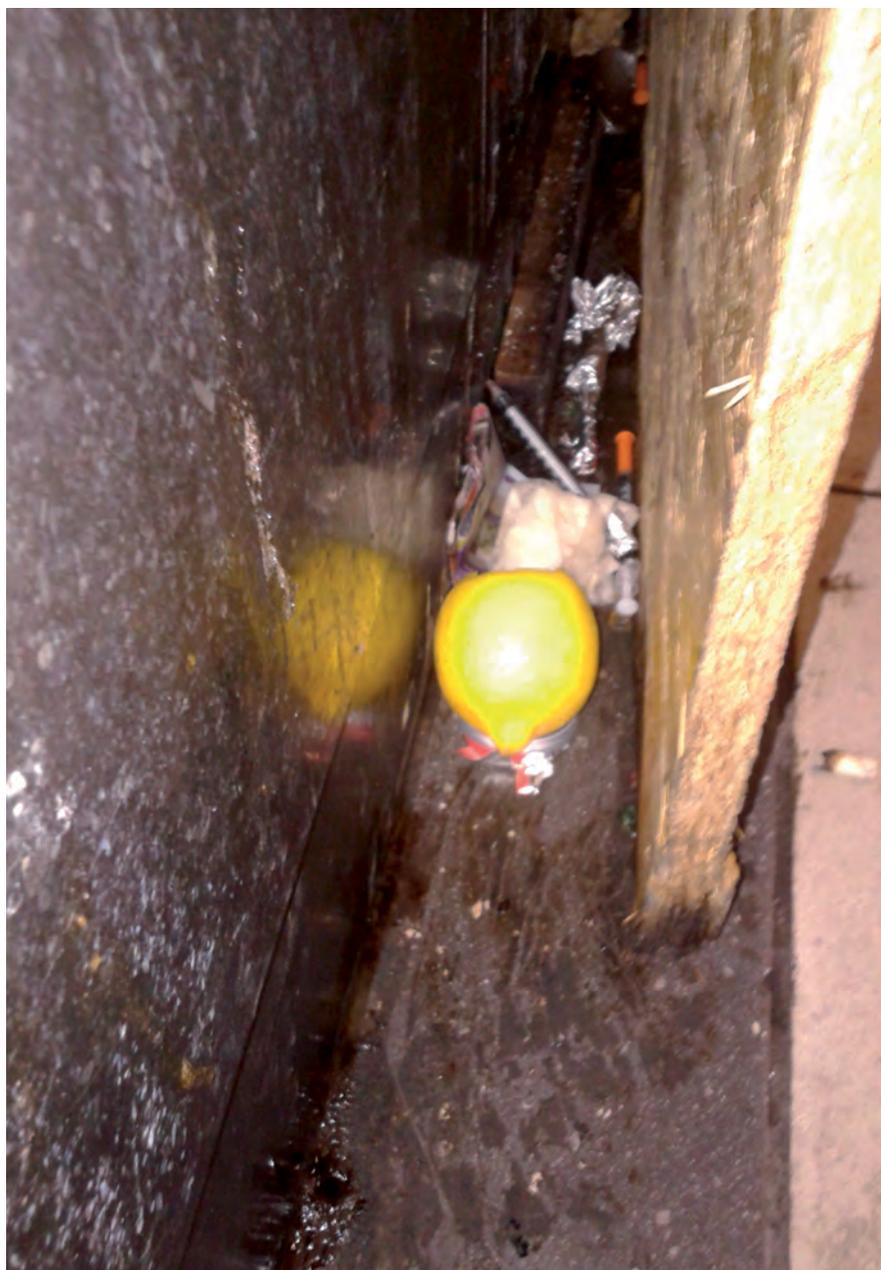
Ce nouveau public est largement méconnu des services de proximité, il ne vient que pour acheter et/ou consommer et n'a pas d'attache au quartier, ne l'habitant pas.

---

Une partie importante des usagers vivent dans une grande précarité, parfois sans protection sociale ni accès aux soins et sont en situation de désaffiliation sociale. Leur état de santé est souvent très dégradé.

Ni les nombreux investissements sociaux et urbanistiques de la part des pouvoirs communaux ni la politique sécuritaire et répressive mise en place à partir de 2012 n'ont pu répondre efficacement aux problèmes de la vente et de l'usage de drogues à Ribaucourt. Au fil du temps, la tension entre usagers et riverains excédés n'a cessé de monter pour aboutir parfois à des violences entre les jeunes habitants du quartier et les consommateurs.

Le projet Riboutique a cherché à apporter des réponses concrètes aux problématiques rencontrées sur la scène ouverte de Ribaucourt, particulièrement sur l'aide et les soins de santé à offrir aux usagers de drogues par la mise en place d'un travail



Déchets et matériel de consommation usagés dans l'espace public du quartier Ribaucourt-Yser  
© Transit asbl

en réseau et d'une équipe de médiateurs de quartier pour le soin en assuétude. Dans cette optique, les porteurs du projet ont rencontré les membres de la Plateforme Ribaupôle (autorités communales, police locale, CLES, STIB, Jeugd en stad,...), des acteurs spécialisés en assuétude issus du bas-seuil et de la réduction des risques dont Modus Vivendi et Dune, les équipes de Diogènes, d'espace P, du L.A.I.R.R., du Comptoir de Charleroi, de la CLDB, de la PCLD, de la FEDITO, de Médecins du Monde et du Samusocial.

Evidemment, dans le cadre de cette recherche-action, l'équipe de Riboutique a

aussi rencontré des usagers dans une démarche participative afin de recueillir leur opinion sur la situation. Il ressort de ces entretiens que le carrefour Ribaucourt est fréquenté par trois à quatre cents usagers en incluant les usagers « chalands » (qui ne viennent que pour acheter et repartent au plus vite) et ceux en traitement fréquentant Ribaucourt en vue d'acheter des produits illégaux. Une centaine d'usagers sont problématiques et en situation d'errance dans le quartier.

Il y a donc une double problématique à la consommation de drogue dans l'espace public à Ribaucourt : celle de la prise en

charge des usagers de drogues du point de vue de la santé et de l'accompagnement social et celle du bien-être et de la santé des riverains. Pour y faire face, le projet Riboutique cherche à proposer des alternatives innovantes. Il préconise : la mise en place d'une «coordination locale d'aide et de soins en assuétude» permettant la prise en charge des usagers, tant sur le plan déontologique que thérapeutique; un inventaire des besoins et des ressources afin de mieux connaître les usagers et leurs besoins; une identification des acteurs locaux; la mise en place de dispositifs innovants répondant à la problématique des scènes ouvertes et de la consommation de rue comme les salles de consommation à moindres risques; les services à bas seuil; l'accompagnement social et les dispositifs de réduction des risques.

---

Ces propositions permettraient de pacifier le quartier et de rendre aux habitants une qualité de vie qu'ils ont perdu; elles répondraient aussi aux besoins des usagers de plus en plus précarisés et isolés en améliorant l'accès aux soins et l'accompagnement social.

---

Le quartier Ribaucourt semble être à Bruxelles celui où l'ouverture d'une salle de consommation à moindres risques apporterait des réponses aux nombreux problèmes. ■

Marie-Hélène Salah

## Pour plus d'informations :

- **La Plate-forme de Réduction des Risques** est une initiative de plusieurs acteurs issus de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Elle milite en faveur d'une politique de Réduction des Risques en matière de consommation de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles (Belgique). Sur son site sont disponibles de nombreux documents sur la question des salles de consommation à moindres risques .

A signaler particulièrement : un dossier très documenté : François Baufays, Salles de consommation à moindres risques (SCMR) : une tentative de réponse pragmatique à un phénomène multi-factoriel, Dossier d'information, Décembre 2012, FEDITO asbl

### **Plate-forme de Réduction des Risques**

Courriel : [info@reductiondesrisques.be](mailto:info@reductiondesrisques.be)

Téléphone (FEDITO BXL asbl) : +32 (0)2 514 12 60

Site Internet : <http://reductiondesrisques.be>

- **La Fédération Bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes** (FEDITO BXL) fédère 25 institutions actives dans l'information, la prévention, la réduction des risques, les soins et l'accompagnement relatifs aux consommations de substances psychoactives et aux addictions. Elle a mis en ligne un dossier sur les salles de consommation à moindres risques ainsi que des documents et actualités.

### **FEDITO BXL asbl**

Rue du Président, 55

1050 Bruxelles (BELGIQUE)

Tél. : +32 (0)2 514 12 60

Fax : +32 (0)2 513 81 44

Email : [courrier@feditobxl.be](mailto:courrier@feditobxl.be)

Site Internet : <http://www.feditobxl.be>

- **Transit asbl, Centre d'accueil et d'hébergement pour usagers de drogues**

Rue Stephenson, 96

1000 Bruxelles

Tel : +32 (0)2 215.89.90

Fax : +32 (0)2 215.60.10

Email : [transit.asbl@gmail.com](mailto:transit.asbl@gmail.com)

Site Internet : <http://users.skynet.be/transitnet>

# Promotion de la santé à Bruxelles : les changements se profilent à la rentrée

Bruxelles Santé a rencontré, une année après son entrée en fonction, la ministre en charge de la prévention et de la promotion de la santé à Bruxelles, Cécile Jodogne. C'était l'occasion d'en savoir plus sur les changements qui vont concerner le secteur dans les mois qui viennent : 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat, nouveau décret ambulatoire et décret promotion de la santé... Cécile Jodogne nous parle de sa vision de la santé pour les Bruxellois et de l'avenir du secteur.

**Bruxelles Santé : La dernière enquête santé des Belges est sortie cette année. Si ses résultats réservaient de bonnes surprises comme le classement des Bruxellois en tête de la consommation de fruits et légumes (46 % des habitants atteignent la quantité recommandée de légumes par jour et 62% consomment des fruits tous les jours), ils ont également confirmé l'augmentation des inégalités sociales de santé : 22% des Bruxellois expliquent avoir dû reporter des soins en raison de problèmes financiers et 29% des jeunes bruxellois n'ont jamais été chez le dentiste.**

**Une forte proportion de Bruxellois (40%) rencontrent aussi des difficultés psychologiques. Comme Ministre en charge de la prévention et de la promotion de la santé, quelles vont être vos priorités et axes de travail pour répondre aux spécificités de santé des Bruxellois ?**

**Cécile Jodogne :** A Bruxelles, comme dans toutes les grandes villes, les inégalités sociales de santé sont particulièrement criantes. Les politiques spécifiques pour y répondre doivent être maintenues, particulièrement par rapport à la situation des femmes qui, pour moi, reste une question sensible. Mais, agir sur les inégalités sociales de santé ne peut se limiter à une intervention sur l'aspect santé.

D'autres déterminants sont intimement liés comme la question du logement, l'isolement social, l'absence d'emploi, une situation sociale précaire...

Il y a un travail de sensibilisation à faire auprès des secteurs et intervenants autres que ceux de la santé, des projets communs à créer, une expertise commune à valoriser. Je souhaite que la santé devienne un enjeu transversal des différentes politiques bruxelloises.

Pour répondre aux enjeux de santé bruxellois, différentes approches peuvent coexister : généraliste, centrée sur un public cible large comme les femmes, ou de santé communautaire ou encore ciblant un public spécifique sur une thématique précise, le sida, le tabac ou l'alcool par exemple. Les approches ciblées en promotion de la santé doivent

permettre de rencontrer les publics vulnérables comme les personnes en situation de dépendance qui, souvent, cumulent risques et problèmes de santé. Les assuétudes bien que ne concernant pas seulement un public précarisé, sont beaucoup plus compliquées à aborder lorsqu'elles se cumulent à des problèmes socio-économiques.

Pour autant, d'autres thématiques comme celles du diabète ou des maladies cardiovasculaires, enfin tout ce qui ressort des attitudes saines, concernent tout le monde. Dans cette optique, je souhaite développer une approche « tout public » et sensibiliser davantage les première et deuxième lignes aux attitudes saines afin d'amplifier le travail des associations, de toucher le public le plus large possible et de renforcer l'approche multi-disciplinaire. Par rapport aux attitudes saines, je vais d'ailleurs proposer au gouvernement bruxellois de soutenir un projet porté par la Fédération des maisons médicales. Centré sur l'alimentation saine, ce projet ciblera un public fragilisé qui n'a pas la possibilité ou les réflexes d'acheter des aliments bons pour la santé. En ne perdant pas de vue que l'alimentation saine concerne tout le monde et que les mauvaises habitudes alimentaires se retrouvent dans toutes les couches de la population.



Je suis aussi attentive à d'autres problématiques. J'ai obtenu lors de la conférence inter-ministérielle à la fin du mois de juin, la relance du plan sida, VIH et maladies sexuellement transmissibles avec l'accord de l'ensemble des ministres ayant des compétences en santé aux différents niveaux de pouvoirs. Le plan alcool est également relancé à mon initiative. Dans l'enquête santé des Belges, les questions liées à la santé mentale et aux nombreuses personnes qui disent se sentir mal ou souffrir de problèmes plus graves m'ont interpellée. On ne peut pas seulement y répondre par

l'hospitalisation ou la mise sous traitement médicamenteux. Une approche de santé communautaire qui permet de travailler avec les personnes dans leur milieu de vie est plus adaptée et offre une prise en charge plus globale. Enfin, j'espère avoir les marges budgétaires pour pouvoir ouvrir une ou deux maisons médicales supplémentaires.

---

Mais ma première priorité est institutionnelle : la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat, le transfert de compétences et la mise en place d'un cadre réglementaire et institutionnel qui accompagne cette réforme.

---

Il n'y aura pas de grands bouleversements du paysage santé, pas de révolution. Il s'agit plutôt de dégager des marges budgétaires pour soutenir et développer les projets existants, de favoriser les collaborations entre les compétences et les politiques liées à la santé et dépendant de différents ministres, de faire en sorte que les problématiques comme le logement, l'emploi, l'isolement social par exemple soient aussi pensées dans leurs conséquences sur la santé physique ou mentale.

**B.S. : La 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat -que votre parti s'est engagé à appliquer mais qu'il n'a pas négocié- a plongé le secteur de la promotion de la santé dans l'insécurité. Où en est la mise en place de la réforme ? Quels sont les changements législatifs en vue ?**

C.J. : La mise en place de la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat est un vrai défi. Elle suscite des inquiétudes très compréhensibles de la part des acteurs, des opérateurs de terrain et des porteurs de projets. Au niveau politique-même, il reste de nombreuses incertitudes. Cette réforme n'a pas été préparée de façon détaillée et nous nous retrouvons face à des situations

compliquées. Depuis un an, mon équipe et moi-même sommes essentiellement concentrées sur la réforme, sa mise en oeuvre et ses conséquences.

Par ailleurs, je pense qu'il est indispensable de sortir le plus vite possible de la situation de stand still qui couvre l'année 2015 et a été octroyée par la majorité précédente via le protocole d'accord entre la Cocof, la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Région wallonne et ce pour gérer la phase transitoire du transfert de compétences et la mise en place des structures pour les accueillir.

---

## A la rentrée nous devrions pouvoir proposer au parlement un avant-projet de décret sur la promotion de la santé.

---

C'est assez ambitieux et je ne suis pas encore certaine que nous y arriverons, mais nous espérons que le décret pourra être mis en oeuvre début 2016 pour sortir rapidement de cette phase de stand still.

Parallèlement à la réforme de la promotion de la santé, nous poursuivons la révision du décret ambulatoire lancée par le gouvernement précédent à la demande du secteur. Le travail sur ces deux décrets, ambulatoire et promotion de la santé, a été réalisé avec une large concertation du secteur, des différentes fédérations ainsi que des fonctionnaires qui ont une connaissance et une expertise importante. Nous les avons consultés dès l'avant-projet. D'ailleurs, la plupart des remarques qui nous ont été communiquées par l'administration ont amené à des modifications du projet de décret. Nous tenions à ce que la réflexion

reste la plus ouverte possible ce qui ne veut pas dire que nous avons pu lever toutes les inquiétudes car nous restons tenus par de nombreuses contraintes particulièrement budgétaires.

Nous déposerons donc deux décrets dans un délai très court. Avec la gestion du basculement des institutions subventionnées par l'INAMI de la Cocof vers le bicommunautaire qui s'est achevé fin de l'année passée, c'est un vrai défi pour mon équipe et moi-même en particulier ! Enfin, il y aura également la création de l'OIP au niveau de la cocom. Je ne fais pas partie du Collège de la COCOM mais nous avons évidemment des contacts avec Didier Gossuin. L'OIP gèrera, bien sûr, les allocations familiales mais est aussi appelé à être un véritable INAMI bruxellois.

**B.S. : Plus précisément, pourriez-vous déjà esquisser les grands axes du nouveau décret qui organisera la promotion de la santé ?**

Dans un secteur comme celui-ci, il ne s'agit pas de figer les choses, de s'enfermer dans des lignes ou des projets trop définitifs. Ce futur décret doit pouvoir répondre à des enjeux imprévus, à des situations évolutives. Il y aura donc une certaine souplesse à la fois dans l'évolution des projets et des priorités politiques. Nous souhaitons aussi pouvoir suivre les projets, leur élaboration, leur planification, leur mise en oeuvre et leurs résultats. Mon parti insiste depuis très longtemps pour qu'il y ait davantage d'évaluation des politiques menées, le futur décret reflètera cette volonté. Mais, il s'agira avant tout de stabiliser les équipes et les projets dans le cadre d'une large concertation qui valorise toutes les expertises de terrain et puisse aussi répondre aux priorités déterminées par le politique. Bien sûr, les politiques ne déterminent pas leurs priorités *ex nihilo*, ils s'appuient sur les constats souvent posés par le terrain lui-même.

L'autre enjeu est la concertation de tous les acteurs tant interne qu'externe, comme nous l'avons pratiqué lors de la

réflexion sur l'élaboration du décret, c'est-à-dire les intervenants de la promotion de la santé mais aussi des acteurs d'autres secteurs avec lesquels des collaborations peuvent être mises en place par exemple par rapport aux déterminants de la santé ou des acteurs qui travaillent aussi dans le domaine de la santé mais sous la compétence du fédéral ou de la COCOM. La concertation doit aussi permettre de faire appel à des experts d'autres domaines pour enrichir la réflexion, pour nourrir les structures de pilotage et les structures opérationnelles qui vont accompagner les projets, les évaluer et éventuellement les orienter. Enfin, cette concertation devra aussi tenir compte de ce qui se développera au niveau de la COCOM et du plan santé bruxellois.

---

## Les grands axes thématiques resteront la santé communautaire, les réseaux, la réduction des risques et la médecine préventive.

---

Dans ce cadre, nous voulons développer le soutien aux acteurs de première ligne et mettre en place une deuxième ligne qui apporterait un support méthodologique et thématique. Ensuite, et c'est une nouveauté, nous allons mettre en place un centre régional d'appui de promotion de la santé qu'on pourrait appeler une troisième ligne. Ce centre doit permettre d'élaborer des expertises plus larges internes et externes, susciter des collaborations et des ponts et, enfin, guider l'ensemble de la politique mise en place.

**B.S. : Comment pensez-vous assurer la couverture des besoins « santé » des Bruxellois ?**

C.J. : Le tissu associatif et institutionnel de proximité en matière de santé est très développé et efficace à Bruxelles, beaucoup de choses remarquables s’y mettent en place. Par contre, l’articulation entre les différents acteurs et projets pourrait être améliorée. Dans le cadre du nouveau décret, il faudra aussi veiller à la complémentarité et éviter la concurrence ou la redondance des projets particulièrement entre les associations qui émergeaient des subsides d’initiative de la Cocof et celles qui dépendaient de la Fédération et dont nous héritons. Nous veillerons à ce qu’il n’y ait pas de projets doublons. Mais, actuellement, nous sommes encore en phase d’analyse des actions menées sur l’ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de celles qui concernent plus spécifiquement Bruxelles.

---

A l’analyse, je constate aussi qu’une partie importante des budgets des associations du secteur est consacrée à la gestion administrative, comptable, du personnel et aux frais engendrés par les locaux occupés.

---

Je vais proposer de « rationaliser » les coûts. J’entends, par « rationaliser », réfléchir à des manières plus efficaces de gérer ces aspects comme les locaux partagés qui permettraient des économies d’échelle, la mutualisation de certaines fonctions ou achats... Les moyens financiers ne vont malheureusement pas augmenter dans les années à venir.

Si on souhaite dégager des moyens supplémentaires pour améliorer la santé des Bruxellois, réduire les inégalités sociales, etc., il faut utiliser l’argent disponible de la manière la plus efficace et efficace possible. Lorsque je leur en ai parlé, certaines associations m’ont indiqué y penser déjà. Dans cette même volonté de rationaliser pour toucher le plus de personnes possible, l’impact géographique des projets est important : deux maisons médicales sont inutiles dans un même quartier alors que l’une des deux aurait un sens dans un quartier qui en est dépourvu. Ce qui compte, c’est une bonne couverture.

**B.S. : Quel impact ces changements auront-ils sur les structures qui étaient subsidiées par la Fédération Wallonie-Bruxelles ?**

C.J. : Nous traversons une période de défis mais aussi de difficultés et nous sommes attentifs à ne pas fragiliser les associations et les institutions. Mais ces changements demandent des adaptations inévitables car les règles de la Fédération et celles de la Cocof diffèrent parfois et il est impossible d’autoriser ce qui est explicitement interdit par la réglementation de la Cocof. Je ne peux pas sortir du cadre défini. Il s’agit aussi d’une question d’équité par rapport aux autres associations. Nous sommes conscients que ces nombreux changements sont importants et créent pas mal d’inquiétude, mais nous avons prévu une phase transitoire.

Pour les associations qui travaillent à la fois pour la Région wallonne et la Cocof, cette année, nous avons appliqué la clé de répartition un tiers/deux tiers ; à quelques exceptions près par exemple pour le Fares où la clé de répartition a été moitié/moitié car on sait que la tuberculose est plus présente à Bruxelles. Mes collègues du gouvernement bruxellois et moi-même, voulons qu’en 2016 cette répartition reflète plus justement la réalité. Nous demanderons aux associations qu’elles évaluent leurs actions, y compris en termes de budget, de temps et de personnel impliqué, en fonction du territoire sur

lequel elles sont menées, en région bruxelloise ou en région wallonne. Bien entendu, pour les acteurs de deuxième ligne dont les actions concernent les deux régions, nous dégagerons des solutions en concertation avec la Région wallonne.

**B.S. : Cette première année de législature a donc été consacrée aux changements institutionnels. Comment avez-vous abordé vos nouvelles compétences ?**

C.J. : Lorsque j’ai pris mes fonctions, j’ai eu un autre défi à relever : si je connaissais bien le fonctionnement de la Cocof et Bruxelles, je maîtrisais peu les matières de prévention et de promotion de la santé. Evidemment, mes fonctions politiques à Schaerbeek m’ont sensibilisée aux enjeux d’inégalités sociales, de diversité culturelle, aux problématiques qu’on retrouve dans des quartiers plus fragiles ; tout cela ne m’était pas inconnu. Mais, par contre, j’ai dû me familiariser avec les quelque 200 associations, institutions ou structures du secteur : celles qui sont subventionnées dans le cadre du décret ambulatoire, celles qui le sont dans le cadre des projets d’initiative, celles dont nous héritons de la Fédération suite à la 6<sup>ème</sup> réforme de l’Etat, les acteurs de première ligne, de deuxième ligne, de troisième ligne... Il m’a fallu prendre tout cela à bras-le-corps !

Pour bien comprendre les enjeux, j’ai tenu à rencontrer directement les acteurs du secteur, même si je n’ai évidemment pas pu rencontrer 200 associations. J’ai donc effectué des visites de terrain, reçu des fédérations, visité différentes associations, comme l’Equipe à Anderlecht, une maison médicale à Schaerbeek, Modus Vivendi, Lama à Molenbeek ou la Cité Sérine qui va lancer l’accueil des soins palliatifs à Schaerbeek... Pour moi, 2015 a été une année très riche ! ■

*Propos recueillis par Marie-Hélène Salah*

# L'intersectorialité : « on n'est pas tombé dedans quand on était petit » !

Se concerter, se coordonner, créer du partenariat, des liens entre les secteurs est une évidence pour les travailleurs psycho-médico-sociaux. Sur le terrain, force est de constater que la tâche s'avère peu aisée.

Mais alors quelles en sont les raisons ?

Pendant trois ans, le CBPS et l'asbl Repères ont mené une recherche exploratoire en rencontrant des acteurs de différents champs sectoriels. Cet article vous livre quelques éléments de cette recherche. Le CBPS espère bientôt diffuser une synthèse éclairante et accessible pour tous les travailleurs des secteurs concernés par la question.

Le travail en réseau est incontournable. Il semble évident que les projets, tout comme les usagers, gagnent à rencontrer des travailleurs d'institutions de différents secteurs pour créer des partenariats autour de missions communes. Une série d'obstacles sont régulièrement évoqués. Les agendas sont trop chargés. Il devient presque impossible de dégager du temps pour des partenariats externes qui, par ailleurs, représentent une surcharge de travail. Les travailleurs concernés observent aussi souvent que leurs collègues d'autres secteurs éprouvent de grandes difficultés à se représenter les réalités de leur travail et ses spécificités, ce qui complique les collaborations. Il est souvent très problématique de tenter de superposer les mandats et les missions, de même que les règles déontologiques ou les modes d'intervention propres aux différents secteurs.

Les pratiques de travail intersectoriel semblent davantage sous-tendues par des obligations structurelles, des nécessités de terrain que portées par une véritable réflexion de fond. Bien entendu, tous sou-

tiennent l'intérêt de réfléchir et d'organiser le travail en commun mais les barrières évoquées handicapent la mise en œuvre d'une logique de travail intersectorielle et de partenariat.

Ces constats, le Centre Bruxellois de Promotion de la Santé et l'asbl Repères y sont régulièrement confrontés dans leurs pratiques d'accompagnement de projet et de formation.

Les deux structures inscrivent leurs activités dans le cadre de la promotion de la santé qui a pour but de réduire les inégalités d'accès à la santé. Il s'agit de rendre les individus et les collectifs plus autonomes quant à la prise en charge de leur santé. Celle-ci est considérée comme un état d'équilibre de la personne intrinsèquement lié à un ensemble d'éléments psychologiques, sociaux, environnementaux, culturels, économiques. S'inscrire dans une démarche de promotion de la santé signifie penser les liens entre santé, social, enseignement, logement, culture, environnement... faire de l'intersectorialité.

## Une recherche pour en savoir plus

L'intersectorialité serait-elle donc si problématique à mettre en œuvre ? Ne serait-il pas important d'approfondir cette réflexion afin de mieux comprendre les freins et les leviers du travail intersectoriel ? Le CBPS et l'asbl Repères ont décidé d'entreprendre un travail de réflexion commun au travers d'un projet de recherche exploratoire.

Le travail se déploie en trois étapes. La première est dédiée à la construction du processus de recherche soutenue par un comité d'accompagnement constitué à cet effet. Celui-ci est imaginé comme un véritable espace de maturation du processus de recherche. Il constitue pour les deux institutions, un tiers, lui-même intersectoriel et susceptible de faire écho aux pluralités de pratiques, de langages et de représentations : l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, le CBCS (Conseil Bruxellois de Coordination Socio-politique), la Strada (Centre



cbps©surlefil2012

d'appui au secteur bruxellois de l'aide aux sans-abris), le SALS (Service d'Accompagnement des Locataires Sociaux), Forest Quartiers Santé, l'Entr'Aide des Marolles, le SMES, la commune de Jette. Outre l'apport de structures témoignant de pratiques différentes, l'ensemble de ces institutions permet aussi de réunir des secteurs différents : santé publique, grande précarité, logement, action sociale, santé communautaire, santé mentale, politique communale et politique régionale.

Dans un second temps, il s'agit de proposer aux dispositifs intersectoriels existants un temps de prise de recul et d'analyse de leur fonctionnement. L'idée est que la démarche permette également aux groupes de dégager des éléments qui puissent

enrichir leur fonctionnement et celui de leurs participants, la méthodologie étant élaborée à l'image de ce qui est étudié. L'analyse transversale du matériel et les pistes de travail dégagées constituent la troisième étape du processus.

## Une méthodologie participative

La méthodologie s'inspire de la Méthode d'analyse en groupe (MAG<sup>1</sup>) telle que développée par Abraham Franssen et ses collaborateurs. Elle constitue un outil d'analyse des dispositifs complexes d'action sociale d'autant plus intéressant qu'il associe directement au processus de re-

cherche les acteurs concernés. En effet, le travail s'élabore sur base de récits de situations choisies par les participants dans leur pratique quotidienne en tant qu'éléments significatifs et représentatifs des dispositifs à étudier. Ces récits sont ensuite analysés par le groupe au travers des éléments questionnés par l'ensemble des participants, par la confrontation des regards sur la situation et par les pistes qui s'en dégagent. Ce travail est articulé par une méthode cadrée et validée. Il s'agit donc bien de produire du savoir sur chaque dispositif, savoir élaboré par les membres du groupe à propos de leur action commune, ici le dispositif intersectoriel, afin d'en améliorer son fonctionnement. Cette méthodologie a dû être adaptée aux spécificités de la recherche et des dis-

positifs qui en font l'objet. Un travail a été mené, préalablement, avec un membre actif du réseau MAG, afin de rendre possible la mise en œuvre de la MAG dans ce contexte tout en respectant les principes. Cinq dispositifs se sont engagés dans ce processus.

## Quelques résultats

Une série de tendances émergent des données recueillies grâce aux séances de MAG, tendances qui ne peuvent être considérées que comme des hypothèses à valider en poursuivant le travail avec d'autres dispositifs pour évaluer la généralisation des constats.

## L'intersectorialité : pour faire quoi ?

L'analyse du matériel fourni par les MAG fait ressortir un premier constat : il n'y a pas une intersectorialité mais plusieurs manières de mettre en œuvre des collaborations entre secteurs et entre institutions.

Première modalité : la nécessité de trouver des solutions à des situations concrètes et d'analyser ces situations pour mieux les comprendre, dans le but d'améliorer la pertinence des solutions ou des dispositifs. Toutefois, ces missions confiées aux dispositifs intersectoriels nécessitent d'être clairement définies afin de leur permettre de se doter d'outils et de méthodes adéquats par rapport aux objectifs.

Deuxième modalité : le besoin de se connaître. L'espace intersectoriel peut constituer une réponse à la méconnaissance des institutions et des secteurs les uns par rapport aux autres en termes de missions, de modes de fonctionnement, de logiques d'intervention. Le dispositif répond ici au souhait des participants de pouvoir débattre de leurs pratiques selon des modalités conviviales.

« Une étape importante est d'explicitier comment chacun travaille dans son institution. Et ensuite, on peut passer par une réflexion commune où on sait de quel point de vue parle chaque personne. »  
Troisième modalité : l'aspiration des travailleurs à échanger des manières de voir en termes d'éthique, de valeurs, de projets de société. Le dispositif intersectoriel vient dans ce cas répondre à une recherche de sens.

Ces logiques, souvent peu définies et parfois co-existantes, déterminent bien évidemment les pratiques intersectorielles. Il convient de les repérer car elles appellent des moyens, des temps et des espaces différents et réclament des mandats précis de la part des institutions.

## Le dispositif intersectoriel : pour moi d'abord...

Les dispositifs intersectoriels semblent instaurer la personne au centre de leur fonctionnement et les travailleurs qui y sont inscrits paraissent investir le lieu sur base de leurs attentes personnelles, comme une ressource pour trouver ce qu'ils estiment recevoir peu au sein de leur institution en termes de convivialité, de créativité, de valorisation. Cet espace est alors investi comme un en-dehors de l'institution permettant d'en contourner, parfois, le cadre et les règles souvent lourdes à porter.

« Ici on nous pousse à être nous-mêmes et donc ça nous renforce et surtout on peut dire des choses. »

Mais, par ailleurs, dans un même temps, les travailleurs expriment le besoin de se sentir soutenus dans le mandat qui leur est donné au sein de l'espace intersectoriel et qui assure leur place au sein du dispositif. Etre soutenus par l'institution pour pouvoir s'en dissocier afin de la représenter, cette ambivalence semble inté-

ressante à décrypter. Une des hypothèses des chercheurs est que la souffrance au travail des intervenants sociaux face à la complexification des situations, à la vulnérabilité de leur position, à l'urgence à laquelle ils se trouvent confrontés en permanence est déposée dans ce lieu tiers où elle peut être entendue et partagée grâce à la transversalité des projets dont il y est question.

« Quand on vient dans son équipe avec une nouvelle activité du réseau, on s'imagine qu'elle va la cautionner. Mais il peut y avoir un certain clivage entre ce qui se passe et se dit au sein du réseau et ce qui est avalisé et transmis aux équipes. Se mettre ensemble et parler, c'est parfois difficile. »

Toutefois, cette ambivalence des travailleurs face au dispositif est accentuée par celle des institutions. Force est de constater que les institutions semblent peu enclines à s'engager vraiment dans des pratiques et des dispositifs intersectoriels qui apparaissent comme une obligation supplémentaire venant s'ajouter à l'insécurité liée aux problèmes de concurrence, de financement et au poids des problématiques internes. Sans doute manquent-elles en leur sein d'une réflexion sur l'approche concertée des situations et probablement ont-elles peu de repères par rapport à ce que suppose la collaboration inter-institutions et intersectorielle. Mais elles ne sont certainement pas aidées en cela par les politiques d'agrément et de financement qui renforcent, au contraire, le cloisonnement des secteurs et la rivalité entre institutions.

## Quel cadre ? Pour qui ? Pour quoi ?

« L'institutionnalisation, c'est lorsqu'un travailleur, dans ce qu'il amène dans une situation, n'est plus que l'émanation de son institution. Effectivement, il y a un cadre de travail mais à quel moment peut-

il s'en détacher ? En a-t-il l'autorisation, la capacité, la possibilité pour pouvoir se positionner en tant que professionnel ? Un professionnel avec des compétences, avec une déontologie qui peut rejoindre celle des autres... »

Le dispositif intersectoriel est, de par sa nature, un espace de confrontation de cadres et, par nécessité, un lieu générateur de cadre, celui du fonctionnement du dispositif. Ceci questionne bien entendu la fonctionnalité de ce cadre.

Lors des MAG, on peut remarquer que cette question du cadre se pose de manière variée au sein des dispositifs. Mais deux choses importantes apparaissent. Les participants pensent qu'un engagement clair de leur institution dans le dispositif intersectoriel favorise le fonctionnement de celui-ci. Pourtant, en même temps, ils se plaignent de la difficulté de porter dans cet espace les enjeux de leur institution. Peut-être, et cela reste une hypothèse, parce que la participation au dispositif peut permettre une remise en question du cadre de leur structure.

Par ailleurs, au sein-même du dispositif intersectoriel, la structuration du cadre semble estompée. Quelques éléments récurrents apparaissent comme ce qui a trait à l'organisation du travail du dispositif (participation, rythme de travail, organisation des tâches). La fonction de coordination est prépondérante.

Il est probable qu'ici encore, le rapport peu investi des institutions aux dispositifs intersectoriels entraîne un désinvestissement des questions relatives au cadre et ce d'autant plus que les travailleurs peuvent nourrir ces espaces avec des attentes individuelles fortes.

Or les chercheurs rappellent que l'adaptabilité des cadres de travail peut générer des confusions vis-à-vis des places et des rôles des individus et des institutions. Ils insistent sur le fait que la structuration des dispositifs intersectoriels garantit leur

crédibilité, leur reconnaissance et la qualité des rapports avec les secteurs et les institutions et partenaires.

## L'ambiance... ce qui autorise

L'ambiance, c'est sans doute ce qu'il y a de plus fragile. Ce qui va faire que quelque chose bouge et ainsi permettre qu'on puisse passer à autre chose. L'ambiance agit comme une sorte de laisser être.

Jean Oury écrivait « Cela se sent, il y a une certaine odeur, une saveur, une atmosphère qui est là, comme ça. L'ambiance peut permettre qu'il y ait du désir, de la décision et rend possible une relation de confiance qui fait qu'on n'est pas là « pour quelque chose » mais qu'on est là parce qu'on est là. »

Tout au long de ces rencontres avec les travailleurs, ceux-ci ont souligné l'importance que revêt cette dimension. Elle évoque la convivialité, le plaisir de travailler ensemble qui permet de partager des valeurs qui les mobilisent, qui donnent le sentiment de vivre quelque chose

d'important mais aussi d'utile et porteur de sens. Cette convivialité s'apparente à un mouvement, une dynamique, à quelque chose de spontané, éloigné de toute contrainte.

Dans cet élan, la « bonne collaboration » se transforme en « bonne entente » et en plaisir de travailler ensemble qui favorise la liberté d'adapter les règles, de « leur tordre le coup », d'assouplir les engrenages et d'assainir des situations vécues par les usagers ou des modes de fonctionnement. Il s'agit de « se lâcher », de déployer de l'ingéniosité pour trouver des solutions inédites, co-construire des projets où les ressources de chacun seront mutualisées.

L'« ambiance » c'est ce qui favorise l'accordage ; cette écoute mutuelle en recherche de la meilleure solution possible. ■

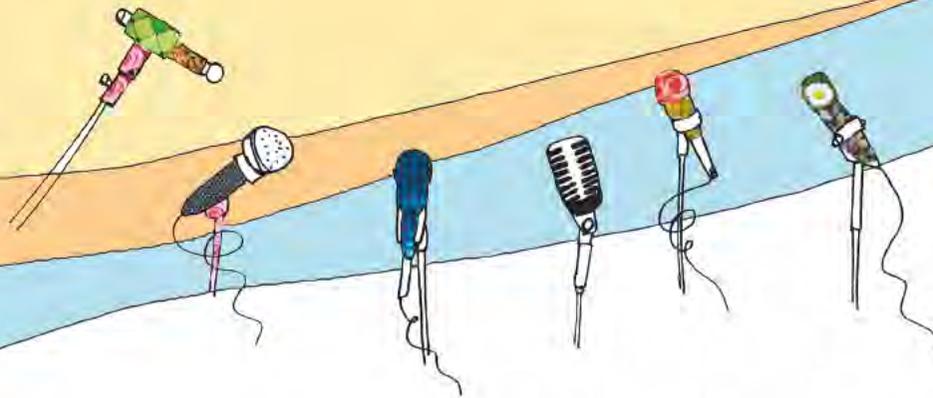


Le CBPS

1. Van Campenhoudt L., Chaumont J.M., Franssen A., *La méthode d'Analyse en groupe, Coll Psycho Sup, Dunod, 2005.*



cbps@surléfil2012



### Assurance autonomie : ne pas obliger les Bruxellois à choisir entre le système flamand ou wallon

Alors que la Flandre dispose de sa « zorgverzekering » depuis 2001 et que la Wallonie vient récemment d'annoncer sa volonté de mettre sur pied début 2017, une assurance autonomie favorisant le maintien à domicile des personnes âgées, handicapées ou gravement malades, les Bruxellois, eux, attendent toujours.

Il faut dire que l'accord de majorité bruxellois est plutôt modéré sur le sujet, se contentant d'annoncer une étude de faisabilité, qui en outre devra mettre « la question de la soutenabilité financière (...) au centre des préoccupations. »

Cette prudence n'est pas étonnante au vu des positions adoptées récemment par différents partenaires de la majorité : la ministre Fremault affirmant qu'elle croit « réellement » en une assurance autonomie bruxelloise, les FDF défendant quant à eux la coexistence à Bruxelles de deux systèmes concurrents : un francophone et un néerlandophone. Dans cette hypothèse, les Bruxellois auraient le choix entre cotiser et bénéficier soit de la *zorgverzekering* flamande, soit de l'assurance autonomie wallonne. On se retrouverait donc avec deux systèmes concurrents et non coordonnés entre eux,

et surtout non coordonnés avec toute la politique sociale et de santé dont est en charge la COCOM, notamment les soins à domicile !

Ecolo, avec Groen, défend au contraire une politique intégrée de social/santé à Bruxelles, aux mains d'une et une seule entité : la Région (via la COCOM). La volonté de cohérence, le souci d'empêcher les sous-nationalités, la promotion de l'égalité de traitement entre Bruxellois, ainsi que la responsabilisation politique des élus régionaux appellent un système spécifique à Bruxelles, valable pour tous les Bruxellois !

*Alain Maron*

*Chef de groupe Ecolo au Parlement francophone bruxellois*

### Le combat pour la reconnaissance de la fibromyalgie

La fibromyalgie, une maladie au nom aussi complexe que ses tenants et aboutissants, est peu connue du grand public et parfois même des médecins. Ses origines remontent à la découverte de la fibrose au début du 20<sup>ème</sup> siècle, une affection

musculaire caractérisée par des douleurs chroniques. Le syndrome survient majoritairement chez la femme et débute généralement vers la quarantaine.

C'est en 1992 que la fibromyalgie a finalement été incluse dans la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes (ICD-10) par l'Organisation Mondiale de la Santé sous la catégorie « Autres affections des tissus mous, non classées ailleurs ». C'est une maladie au diagnostic difficile et à l'impact sociétal fort : douleurs musculo-squelettiques chroniques, déficit de l'attention, comorbidité... Pourtant, sa reconnaissance en Belgique est encore limitée.

La personne souffrant de fibromyalgie entre dans le programme « Priorité aux malades chroniques », dont le statut est octroyé depuis 2014 moyennant certaines conditions aux personnes souffrant de fibromyalgie. Toutefois, la hauteur des frais médicaux crée des disparités en la matière. Dans ce contexte, le Parlement francophone bruxellois a récemment pris une position cohérente sur le sujet à l'occasion de la Journée internationale de la fibromyalgie.

L'ambition affichée est de promouvoir la sensibilisation à la maladie chez les professionnels de la santé et de poursuivre la recherche orientée vers la compréhension des mécanismes de la

douleur chronique. Enfin, il est primordial de favoriser la réhabilitation des patients atteints de fibromyalgie dans leur activité professionnelle afin préserver la qualité de la vie sociale, et de lutter contre la stigmatisation dont ils sont victimes. Le Parlement francophone bruxellois a donc franchi un pas important vers une reconnaissance véritable de la fibromyalgie.

*Martine Payfa  
Députée FDF*

*Présidente de la Commission Santé du  
Parlement francophone bruxellois*

## **Penser la ville, et non la panser**

Le secteur bruxellois de la Promotion de la santé est, pour le moment, au cœur d'un tournant. Réforme de l'État couplée à l'accord intra-francophone oblige, la ministre l'avait déjà annoncé : un nouveau décret est en cours de finalisation. C'était également dans la déclaration de politique générale. Les enjeux sont importants. Pour le secteur, pour ses travailleurs, pour les nombreux partenaires actuels et potentiels, et surtout pour la population bruxelloise. A de nombreuses reprises nous avons plaidé pour une valorisation réelle des compétences de la promotion de la santé. Dans les processus d'évaluation des politiques, dans la déclinaison des matières telles que le logement, l'urbanisme, la mobilité, l'environnement... Ceux qui oeuvrent à la promotion de la santé voient comment

faire vivre le concept de transversalité, car c'est précisément aux effets pervers du manque de transversalité qu'ils sont confrontés au quotidien. Penser la ville ne peut pas se résumer à panser la ville. Combattre les inégalités sociales de santé, objectif politique majeur, impose une vision globale et intégrée, mutualisant les outils et décloisonnant les compétences. Le nouveau décret ouvrira-t-il ce chantier ? Permettra-t-il une telle évolution ? Offrira-t-il des outils aux acteurs locaux pour améliorer l'efficacité de leur action ? La réponse est attendue à l'entame des travaux parlementaires de cette année. Si l'implication du secteur tout autant que la concertation entre et avec les nombreux responsables politiques concernés par la promotion de la santé restent au cœur du processus de réflexion, il y a tout lieu d'espérer. Afin de toujours mieux penser la ville.

*André du Bus  
Député cdH*

## **Prévention SIDA : soutenir les acteurs de terrain pour mieux informer**

La lutte contre l'infection par le VIH court un risque préoccupant : celui de la banalisation. Trop de personnes ne se sentent en effet pas concernées par la problématique du SIDA. Tout d'abord parce que certaines pensent, à tort, que la science évolue suffisamment rapidement et que des médicaments existent déjà

pour traiter la maladie. Pourtant, il est capital de le souligner, le SIDA se soigne, mais ne se guérit pas !

Aujourd'hui, en Belgique, l'épidémie VIH c'est trois nouvelles infections par jour, soit 1.200 par an. Et la Région bruxelloise est en tête de ce palmarès. Il faut souligner le nombre important de 40 % de personnes séropositives qui sont des "dépistages tardifs" : des personnes qui ignoraient tout simplement leur séropositivité.

Depuis le transfert des compétences de la promotion de la santé à la Région, en juillet 2014, de nombreuses associations constatent une baisse de la vigilance et des moyens de prévention, notamment sur le terrain. Plusieurs ASBL sont dans l'expectative. Si des communications existent, que ce soit via des dépliants ou des spots publicitaires, leur impact est bien plus limité que la rencontre sur place, le travail de terrain, afin de mieux sensibiliser les publics à risques. Les études le démontrent : lorsque des tests de dépistage sont réalisés chez les patients, leur comportement est ensuite bien plus actif dans le cadre d'un traitement.

La ministre de la Santé de la Cocof vient d'annoncer un plan de plus de 800.000 euros pour la prévention du SIDA. Il faut espérer que ces montants seront investis en tenant compte des besoins des acteurs de terrain, afin de développer une approche proactive, efficace et informative pour des publics qui ont besoin de cet accompagnement.

*Gaëtan Van Goidsenhoven  
Député MR*

# « Préservatif. Dépistage. Traitement. Les bons réflexes pour se protéger du sida et des IST »

Une nouvelle campagne de la Plate-Forme Prévention Sida qui aborde la notion de prévention combinée.

En juin 2015, la Plate-Forme Prévention Sida a lancé une toute nouvelle campagne de sensibilisation au VIH/sida et aux IST. Cette campagne vise la population générale de la Belgique francophone et aborde la notion de prévention combinée. En effet, ces dernières années, les recherches menées dans le cadre de la lutte contre le sida ont mis à jour de nombreuses avancées scientifiques et médicales. Celles-ci ont un impact important en termes de prévention et ont fait naître le concept de prévention combinée.

La prévention combinée, c'est la possibilité de combiner le port du préservatif avec d'autres stratégies de prévention telles que le dépistage et les traitements. En effet, si le préservatif reste un moyen incontournable pour se protéger, le dépistage et les traitements jouent aussi un rôle capital dans la prévention du VIH/sida et des IST : au plus tôt on découvre sa séropositivité, au plus vite on peut bénéficier des nombreux avantages des traitements et réduire fortement le risque de transmission du VIH. Non seulement ce traitement précoce améliore la qualité de vie des personnes séropositives mais il joue aussi un rôle de prévention de la transmission du VIH vers les autres.

Cette nouvelle campagne d'été aborde la notion de prévention combinée avec une approche décalée, originale, à travers tous les outils de la campagne : site Internet, spot TV et radio, brochure, vidéo pédagogique...

Informations et outils sur le site de la campagne : <http://www.les-bons-reflexes.org>

#### Rédaction :

Anoutcha Lualaba Lekede  
Marie-Hélène Salah  
Pascale Gruber

#### Conseil de rédaction :

Dr Robert Bontemps  
Dr Murielle Deguerry  
Thierry Lahaye  
Solveig Pahud  
Dr Patrick Trefois

#### Graphisme :

Carine Simon

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



Une réalisation de l'asbl Question Santé  
Tél.: 02/512 41 74 Fax: 02/512 54 36  
E-Mail : [info@questionsante.org](mailto:info@questionsante.org)  
<http://www.questionsante.org>



Editeur responsable : Dr. P. Trefois,  
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles



Les articles non signés sont de la rédaction.  
Les articles signés n'engagent que leur auteur