



MEMORANDUM

SANTÉ MENTALE, SANTÉ VITALE

VERSION COMPLÈTE

PAR LA LIGUE BRUXELLOISE POUR LA SANTÉ MENTALE

Rue Mercelis 39

1050 Bruxelles

☎ 02 511 55 43

www.lbsm.be 



LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE





TABLE DES MATIERES

LA LIGUE BRUXELLOISE POUR LA SANTÉ MENTALE	2
LA SANTE MENTALE, UN ENJEU TRANSVERSAL	3
LA SANTÉ MENTALE : ENTRE INQUIÉTUDES ET OUVERTURES.....	4
1. Goulot d'étranglement.....	4
2. Dégradation.....	4
3. Inaccessibilité.....	5
4. Points d'appui	5
CONTEXTE : LE SOCIAL-SANTE EST DANS LE MUR.....	7
1. Inégalités croissantes	7
2. Saturation	7
3. Des points d'appui	8
HORIZON	9
AGIR EN AVAL.....	10
1. Renforcer l'offre de soins en santé mentale.....	10
2. Où le travail a du sens.....	22
AGIR EN AMONT	27
3. Démystifier la santé mentale	27
4. Prévenir.....	30
5. Agir sur les déterminants sociaux	34
ET LA LIGUE ?	38

LA LIGUE BRUXELLOISE POUR LA SANTÉ MENTALE

La Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale rassemble une soixantaine d'acteurs de la santé mentale à Bruxelles, mono- ou bi-communautaires, issus de différents secteurs, avec une offre variée de services au public. Elle est un des principaux lieux d'échanges et de réflexion sur les enjeux de santé mentale à Bruxelles.

La Ligue se veut être un acteur qui fédère et anime, analyse et défend une vision transversale de la Santé Mentale à Bruxelles.

Parmi les acteurs en santé mentale, les Services de santé mentale (SSM) combinent des approches individuelles, collectives et communautaires. Travaillant à partir d'un territoire ou avec un public spécifique, les SSM permettent à chacune et chacun de trouver un espace d'écoute, d'accompagnement et de soins pour faire face aux difficultés de la vie. Ils favorisent de cette manière le maintien d'une place pour chacun · e dans la communauté et participent de la prévention de nouveaux risques ou de risques aggravés.

La Ligue est l'organe de coordination et de représentation des 23 Services de santé mentale (SSM) agréés par la Commission Communautaire Française (COCOF).

C'est à ces titres qu'est rédigé ce mémorandum.

LA SANTÉ MENTALE, UN ENJEU TRANSVERSAL

La santé mentale permet à chacun d'être en lien avec soi-même, de vivre avec les autres, de faire face aux difficultés de la vie, d'investir son environnement, de créer, de participer et contribuer à la vie en société, y compris de façon atypique.

La santé mentale, ce n'est donc pas forcément l'absence de maladie : bon nombre de personnes sont atteintes d'un trouble mental mais parviennent à vivre de façon satisfaisante avec, si besoin, une aide appropriée.

Cette définition de la santé mentale est celle portée par les membres de la Ligue.

- Elle va plus loin que celle de l'OMS car elle fait de la santé mentale une dimension plus transversale et ne la réduit pas à une composante parmi d'autres. La santé mentale est en effet dans une dynamique constante avec tous les aspects de la vie de la personne, elle influence ces aspects et est influencée par ceux-ci.
- Notre définition insiste sur le fait que le bien-être n'est pas forcément synonyme d'absence de troubles ou de maladie. Cela enfermerait de nombreuses personnes à une place marquée par la fatalité et l'absence de perspective. Nos membres agissent au quotidien contre cette situation, pour redonner justement à ces personnes des pistes pour apprendre à vivre autrement et ce faisant, à vivre mieux.
- Notre définition rappelle à l'ensemble de la société qu'il y a de nombreuses manières d'être membre de cette société, et que des modes de vie atypiques sont tout aussi respectables que ceux considérés comme plus « normaux », plus « standards ». Donner une place à chacune et chacun, dans le respect de ses spécificités est un idéal que notre société prône mais n'applique pas assez et nous voulons contribuer à lutter contre la stigmatisation qui pèse sur les personnes vivant des troubles psychiques et/ou des maladies mentales.
- Notre vision considère en outre que le soin en santé mentale doit pouvoir aborder la personne dans sa globalité, dans le respect de son rythme et de ses besoins, en particulier le besoin de trouver une écoute auprès d'intervenant·es qui prennent le temps pour cela. Le soin doit donc être résolument pluridisciplinaire.
- La santé mentale dépend de facteurs à la fois individuels, environnementaux, économiques et sociaux. Ces facteurs permettent d'identifier des situations et des groupes marqués par une plus grande vulnérabilité. La santé mentale peut donc être abordée à partir d'une multiplicité de portes d'entrée, ce qui requiert également une diversité dans l'offre de services afin de pouvoir répondre au mieux aux personnes, à chaque moment de leur vie.

LA SANTÉ MENTALE : ENTRE INQUIÉTUDES ET OUVERTURES

1. Goulot d'étranglement

Le champ de la santé mentale est saturé. La saturation est particulièrement aiguë dans les services ambulatoires : beaucoup de réformes en santé mentale nécessitent de pouvoir s'appuyer sur un secteur ambulatoire capable d'absorber les nouvelles situations que ces réformes génèrent ou mettent à jour. Mais les moyens pour cela ne sont pas prévus. Il en résulte une situation dramatique où l'ambulatoire se trouve dans un goulot d'étranglement, faisant face à de plus en plus de sollicitations sans pouvoir se développer elle aussi pour y répondre.

Cette situation plonge les personnes dans de grandes difficultés, devant faire face à des refus ou des mises en attente qui malmènent davantage leur santé mentale.

2. Dégradation

Les crises successives viennent s'ajouter aux événements de la vie, et ont des effets à moyen et long termes, comme les problèmes scolaires, la perte d'emploi, la détérioration des conditions de vie, la détérioration de la santé globale, etc. Les effets de cette situation de **poly-crisis** sur la santé mentale sont profonds, durables, et se manifestent bien souvent avec un **effet retard** qui peut tromper les pouvoirs publics quant à l'évaluation des besoins.

Plusieurs études (Sciensano, Solidaris) constatent une augmentation des troubles d'anxiété et de dépressions ; la Belgique reste le pays européen au taux de suicide le plus élevé, et une part importante de la population consomme des médicaments psychotropes (tranquillisants, antidépresseurs).

Ces évolutions touchent davantage certains publics, en fonction de l'âge, du sexe, du niveau

« En 10 ans, la proportion de personnes qui expriment un état anxieux, angoissé ou dépressif quasi en permanence a explosé, passant de 10% en 2012 à 35% en 2022. (...)

En 2022, 17,6% des personnes ressentant des difficultés déclarent prendre continuellement ou souvent [des médicaments pour leur santé mentale] ; c'est 2,5 fois plus qu'il y a dix ans. »

(Solidaris, 2023)

En 2022, 16,3% des jeunes souffrent d'un trouble mental. (UNICEF, 2023)

La consommation d'antidépresseurs par les 12-18 ans a augmenté de plus de 60% ces dernières années. (DGDE, 2023)

La Belgique compte 2 tentatives de suicide par heure, 5 suicides par jour. (Sciensano, 2020)

d'éducation, du statut socio-économique, de la situation familiale. Les femmes et les familles monoparentales sont plus à risque. La durée des effets est aussi variable et s'étale sur la longue durée pour une part sensible de la population.

En ce qui concerne les jeunes, **un·e jeune sur 6 âgé·es de 10 à 19 ans, souffre d'un trouble mental**, une situation qui s'est détériorée ces dernières années. Le suicide est par ailleurs la 2^e cause de mortalité chez les jeunes.

3. Inaccessibilité

Ces données statistiques se vérifient sur le terrain : les institutions de santé mentale constatent une **augmentation des demandes** qui leur sont adressées, avec une pauvreté plus grande et une **complexité accrue** des problèmes que les gens vivent. Les services étaient saturés avant la crise. La **saturation** s'est aggravée depuis.

Il est devenu quasi impossible de **trouver un·e psychiatre** à Bruxelles pour un nouveau suivi, que ce soit en ambulatoire, à l'hôpital ou en privé. La situation est encore plus grave chez les pédopsychiatres.

En santé mentale, le **double ou poly-diagnostic** constitue un frein supplémentaire : les soins adaptés pour personnes cumulant problème de santé mentale et une autre problématique lourde (handicap, addiction, sans-abrisme...) sont plus difficiles à trouver : difficultés de prises en charge dans les services généralistes, manque de structures adaptées, d'intervenant·es formé·s, besoin de plus de temps et d'intervenant·es, représentations négatives encore prégnantes...

Les services de santé mentale constatent qu'entre 2020 et 2022, la part des demandes effectivement prises en charge a diminué, passant de 36% à 25%, soit une demande sur 4 seulement. Cette saturation est plus forte du côté des équipes enfants-ados-familles.

4. Points d'appui

Pour autant, il y a aussi eu des avancées :

- La santé mentale est **de moins en moins un tabou**. Elle occupe les débats politiques et médiatiques, se diffuse sur les réseaux sociaux et pousse de plus en plus de personnes à oser exprimer leurs difficultés psychiques.
- Dans les discours politiques, la santé mentale constitue, avec le social et la santé somatique, le trépied sur lequel doivent s'appuyer les politiques publiques.
- Il est désormais reconnu que l'architecture institutionnelle belge et bruxelloise est trop complexe : les enjeux de santé mentale concernent un trop grand nombre de niveaux de pouvoir et de ministères, ce qui entrave une politique cohérente en ces matières. Des premiers pas ont été posés à Bruxelles, notamment des liens plus étroits entre COCOF, COCOM et VGC.
- Des moyens ont été débloqués pendant et après la pandémie, pour soutenir des projets d'appui à certains publics (jeunes, soignant·es), de plus grande mobilité dans les interventions et de mise en place d'espaces collectifs bas seuils (lieux de liens). Les acteurs de terrain ont prouvé qu'avec des moyens en plus, des projets solides et durables peuvent être rapidement mis en place. Une partie de ces projets est pérennisée, sans pouvoir cependant être étendue à davantage de publics bruxellois.
- Au niveau fédéral, des **moyens nouveaux** ont été débloqués pour de nouveaux dispositifs, par exemple pour conventionner des psychologues et faciliter l'accès de certains publics à ce type d'interventions. Des moyens sont également prévus pour un accompagnement d'autres acteurs par des équipes mobiles santé mentale. Cependant,

ces moyens fédéraux restent sous-utilisés et ne contribuent pas à diminuer la saturation des services ambulatoires existants.

- Se diffuse l'attention pour une **plus grande participation des patient·es et de leurs proches**, notamment dans la manière de monter certains projets, ou de mener des diagnostics communautaires pour identifier les difficultés et les pistes pour y répondre.
- Les questions de **discriminations** mobilisent de plus en plus d'intervenant·es qui souhaitent repenser leurs pratiques pour mieux les prendre en compte (discriminations liées à l'origine, au statut légal, au genre, à l'orientation sexuelle...).

CONTEXTE : LE SOCIAL-SANTÉ EST DANS LE MUR

1. Inégalités croissantes

Depuis plusieurs années, les services sur le terrain constatent une aggravation de la situation de nombreux·ses bruxellois·es. Bruxelles souffre d'une situation contradictoire : première région productrice de richesses du pays, elle est aussi la plus pauvre : **2 bruxellois·es sur 5 vivent dans la précarité et la pauvreté**. C'est 2 fois plus que la moyenne belge !

La situation se détériore à Bruxelles, touchant de plus en plus de gens qui restent invisibles.

Tous les publics sont concernés. Par exemple le cas des **travailleurs pauvres** (*working poors*) qui sont pris dans une série de pièges (nonaccès à certaines aides mais revenus pourtant insuffisants).

C'est aussi le cas des **sans-abris** qui rappellent le problème central de l'accès au logement à Bruxelles, mais aussi des **sans-papiers** dont 2 études récentes estiment qu'ils·elles sont environ 100.000 à Bruxelles, soit plus de la moitié des sans-papiers du pays, et l'équivalent d'une 20^e commune à Bruxelles.

C'est aussi le cas d'un nombre croissant de **personnes âgées** qui vivent dans l'isolement et la précarité.

Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (AROPE) :

Belgique : 18,7% soit 2.144.000 belges

Bruxelles : 38,8% soit plus de 474.000 personnes.

(Données STATBEL, 2022)

Nombre de sans-abris à Bruxelles :

7.134 en 2022, soit +18,9% par rapport à 2020 et +314% par rapport à 2008 ! (Bruss'Help, 2023)

2. Saturation

La **saturation** des services social-santé est un des multiples facteurs qui augmentent le **non-recours** à l'aide et aux soins : n'ayant pas de réponse positive à leur appel, des personnes perdent confiance dans les services d'aide et de soins.

Le non-recours est surtout lié à l'**accumulation des conditions** à remplir pour accéder à des aides, et à la **numérisation** de nombreux services publics qui empêche de plus en plus de gens à recevoir les aides et services auxquels ils ont – ou devraient avoir – pourtant droit, pour une simple question de survie et de dignité.

La saturation entraîne aussi une **discontinuité des soins** lorsqu'une personne doit être référée vers un nouveau service en fonction de l'évolution de sa situation, et qu'il n'y a pas de place disponible.

Elle contribue aussi à la **détérioration des conditions de travail** dans le social santé : obligées de refuser de nombreuses demandes, les équipes doivent également gérer l'agressivité plus grande de publics qui se sentent abandonnés et qui adressent leurs émotions aux derniers qui les accueillent encore. Que des services bas-seuils soient obligés de fermer temporairement

leurs portes est le signal d'alarme qu'on a atteint le fond : certains publics n'ont plus aucun lieu vers où se tourner.

La recherche perpétuelle de subsides se fait plus difficile ; les moyens octroyés se font sur des durées limitées d'où une **précarisation des emplois** ; la multiplicité des dossiers à remplir entraîne une surcharge administrative qui prend le pas sur les missions de base.

Tous les services aux personnes sont en difficultés, y compris les services régaliens : soins de santé, santé mentale, social, enseignement, petite enfance, aide à la jeunesse, handicap, migration, logements sociaux, police, justice, ...

Il en découle une **perte de sens** chez de nombreux·ses travailleur·ses, des burnout, absences prolongées, démissions, turn-over, et plus généralement une **perte d'attractivité de l'associatif social-santé**.

D'où un paradoxe : alors que le social-santé a besoin de plus de moyens humains pour suivre l'explosion des besoins, il a plus de mal à remplir une partie du cadre existant. Ce paradoxe est apparent : **renforcer l'offre permet aussi d'améliorer les conditions de travail, de renforcer l'attractivité et donc, de remplir le cadre.**

3. Des points d'appui

Il y a cependant des touches positives :

- Pendant la crise COVID, les services d'aide et de soins ont été reconnus comme « **services essentiels** » à la population. Cette reconnaissance doit être rappelée et suivie d'effets concrets pour mettre un terme aux constats posés plus haut.
- L'enveloppe de subsides pour le social-santé bruxellois a bénéficié d'une **exemption partielle dans les économies linéaires** appliquées sur les budgets publics bruxellois. Cette exemption a permis de maintenir en l'état les budgets existants. Mais s'il a permis de minimiser les pertes, ce statu quo n'a pas permis de rattraper la hausse générale des coûts et a pu entraîner des réductions de temps de travail et d'activités.
- Certains projets vont passer dans des **enveloppes structurelles** ; d'autres devraient bénéficier du futur décret en COCOF sur les subsides facultatifs récurrents et passer ainsi d'un subside annuel à un subside pluriannuel (3-5 ans. Une ordonnance similaire est également annoncée en COCOM). Ces évolutions sécurisent les actions menées auprès de la population et les emplois qui y sont attachés, et allègent la charge administrative qui pèse sur les ASBL.
- Les différents secteurs du social-santé multiplient les pratiques de **collaboration intersectorielle**. Les fédérations ont établi une [note de vision commune](#)¹ qui témoigne d'une volonté partagée à plus de cohérence et de convergence.
- Malgré les difficultés, les équipes gardent le souci d'un **travail de qualité, d'une éthique émancipatrice et d'une approche globale au service des citoyen·nes-usager·ères**.

¹ <https://cbcs.be/une-note-de-vision-politique-pour-le-social-sante-en-region-bruxelloise/>

HORIZON

La Belgique dispose d'atouts majeurs :

- Un système de Sécurité Sociale qui s'est révélé à plusieurs reprises être un puissant facteur de réduction des inégalités (encore récemment lors de la crise COVID19) ;
- Une société civile active, diversifiée, et des acteurs professionnels bien implantés, soucieux de développer une offre d'aide et de soins de qualité ;
- Une culture de concertation démocratique qui favorise le travail en réseau.

Ces atouts doivent être renforcés car ils permettent de contrer des phénomènes inverses qui poussent le système à bout de souffle. Développer les actions de prévention, d'aide et de soins permettra de renverser le sentiment d'abandon vécu par une part grandissante de la population. La Belgique n'est pas à l'abri des évolutions politiques en cours ailleurs en Europe, avec le succès des discours populistes et extrémistes, mais elle peut choisir une autre voie ! Elle peut compter sur des associations et des travailleur·ses qui s'engagent chaque jour pour un monde plus juste et solidaire.

Nous voulons continuer à contribuer à :

AGIR EN AVAL

1. **Renforcer l'offre de soins en santé mentale, en particulier l'ambulatoire, et stopper la pénurie en psychiatrie.**
2. Offrir aux travailleur·ses du secteur **un cadre qui nourrit le sens de leur travail**, sécurise les actions menées auprès de la population, permet d'accueillir le public dans un espace adapté et respecte la temporalité et le rythme de chaque personne.

AGIR EN AMONT

3. **Démystifier** la santé mentale,
4. Pouvoir agir dans la **prévention** et dans la promotion de la santé mentale,
5. Agir sur les **déterminants sociaux**, qui nuisent à une vie digne et pèsent sur la santé mentale des personnes.

1. Renforcer l'offre de soins en santé mentale

CONSTATS

La **Belgique sous-investit** depuis longtemps dans la santé mentale, et la large majorité des moyens reste employée par l'offre hospitalière. La répartition des compétences de santé en Belgique accentue ce phénomène, l'essentiel des moyens restant dans les mains du gouvernement fédéral (en charge des hôpitaux) tandis que les entités fédérées (en charge notamment de l'ambulatoire) disposent de budgets beaucoup plus limités. Acteurs de terrain et chercheurs demandent d'ailleurs depuis longtemps **de doubler les investissements** dans la santé mentale.

Aujourd'hui, **1 demande sur 4** seulement reçoit une réponse positive de suivi dans les SSM. Et près d'1 demande sur 3 est réorientée directement pour cause de saturation. La **saturation en santé mentale** place les publics en situation de détresse, mais met aussi en difficultés d'autres acteurs qui sont confrontés à des publics cumulant des troubles de santé mentale (comme les médecins généralistes).

La situation est particulièrement catastrophique **en matière d'accompagnement psychiatrique** : bénéficier d'un suivi médical psychiatrique à Bruxelles est devenu quasi impossible, tant la saturation est généralisée, en ambulatoire, dans l'hospitalier ou dans le privé. Or, ce type de suivi est indispensable pour une série de personnes, afin de leur permettre de disposer de soins adéquats, éviter une dégradation de leur santé, se maintenir dans leur lieu de vie, éviter une hospitalisation.

Part du budget santé pour la santé mentale :

France : 15%

Norvège : 13,5%

Luxembourg : 13%

Allemagne : 11,3%

Grande-Bretagne : 9,7%

Belgique : 6%

(OCDE 2021)

L'OCDE estime que les problèmes de santé mentale coûtent chaque année en Belgique 5% du PIB, alors que la Belgique y consacre 0,6% de son PIB.

Au-delà de ces chiffres, investir dans la santé mentale est une valeur démocratique en soi.

POLITIQUES EN COURS

Or, la santé mentale a bénéficié d'une attention plus grande de la part des pouvoirs publics. Au niveau fédéral, pointons :

- La poursuite de la réforme 107,
- La mise en place du dispositif des psychologues de première ligne (PPL).

Au niveau régional :

- L'augmentation du financement du cadre de SSM en COCOF,
- Le Plan de Relance et de Redéploiement (PRR)
- Et, à partir de 2024, le Plan Social Santé Intégré (PSSI).

Malheureusement, ces mesures ont des effets contradictoires sur l'offre de soins :

- La réforme 107, organisant une déshospitalisation des soins à partir des hôpitaux, a permis de toucher, via les équipes mobiles, des publics à l'écart des soins de santé mentale. Cela n'a pas conduit à une baisse des hospitalisations et a accentué la pression sur l'ambulatoire et le résidentiel extra-hospitalier qui, dans le même temps, n'ont pas été refinancés pour répondre à la réforme. Par ailleurs, la réforme 107 Personnes âgées est toujours à l'arrêt.
- La mise en place des PPL a facilité, pour une partie du public, l'accès aux soins psychologiques. Mais en se focalisant au départ sur les troubles dits « légers à modérés »

En 2002, la COCOF subsidiait en SSM environ 18,3 ETP / 100.000 habitants.

En 2013, 16,8 ETP / 100.000 hab.

En 2022, 18,2 ETP / 100.000 hab.

(Données COCOF)

et en limitant l'accès aux personnes en ordre de mutuelle, le dispositif laisse de côté les populations plus précarisées qui sont nombreuses à Bruxelles. Le dispositif est censé être de 1^e ligne mais est utilisé aussi par d'autres acteurs (comme les SSM) comme des relais en 2^e ligne. Quant aux associations, vu le financement à l'acte, il leur est difficile d'engager un·e PPL sans un apport financier complémentaire pour couvrir les actes non remboursés, les jours de congés légaux, les absences maladie, etc. Les questions sont dès lors : comment mieux utiliser

les moyens disponibles ? Et comment permettre aux PPL de pouvoir s'appuyer sur les services ambulatoires existants ?

- L'augmentation du financement en 2020 des équipes enfants-ados d'une dizaine de SSM COCOF (+6%) est trop faible pour entraîner une baisse sensible de la saturation de ces services : d'une part ce refinancement ramène les SSM à une offre équivalente à 2002 ; d'autre part, la complexification des situations nécessite une intensification des soins, d'où moins de nouveaux suivis.
- Le PRR a financé une série de projets « mobilité » et « lieux de liens » déployés par les SSM, dans une logique de partenariat sectoriel et intersectoriel. Le financement par projet a mis à mal une série d'entre eux (incertitude sur la reconduction des subsides, précarisation des travailleurs, inquiétude des publics). Cela devrait être corrigé avec le

nouveau décret ambulatoire et l'intégration d'une part de ces budgets dans l'enveloppe structurelle. Se pose là aussi la question d'offrir, aux nouveaux publics ainsi accrochés, une offre de soins adéquate dans un contexte de saturation généralisée.

- Le PSSI met l'accent sur le travail intersectoriel, une logique de proximité territoriale, une responsabilité populationnelle. Mais les services ne disposent pas de moyens supplémentaires pour répondre à ces intentions. Si les SSM pratiquent de longue date une approche de proximité territoriale et des liens avec le réseau, le contexte de saturation reste un obstacle majeur qui limite l'accès des publics, y compris ceux les plus éloignés du soin que la réforme entend toucher à juste titre.

De plus, les équipes souhaitent maintenir une offre de soins de qualité au public, centrés sur les besoins des personnes, respectueux de leur rythme, privilégiant la relation intervenant·e - patient·e comme moteur du soin.

L'accueil dans les services doit pouvoir se faire rapidement, les personnes ayant effectivement besoin d'un accompagnement dans le cadre d'un SSM pluridisciplinaire doivent pouvoir être reçues dans un délai court, et les réorientations bénéficier d'un accompagnement adapté.

NOS DEMANDES :

- 1.1. **Ne pas diluer les enjeux de santé mentale** dans ceux plus vastes de la santé générale ou dans ceux des autres compétences. La santé mentale doit constituer une politique à la fois transversale et spécifique. [Fédéral, FWB, COCOF, COCOM, VGC]
- 1.2. La mise en œuvre de l'**objectif de 12%** du budget soins de santé pour la santé mentale, telle que proposée au Parlement fédéral en 2020 [Fédéral].
- 1.3. Une **politique concertée**, coordonnée et cohérente entre le fédéral et les entités bruxelloises, où le fédéral tient compte des spécificités de la population bruxelloise. [Fédéral, FWB, COCOF, COCOM, VGC]
- 1.4. Une meilleure utilisation des moyens disponibles au fédéral, notamment par un **transfert de moyens** du fédéral vers les entités fédérées pour la santé mentale, tel qu'autorisé par la 6^e réforme de l'Etat. [Fédéral, COCOF, COCOM, VG]
- 1.5. Comme cela se fait dans d'autres pays, un **renforcement massif de l'ambulatoire existant** qui est supposé pouvoir absorber les effets explicites et implicites des réformes menées au niveau fédéral. Ce renforcement doit partir d'une estimation des besoins et:
 - i. Doit tenir compte non seulement de la hausse démographique ;
 - ii. Mais aussi de la précarisation et donc de la complexification des situations arrivant dans les services. Ces situations nécessitent des soins plus intensifs, souvent plus longs, impliquant davantage de professionnel·les.
 - iii. Doit permettre d'établir ou de renforcer de façon structurelle des dispositifs de prévention, d'actions collectives/municipales, de soins, d'appui, de travail de réseau, mais aussi de recherche en santé mentale.
 - iv. Doit donc bénéficier d'une norme de croissance comme ce qui se fait dans les autres services de santé. Cette norme permet de suivre

L'art.51 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 sur la 6e réforme de l'Etat, insère l'article 49/7 de la loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des Communautés et des Régions :

"§ 5. Chaque communauté ou la Commission communautaire commune peut conclure avec l'autorité fédérale un accord de coopération ayant pour objet la reconversion de lits hospitaliers en vue de la prise en charge de patients, en dehors de l'hôpital, par un service relevant de la compétence de la communauté ou de la Commission communautaire commune. Dans ce cas, cet accord de coopération prévoit que des moyens supplémentaires sont accordés à la communauté, aux communautés ou à la Commission communautaire commune parties à cet accord de coopération. Ces moyens ne peuvent excéder le coût des lits hospitaliers reconvertis."

l'évolution démographique et des besoins, d'investir régulièrement et de façon prévisible dans l'offre de soins, facilite l'organisation de celle-ci.

1.6. Développer et renforcer des partenariats entre le secteur de la santé mentale et ceux de la petite enfance, l'enfance et la jeunesse pour élaborer et diffuser des outils permettant de favoriser le bien-être et le développement des enfants, pour mieux agir également quand des problèmes surgissent. Ces partenariats doivent s'établir sur base de moyens complémentaires. **[FWB, COCOF, COCOM]**

1.7. Développer et renforcer des partenariats entre le secteur de la santé mentale et ceux pour les personnes âgées, ainsi que les services d'aide et de soins à domicile pour élaborer et diffuser des outils permettant de favoriser le bien-être et le développement des personnes, pour mieux agir également quand des problèmes surgissent. Ces partenariats doivent s'établir sur base de moyens complémentaires. **[FWB, COCOF, COCOM]**

Les jeunes sont par exemple exposé·es au (cyber)harcèlement. Lutter contre cela implique une éducation préalable aux médias (usage et consommation), mais aussi plus fondamentalement aux dynamiques relationnelles et de groupes, ainsi qu'à la recherche de solutions qui réparent ou recréent les liens sociaux. Les parents et écoles se sentent souvent démunis face à ce phénomène.

Des jeunes ont proposé qu'un guide équivalent à celui de l'EVRAS soit créé pour la santé mentale des enfants et des adolescent·es.

NOS DEMANDES SPECIFIQUES POUR LES SERVICES DE SANTE MENTALE (SSM) :

Le SSM est un service ambulatoire qui, par une approche pluridisciplinaire, répond aux difficultés psycho-médico-sociales des patients usagers et leur famille, abordées de façon globale et singulière, au rythme des personnes. Par un travail sur la relation avec la personne, il contribue à ce que l'usager puisse garder le lien avec lui-même et avec les autres, faire face aux difficultés, maintenir ou améliorer son milieu de vie, participer à la vie en société, y compris de façon atypique.

Le SSM contribue en ce sens à l'identification de ce qui met à mal la santé mentale de l'usager, au diagnostic, au traitement psycho-médico-social. Il contribue également à la prévention et à l'action communautaire, au bénéfice des usagers et de leur famille.

Il y a actuellement 29 ASBL reconnues (23 en COCOF, 5 en COCOM et 1 en VG) et 1 en attente d'agrément (COCOF).

Les SSM COCOF, ce sont plus de 20.000 personnes suivies sur 200.000 consultations par an. Ces données n'incluent pas les personnes et prestations d'autres types d'intervention des services, comme les activités préventives, collectives et communautaires.

(Données LBSM)

Ses équipes sont pluridisciplinaires, assurant à la fois l'accueil du tout-venant, la continuité des soins de santé mentale généralistes et la prise en charge de situations complexes, notamment au niveau psychiatrique, psychologique, psychothérapeutique, psychomotricien, logopédique, social... L'approche pluridisciplinaire facilite également le travail en partenariat avec les autres services social-santé ambulatoires et résidentiels, publics et privés (hôpitaux, services ambulatoires, CPAS, psychologues de première ligne, médecins généralistes, écoles, services d'aide à la jeunesse, etc.).

1.8. Pour les SSM COCOF, la réforme du décret de 2009 prévoit plusieurs de ces missions et un montant forfaitaire minimal. **Nous demandons que les enveloppes budgétaires soient prévues pour concrétiser cela à l'échelle sectorielle.**

- i. Ainsi, les SSM doivent être encouragés à mener des **actions plus mobiles**, qui vont à la rencontre des publics plus éloignés du soin (en particulier les publics en grande précarité), en partenariat avec d'autres acteurs. Cette mission s'inscrit dans le cadre de la responsabilité populationnelle telle que prévue dans le PSSI mais implique des moyens renforcés. En effet, aller extra muros (qui inclut l'outreaching) à la rencontre d'une personne éloignée du soin prend un temps équivalent à celui pour plusieurs interventions intra muros et doit s'inscrire sur la durée, tant la relation de confiance est souvent plus longue à établir. Si la mobilité s'inscrit dans un partenariat, celui-ci doit avoir été pensé afin que les rôles et missions de chacun soient clairement établis. Il est également nécessaire de pouvoir accompagner des personnes dans des démarches extérieures, ce qui peut là aussi mobiliser beaucoup de temps. De plus, une fois de nouveaux publics « accrochés », il faut pouvoir

répondre à leurs besoins qui sont souvent plus complexes donc nécessitant une prise en charge plus intensive.

- ii. Développer des **actions collectives et communautaires** est un puissant moyen de mobilisation des publics, d'une plus grande participation de ceux-ci, de déstigmatisation. Ces actions sont tantôt des alternatives, tantôt complémentaires aux formes plus classiques des soins. Elles nécessitent des intervenant·es outillé·es, formé·es, disposant d'un cadre de travail stable et pérenne. Le travail collectif et communautaire prend par définition du temps et ses effets ne sont que rarement directement mesurables. Il implique également un travail de coordination et de visibilité comme la LBSM l'a expérimenté dans le cadre du PRR et comme elle souhaite pouvoir le refaire de façon structurelle.
- iii. **Appuyer les professionnel·les des autres secteurs** confronté·es à des questions de santé mentale. Outre les médecins généralistes et d'autres acteurs du social santé, publics ou associatifs, cela inclut également les autres services aux personnes (CPAS, aide à la jeunesse, aide à l'emploi, handicap, logement, ...), les services dits régaliens (police, justice, prison), mais aussi les entreprises privées confrontées au mal-être de travailleur·ses. Autant d'acteurs avec qui il est important de développer une inter-connaissance et mettre en évidence les ressources des uns et des autres. Il s'agit de construire non pas des réponses standardisées, des « recettes » qui enferment les publics et les professionnel·les dans des cases, mais bien des modalités de collaboration où chacun·e peut poursuivre ses missions, avec souplesse, créativité et l'assurance de pouvoir s'appuyer sur autrui en cas de besoin.
- iv. **Développer et entretenir le réseau.** Que ce soit autour d'une situation particulière, d'un territoire ou de thématiques communes, les équipes développent des collaborations sectorielles et intersectorielles. Cela est appelé à être renforcé par le PSSI qui crée des espaces supplémentaires de concertation (quartiers et bassins). Il s'agit d'un travail à part entière qui demande du temps pour établir l'interconnaissance et la confiance nécessaires à une collaboration efficace. Le développement de fonctions spécifiques (comme les case managers) témoigne de cela. Les équipes doivent disposer des moyens nécessaires pour le travail de réseau. **[COCOF]**

Le 19 mai 2022, la section ambulatoire du Conseil consultatif Aide aux personnes et Santé en COCOF remettait un avis d'initiative sur les fonctions d'accueil, de secrétariat et de coordination générale. Elle y souligne les contraintes croissantes pesant sur les services et le caractère indispensable de ces fonctions nécessitant une reconnaissance et une revalorisation à la hauteur de leurs responsabilités.

- 1.9. La réforme actuelle du décret de l'ambulatoire en COCOF maintient la possibilité pour les services de disposer d'une **fonction de coordination**, mais le financement de celle-ci n'a été renforcé que dans quelques secteurs. Il reste donc des différences entre secteurs où la fonction est financée et ceux où elle ne l'est pas. Au vu de la complexité qu'affrontent les ASBL dans leur travail quotidien d'aide et de soin, cette fonction doit pouvoir être reconnue pour l'ensemble de l'ambulatoire COCOF, et notamment dans les SSM. Elle est actuellement prise sur du temps clinique. **[COCOF]**
- 1.10. La **fonction de secrétariat** doit également être renforcée et revalorisée, les services ayant de plus en plus besoin d'un secrétariat de direction, capable de gérer la multiplicité des sources juridiques et de financement qui organisent la vie des ASBL et de leurs équipes. **[COCOF]**
- 1.11. L'**accueil** dans un service est déterminant pour la suite du parcours de soin de la personne. Cette mission se développe, se pluri-disciplinarise, et devrait pouvoir aussi se traduire aussi par un accompagnement en cas de réorientation. Malheureusement, la **saturation** des services amène bon nombre d'entre eux à devoir renoncer à un accueil qualitatif ou alors, doivent prendre du temps sur le soin pour pouvoir accueillir les demandes. Il faut donc pouvoir d'une part reconnaître cette fonction comme une fonction à part entière avec des capacités suffisantes pour un **accueil individualisé et de qualité**, et d'autre part renforcer les autres missions des services, afin d'éviter que le public soit coincé dans un système saturé où il erre de porte fermée en porte fermée. **[COCOF]**
- 1.12. La réforme actuelle de l'ambulatoire en COCOF prévoit une **intervention financière** de celle-ci **afin de pouvoir engager des PPL** mais uniquement pour les futurs Centres Social Santé Intégrés (CSSI). Cette intervention doit être étendue afin que d'autres ASBL aient la possibilité d'engager des PPL et d'élargir leur offre. En particulier, plusieurs de ces ASBL (dont les SSM) offrent une équipe pluridisciplinaire qui permet d'appuyer les PPL et de ne pas les laisser seuls face à des situations plus complexes que prévu. **[Fédéral, COCOF]**
- 1.13. Pour la première fois depuis très longtemps, un SSM supplémentaire a pu être agréé. Un autre attend toujours et nous réitérons ici une vieille demande : **l'agrément comme SSM de l'Entr'Aide des Marolles** (qui le demande depuis 1960). Une équipe spécialisée sur les MENA, le **Collectif Umoya**, a obtenu un avis favorable de diverses instances pour sa demande d'agrément provisoire en tant que SSM. Nous soutenons également cette demande. **[COCOF]**
- 1.14. L'apport du travail pluridisciplinaire en santé mentale et la large palette des missions confiées aux SSM placent ceux-ci dans une responsabilité importante sur les enjeux de santé mentale. Or, le territoire bruxellois reste insuffisamment couvert par les SSM, en particulier dans le croissant Nord de la Région, pourtant le plus densément peuplée et le plus précarisé. La **programmation en SSM doit être étendue** et une politique active doit être menée d'appui à la **création de SSM ou d'antennes de SSM existants sur les**

territoires non ou insuffisamment couverts. Cela peut passer par une articulation avec des CSSI, et en concertation avec les pouvoirs locaux. **[COCOF, COCOM, Communes]**

1.15. Refinancer les frais de fonctionnement des SSM. A l'heure actuelle, le maximum des frais de fonctionnement subsidiés par le COCOF pour les SSM est inférieur au minimum prévu par le même décret pour d'autres secteurs. En particulier, mieux financer les frais de fonctionnement des ASBL avec plusieurs sièges d'exploitation. **[COCOF]**

1.16. Financer la création/adaptation et l'implémentation d'un logiciel-métier adapté dans les SSM. Le secteur des SSM essaie depuis des années de fournir des données objectivées sur ses activités et sa patientèle. Une majorité de services travaille sur un logiciel datant de 2004 ou 2008, tandis que d'autres travaillent sur tableurs. Les besoins ont évolué et impliquent un logiciel commun adapté. Un besoin renforcé par les attentes renouvelées de la COCOF pour des données fiables et pouvant guider sa politique en matière d'aide et de soins, mais aussi par les obligations émanant du Fédéral en ce qui concerne la numérisation dans les soins de santé. Ce financement doit inclure des postes permanents à la LBSM chargée de rassembler, d'agréger et d'analyser les données sectorielles. Actuellement, la LBSM dispose d'un mi-temps sur subside annuel, que nous demandons à rendre structurel, qu'il faut pouvoir compléter avec un poste plus technique pour l'accompagnement, les mises à jour et les adaptations continues qui s'imposent dans le champ de la santé. Nous préconisons également une mise en commun des données sectorielles émanant des SSM subsidiés par la COCOM et la VG **[COCOF, COCOM, VG]**

L'ENJEU DE L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHIATRIQUE

La présence de médecins psychiatres et pédopsychiatres dans l'ambulatoire est indispensable pour concrétiser les politiques de santé mentale favorisant le soin dans le milieu de vie des personnes et un usage plus approprié et diminué du recours à l'hospitalisation, ainsi que l'OMS, l'OCDE et l'UE le recommandent depuis plusieurs décennies.

Dans le champ complexe qu'est la santé mentale, les médecins psychiatres font le pont entre le somatique et le psychique, et contribuent à poser des hypothèses et des diagnostics plus éclairés sur les situations.

La fonction psychiatrique se situe d'emblée dans une logique de travail à plusieurs, le psychiatre étant un maillon de la chaîne de soins, apportant des compétences propres.

Le psychiatre effectue l'établissement de diagnostics différentiels (somatiques et psychiatriques), la prescription de médicaments psychotropes, l'établissement d'attestations, certificats et rapports médicaux ainsi qu'une connaissance des notions médico-légales. Par son analyse de la situation, croisée avec celles de ses collègues, il contribue à clarifier une situation et à éviter, dans certains cas, une psychiatriation non nécessaire. Le psychiatre porte la responsabilité médicale pour l'ensemble des situations traitées par le service.

La fonction psychiatrique apporte également un soutien à l'équipe dans les situations complexes et implique une vigilance à l'égard des patients sur le fil d'un passage à l'acte ou d'une décompensation psychiatrique. Par le lien construit avec les patients, la fonction psychiatrique permet de gérer des situations de crises, en évitant dans certains cas le recours à une hospitalisation.

Par sa formation, le psychiatre soutient les liens avec les médecins généralistes, les équipes hospitalières et les autres soignants, dans le souci de la continuité des soins et d'une approche globale du patient et de ses besoins.

Enfin, le psychiatre est amené à investir le travail administratif, social et communautaire.

Or, les services ambulatoires, en particulier les SSM, sont confrontés à une **pénurie de médecins psychiatres et (de façon encore plus aiguë) pédopsychiatres**, phénomène qui va aller croissant, notamment au vu du nombre de médecins proches de l'âge de la pension, ou l'ayant déjà dépassé. Cette pénurie est le résultat de multiples facteurs et nécessite plusieurs mesures concomitantes.

Notre demande : **stopper la pénurie de psychiatres et de pédopsychiatres à Bruxelles, en particulier dans l'ambulatoire**. Ceci passe par plusieurs actions à mener en parallèle :

1.17. Un médecin spécialiste en SSM est payé 3 à 5 fois moins qu'en milieu hospitalier ou en équipe mobile. Nous demandons de **résorber les différences de barèmes** entre les champs de la santé mentale (ambulatoire, hospitalier, équipes mobiles), comme cela a été fait en Wallonie. Ceci afin de mettre un terme à la concurrence au sein du secteur de la santé mentale, et renforcer l'attractivité de l'ambulatoire. Lors de la réforme actuelle du décret de l'ambulatoire COCOF, un refinancement a été prévu en ce sens. Mais la mesure finale est largement en deçà de ce qui est nécessaire au départ et ne permet pas de changer de barème alors que c'était le but recherché. Un effort est fait, mais il est insuffisant. **[COCOF]**

1.18. **Refinancer les frais de fonctionnement** des SSM en COCOF, afin que les médecins puissent mener davantage d'activités non financées par l'INAMI mais faisant partie des missions des SSM. A l'heure actuelle, le maximum des frais de fonctionnement subsidiés par le COCOF pour les SSM est inférieur au minimum prévu par le même décret pour d'autres secteurs... et une part importante de ces frais est donc couverte par les prestations des médecins en SSM. Cette mesure est complémentaire à la précédente. **[COCOF]**

Les prestations en psychiatrie ne couvrent pas tous les actes, et sont moins bien voire pas remboursés que dans d'autres spécialisations

- Concertations
- Rédaction des rapports
- Bilans psychiatriques
- Prescriptions
- Échanges téléphoniques
- Réunions cliniques
- Consultations de familles
- Outreach
- Prévention
- Travail de santé mentale communautaire
- ...

La COCOF sous-finance les postes de (pédo)psychiatrie en SSM : depuis 2009, elle verse un subside sur base d'un barème Master (barème 1). Avec la réforme, la COCOF subsidiera à hauteur d'un barème médecin généraliste.

Les SSM paient les médecins à un barème de médecin spécialiste, donc beaucoup plus élevé. Ce barème s'élève à 7.623€ bruts par mois pour 15 ans d'ancienneté.

A titre de comparaison, le barème pratiqué dans les SSM wallons est de 9.540€ bruts par mois pour 15 ans d'ancienneté. Soit 2.000 € bruts en plus par mois ! Une telle différence peut également générer de la concurrence entre Régions.

1.19. Encourager les étudiant·es en médecine à **choisir la spécialisation** en psychiatrie et pédopsychiatrie et revoir les programmes de cours en Faculté de médecine pour revaloriser cette branche. **[FWB]**

1.20. **Revoir les quotas** pour la spécialisation en psychiatrie et pédopsychiatrie **[Fédéral, FWB, COCOF, COCOM]**

1.21. Assouplir les **conditions pour être maître·sse de stage**, à l'instar de ce qui se fait en médecine générale. Les conditions actuelles excluent de facto des médecins en ambulatoire, et demeurent encore trop hospitalo-centrées. **[Fédéral, FWB]**

1.22. Informer les étudiant·es sur les **débouchés dans l'ambulatorio**. [FWB]

1.23. Organiser une **répartition des stagiaires** dans les services ambulatoires. [FWB, COCOF]

1.24. Revoir la **nomenclature** des prestations psychiatrie pour inclure des actes actuellement non remboursés, et revaloriser les remboursements des actes intellectuels. [Fédéral]

2. Où le travail a du sens

Le travail psycho-médico-social a été considéré durant la pandémie COVID comme « essentiel » au bon fonctionnement de la société.

Malheureusement, force est de constater qu'avant même la fin de la pandémie, les difficultés se sont renforcées. La hausse des inégalités, la dégradation des conditions de vie des personnes, la lourdeur des situations à traiter, la saturation générale des services, la bureaucratisation, l'urgence permanente et la précarisation des conditions de travail sont autant d'éléments qui poussent les travailleur·ses au-delà des limites du supportable.

Les réformes en cours dans les différents niveaux de pouvoir (santé mentale et soins de première ligne au Fédéral, PSSI à Bruxelles) visent avant tout à réorganiser l'offre d'aide et de soins, en encourageant des logiques de partenariat inter-disciplinaires et inter-sectorielles. Ces réformes impliquent de nouveaux espaces de concertation auxquels les acteurs de terrain sont invités à prendre part. Elles s'appuient également sur des partages plus systématiques d'informations concernant les personnes aidées – soignées (informations d'autant plus sensibles quand on touche à la santé mentale).

Mais elles ne répondent pas, ou très peu, au problème de la saturation et exigent des équipes de consacrer davantage de temps à d'autres tâches que l'aide et le soin. Par la création de nouveaux lieux et de nouvelles fonctions, elles contribuent trop souvent à fragmenter davantage le paysage de l'aide et du soin, plutôt que de le rendre plus cohérent.

La précarité des moyens alloués aux services était déjà grande. Même le statu quo des moyens publics n'est pas une solution, étant donné la flambée des coûts ces dernières années. A montant égal, les services doivent déjà restreindre leur offre ! L'annonce d'une nouvelle ère de restrictions budgétaires dans les moyens publics préfigure une aggravation de nombreux problèmes qui grèvent déjà l'aide et les soins.

Cette réalité va aussi à l'encontre de la mise au centre du·de la citoyen·ne-usager·ère, pourtant souhaitée dans toutes les politiques. Comment être vraiment à l'écoute de la personne lorsque le temps fixé pour la recevoir se réduit, que l'intervenant·e doit augmenter le nombre de personnes à écouter sur une journée ? Comment dans ces conditions pouvoir travailler à lui donner une plus grande place dans les processus de soin ?

Dans certains secteurs, comme celui des SSM, les équipes et les institutions essaient de maintenir des espaces d'échanges, d'élaboration et de formation, conditions indispensables pour un travail de qualité, répondant aux attentes de la population. Ces espaces doivent être préservés et même renforcés.

NOS DEMANDES POUR REPARTIR DANS LA BONNE DIRECTION : UNE OFFRE A LA HAUTEUR

2.1. Réinvestir massivement dans l'offre d'aide et de soins à Bruxelles, en soutenant d'abord l'existant.

- i. Réinvestir l'existant permet d'être conséquent quant au caractère essentiel du social-santé pour la société. Renforcer les équipes permet d'augmenter l'offre de base, de développer les actions de prévention, collectives, communautaires, de soutenir les capacités des équipes à connaître et collaborer avec le réseau. Cela permet d'augmenter la robustesse du tissu existant, de s'appuyer sur l'expérience acquise et de conforter auprès du public un paysage de services stable et digne de confiance. Comme déjà signalé, le statu quo budgétaire n'est pas une solution car il conduit dans les faits à une diminution de l'offre. **[Fédéral, Région, FWB, COCOF, COCOM, VGC]**
- ii. **Faciliter ce réinvestissement par une meilleure répartition des moyens opportuns entre entités politiques**, afin de soutenir une politique commune visant des objectifs communs, tout en tenant compte des différences énormes entre ressources de chacune. En matière de santé (mentale), le Fédéral dispose de moyens largement plus conséquents alors qu'une bonne part de ses objectifs repose sur un secteur ambulatoire à renforcer. **[Fédéral, Région, FWB, COCOF, COCOM, VGC]**
- iii. **L'ensemble des subsides doit être indexé**, en ce compris les subsides facultatifs ou en initiative. Cela permet, à financement constant, de maintenir le personnel et donc de stabiliser les actions.
- iv. **La durée des subsides doit être rallongée**. De nombreux projets ont fait leurs preuves depuis des années et devraient bénéficier de subsides structurels. En COCOF, la réforme en cours pour des initiatives pluriannuelles est aussi un pas dans la bonne direction. **[Fédéral, Région, FWB, COCOF, COCOM, VGC]**
- v. **Les décisions de reconduction** de subsides temporaires doivent être prises plusieurs mois **avant la fin du subside en cours**, et non après. Ceci afin d'éviter des interruptions qui mettent à mal le service à la population et déforcent les équipes. **[Fédéral, Région, FWB, COCOF, COCOM, VGC]**

« La première demande des patients ? De l'écoute et du temps ! »

Une représentante de la LUSS au colloque Be-Hive, 2023

- vi. Le réinvestissement doit **suivre une norme de croissance** afin de suivre à minima l'évolution démographique et les besoins croissants de la population. **[Fédéral, Région, COCOF, COCOM, VGC]**

- vii. Le réinvestissement doit aussi permettre **la formation continuée des équipes et des individus**, afin de soutenir la qualité du travail par une prise de recul, une remise en question des pratiques existantes et un soutien à la créativité et l'innovation. Aujourd'hui, les travailleurs doivent choisir entre répondre aux demandes de la population et prendre du temps pour se former. **[Fédéral, Région, FWB, COCOF, COCOM, VGC]**

NOS DEMANDES POUR REPARTIR DANS LA BONNE DIRECTION : PARTICIPATION ET DEONTOLOGIE

2.2. Encourager et soutenir les services dans l'intégration des patient·es selon une logique participative :

- i. Par une **information large et harmonisée sur les possibilités et conditions de soins, ainsi que sur leurs droits**. L'information des personnes doit pouvoir être pensée de façon adaptée en tenant compte des troubles / maladies mentales des personnes. **[Fédéral, COCOF, COCOM, VGC]**
- ii. Permettre aux patients et proches de participer à des espaces de concertation en tant qu'experts du vécu **sans que cela ne mette à mal leur statut ou leurs revenus**. **[Fédéral, Région, COCOF, COCOM, VGC]**
- iii. **Impliquer davantage les patient·es** dans le parcours de soin et l'accompagnement qui est construit avec eux·elles (niveau relationnel) ; dans l'évolution des pratiques et projets du service ou du réseau (niveau organisationnel) ; dans la détermination, le suivi et l'évaluation des politiques de santé mentale (niveau structurel).
- iv. **Soutenir le développement de la pair-aidance**, non seulement en matière de formation, mais aussi dans la reconnaissance de la fonction, son financement, les formations continuées à prévoir pour améliorer l'intégration de la pair-aidance dans les équipes. **[Fédéral, Région, COCOF, COCOM, VGC]**
- v. **Comblent l'absence de service de médiation droits du patients pour l'ambulatoire à Bruxelles**, en renforçant le service de médiation hébergé par la Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale et en établissant des conventions avec les secteurs ambulatoires. **[COCOF, COCOM, VGC]**

2.3. Préserver les conditions indispensables à la relation de confiance qui est au cœur du soin en santé mentale :

2.3.1. **Adapter le Dossier du Patient Informatisé** pour tenir compte des conditions spécifiques de la santé mentale. **[Fédéral]**

2.3.2. **Revenir au respect strict du Code Pénal** (art.458 et suiv.), des règles de déontologie, de la loi sur les droits du patient quant à la nécessaire approbation des patient·es pour partager leur donnée, et donc refuser la diffusion automatisée des données. **[Fédéral, COCOF, COCOM, VGC]**

2.3.3. **Réformer l'Autorité de Protection des Données** pour éviter les conflits d'intérêt qui perdurent malgré de multiples dénonciations. **[Fédéral]**

La LBSM est membre du Comité de Vigilance en Travail Social (CVTS) qui dénonce un détournement croissant du travail social vers des objectifs de contrôle et de management de la misère plutôt que d'émancipation sociale.

Le Comité de Vigilance en Santé Mentale, mis sur pied depuis 2022 et réunissant une série d'organismes représentatifs de métiers et d'acteurs du soin en santé mentale, insiste sur l'importance du respect des règles qui rendent la relation de confiance possible, surtout dans un domaine aussi sensible et mouvant que l'intime. Les données en santé mentale ne peuvent être traitées de la même manière que d'autres données de santé. La reconnaissance de cette spécificité est aussi un véritable « choix de société ».

AGIR EN AMONT

3. Démystifier la santé mentale

Si des évolutions sensibles sont observées à ce sujet, on constate que le sujet de la santé mentale reste encore souvent un tabou, une source de gêne, de honte ou d'incompréhension :

- De manière générale, la santé mentale émerge comme un sujet de discussion. Il y a énormément de **représentations**, de **clichés** qui demeurent et **qu'il faut pouvoir lever**, déconstruire, pour donner la place à des représentations positives sur la santé mentale.
- Dans certaines familles, dans certains groupes, la santé mentale reste un tabou, un signe de faiblesse ou d'étrangeté.
- Bon nombre de jeunes pointent le fait que les adultes qui les entourent au quotidien ne comprennent pas ce qu'il·elles vivent au quotidien.

Or, parler de santé mentale (la sienne et celle des autres) est essentiel pour aider les personnes à :

- mettre des mots sur ce qu'elles vivent,
- se sentir moins seules face à leur vécu,
- trouver de l'aide,
- agir plus tôt pour éviter que la situation se dégrade,
- accroître leur littératie en santé mentale.

Cela passe par un **travail plus soutenu de communication**, de sensibilisation et de formation à l'égard du grand public, des professionnel·les et des décideur·ses politiques.

A Bruxelles, la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale est le principal acteur de sensibilisation vers le grand public. Elle organise notamment [la Semaine pour la Santé Mentale, en partenariat avec le Crésam](#) qui anime la Semaine en Wallonie ; elle contribue aux [Rencontres annuelles Images Mentales de Psymages](#) ; elle a mené des [campagnes durant le COVID](#), créé [un fil podcast](#) et co-construit [des outils avec des jeunes](#). Mais les actions menées restent ponctuelles, à une échelle trop faible, alors que les besoins sont énormes.

NOUS DEMANDONS :

- 3.1. **Une communication bien pensée, qui cible ses publics et évite la sur-individualisation :** au-delà des réponses individuelles, la santé mentale touche à des phénomènes plus larges qui nécessitent des réponses collectives, notamment sous formes de politiques publiques de santé mentale. [Fédéral, COCOF, COCOM, VGC]
- 3.2. **De développer des actions de sensibilisation dans différents milieux, en incluant des acteurs existants,** en particulier le milieu scolaire, le monde du travail. Soutenir des approches collectives qui ne se contentent pas de gérer les conséquences individuelles mais d'agir aussi sur les causes de stress, d'épuisement, de dévalorisation... [Fédéral, Région, FWB, COCOF, COCOM, VGC]
- 3.3. **De développer des supports médiatiques réguliers,** qui installent le thème de la santé mentale dans le paysage, contribuant ainsi à le « banaliser », à le rendre plus familier et donc à le déstigmatiser, comme c'est le cas pour d'autres thèmes de santé. [FWB, COCOF, COCOM, VGC]
- 3.4. **De visibiliser ce qui existe déjà sur le terrain,** dans des messages / temps d'échange à destination du grand public, de groupes cibles et des professionnels. [FWB, COCOF, COCOM, VGC]
- 3.5. **La dotation de moyens structurels à la LBSM pour**
 - 3.5.1. **Développer de nouvelles actions ainsi qu'une expertise** en matière de communication santé mentale à l'égard du grand public.
 - 3.5.2. **Poursuivre des initiatives** construites pour durer, lancées mais interrompues faute de subsides :
 - i. La **Semaine pour la Santé Mentale** qui se tient chaque année autour du 10 octobre, journée mondiale de la santé mentale, et doit être l'occasion d'organiser des événements sur toute la Région vers le grand public. Les moyens actuels varient d'une année à l'autre, sans aucune garantie, s'appuyant surtout sur l'une ou l'autre structure privée. Ils sont également très limités alors que la Semaine nécessite des mois de préparation. Il faut au min. 0,5 ETP sur 12 mois, comme c'est déjà le cas au Crésam en Wallonie ;
 - ii. Les outils développés dans le cadre du projet « Tal'seum ! Santé mentale, santé vitale » (jeunesetsantementale.be) ;
 - iii. Les podcasts SMIB (Santé Mentale Inclusive Bruxelloise). [COCOF, COCOM, FWB]

NOS DEMANDES POUR REPARTIR DANS LA BONNE DIRECTION : UNE CONCERTATION REPENSÉE

- 3.6. Le travail avec le réseau doit être considéré comme un travail à part entière**, porté par une équipe, en lien avec des tâches spécifiques et les nouvelles fonctions en cours d'élaboration (comme les référents de proximité et les case managers). Le travail en réseau reste trop souvent vu comme un mode de travail qui vient remplacer autre chose ou qui se ferait de façon naturelle alors qu'il réclame du temps et des moyens. **[Fédéral, Région, COCOF, COCOM, VGC, FWB]**
- 3.7. En ce qui concerne les multiples lieux de concertation qui existent à Bruxelles, contribuer à une plus grande cohérence et une meilleure articulation** entre les espaces fédéraux (Brumenta, Bru-Stars, le GT Transversal) et régionaux (la Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale, la LBSM, mais aussi les nouveaux bassins et le centre d'appui qui organise ceux-ci). **[Fédéral, COCOF, COCOM, VGC]**
- 3.8. Renforcer la concertation et le dialogue entre ambulatoire, hospitalier et résidentiel extra-hospitalier**, pour favoriser la complémentarité et la continuité des soins, notamment pour les situations de crise et la question des mises en observation. **[Fédéral, COCOF, COCOM, VGC, FWB]**

4. Prévenir

« Mieux vaut prévenir que guérir ». En Belgique, la prévention en matière de santé reste encore et toujours le parent pauvre. Les actions pour accroître les contextes et comportements qui préviennent les maux restent insuffisantes et sont souvent pensées après-coup. La littératie en santé mentale reste très faible.

Pire ! On constate que des structures dites de prévention, sont confrontées à un tel afflux de personnes en détresse qu'elles consacrent l'essentiel de leur temps à y répondre, ce qui les détourne de leur action de prévention.

La prévention en matière de santé est également marquée par les **inégalités**. Les personnes ayant davantage de moyens économiques et disposant d'un plus grand bagage éducatif sont plus facilement touchées par les messages de prévention, les comprennent mieux et peuvent plus facilement les mettre en pratique. A l'inverse, dans les couches sociales plus défavorisées, bien des gens n'ont ni le temps ni l'énergie pour se pencher sur leur situation mentale, trop occupés à pourvoir à leur survie, alors que cette situation met à mal leur santé mentale.

Les problèmes de santé mentale surgissent tôt. **L'enfance et l'adolescence** sont des périodes importantes, la moitié des troubles mentaux se déclarant avant 14 ans. Le poids des inégalités, les relations conflictuelles, les exigences scolaires, l'utilisation intensive des réseaux sociaux sont autant d'éléments qui jouent sur la santé mentale et sur le développement des enfants et des jeunes. Or, les jeunes constatent eux-mêmes des difficultés non seulement pour identifier ce qui les mine, mais aussi de se faire entendre, comprendre par les adultes lorsqu'il-elles expriment leurs problèmes.

A l'autre bout, **la vieillesse** reste un temps mal considéré, peu pris en compte, oublié. La pandémie COVID a mis cela en exergue de façon dramatique. L'isolement est un des éléments qui renforcent leur vulnérabilité.

La **souffrance au travail** touche de plus en plus de personnes mais reste abordée essentiellement au niveau individuel, renforçant les mécanismes de culpabilité, de honte et de silence.

La **solitude** touche un nombre important de personnes dans une grande ville comme Bruxelles. Elle pèse sur la santé mentale des personnes et constitue un frein aux actions de prévention.

Le **suicide** reste très élevé en Belgique. Les données statistiques masquent d'ailleurs les tentatives de suicide dont le nombre est beaucoup plus important. En particulier chez les jeunes où le sentiment d'impasse est en augmentation.

NOUS DEMANDONS :

- 4.1. **De mener systématiquement des études d'impact santé mentale dans toute nouvelle politique publique**, avant son lancement. Evaluation concernant la santé mentale tant du public visé que des professionnel·les chargé·es de mettre en œuvre les mesures. **[Fédéral, Région, FWB, COCOF, COCOM, VGC]**
- 4.2. **De renforcer les actions socio-culturelles**. La culture est un élément essentiel qui joue sur la santé mentale. Quel que soit le média utilisé (théâtre, cinéma, arts graphiques, plastiques, musique...), elle crée du lien, permet un partage des vécus et encourage la créativité des personnes et des groupes face aux difficultés. Des initiatives multiples existent qui font le pont entre santé mentale et culture (comme les Rencontres Images Mentales). Elles gagnent à être renforcées, pérennisées et complétées par d'autres initiatives. **[FWB, COCOF, COCOM, VGC]**
- 4.3. **D'accompagner les employeurs dans la mise en place de politiques internes de prévention et de formation en matière de santé mentale**. De telles politiques doivent inclure les questions touchant aux éléments de contexte et de management utilisés pour justifier des conditions de travail vécues négativement par les employé·es. Il s'agit d'aller plus loin dans la prévention des risques psycho-sociaux et promouvoir une approche entrepreneuriale durable. **[Fédéral, Région, COCOM]**
- 4.4. **De renverser la politique menée ces dernières années sur les invalidités de longue durée**, qui multiplie les conditions d'accès ou de maintien à ce statut, ce qui précarise les personnes au lieu de les soutenir.
- 4.5. **Le renforcement des partenariats entre les secteurs de la Santé Mentale, de la Promotion de la Santé et de l'Education Permanente**, afin de construire des stratégies et des actions en faveur d'une meilleure littératie de la population sur la santé mentale. Le travail doit pouvoir toucher l'ensemble du public, tant les clichés et représentations négatives sont répandus dans la population, mais avec une attention particulière pour les quartiers plus défavorisés. Ces partenariats renforceront une approche où le public est acteur à part entière dans la sensibilisation sur la santé mentale. **[FWB, COCOF, COCOM]**

4.6. De rendre structurels les projets de prévention menés par les acteurs de terrain. De nombreux services ont développé des actions de prévention menées en prenant sur du temps de travail existant ou sur base de subsides annuels qu'il faut chaque fois renouveler. Cette précarité des moyens va à contre-sens du travail de prévention qui, par définition, est un travail sur le long terme. Une réponse qui se met en place à la COCOF est de proposer des subsides facultatifs pluriannuels. C'est un pas dans la bonne direction mais nous voulons aller plus loin. Nous demandons que tous ces projets soient intégrés dans les subsides structurels et qu'ils puissent être dupliqués dans d'autres quartiers pour toucher davantage de monde. **[COCOF, COCOM, FWB, VGC]**

Exemples de projets à pérenniser, actifs depuis de nombreuses années avec des moyens annuels et/ou insuffisants :

- Les Maisons Vertes Bruxelloises, lieux de socialisation parents-enfants (0-4 ans)

- La Guise, centre de psychomotricité relationnelle pour enfants de 9 à 42 mois

4.7. De doter les actions de prévention d'enveloppes budgétaires conséquentes et partagées. La prévention doit être développée en premier, en tant que politique de santé publique, et les moyens suffisants mis sur la table à la hauteur des ambitions affichées. Ces moyens doivent pouvoir être fournis par les différents niveaux de pouvoir : les effets d'une meilleure santé mentale impactent en effet tous les pans de la société, et donc toutes les compétences de politiques publiques. **[COCOF, COCOM, FWB]**

4.8. De soutenir et renforcer les acteurs qui font de la prévention, comme les SSM, mais aussi les services d'écoute téléphonique et de prévention du suicide présents à Bruxelles (Télé-Accueil et Centre de Prévention du Suicide), notamment en les dotant de moyens suffisants pour répondre à davantage de sollicitations. Il n'est pas acceptable que même ces services soient saturés. **[COCOF]**

4.9. De soutenir les proches et les familles dans l'accompagnement de la personne en souffrance mentale. Cela passe notamment par davantage de structures d'appui et de répit qui soulagent et soutiennent l'entourage. Cela passe aussi par davantage d'intégration de ces personnes dans les dispositifs d'aide et de soins. **[Fédéral, COCOF, COCOM, VGC]**

4.10. De soutenir la recherche en santé mentale, à la LBSM et ailleurs. La recherche permet de mieux comprendre et donc d'anticiper. Elle participe à établir des politiques de prévention. Ce besoin est d'autant plus important en santé mentale où les études manquent et sont très insuffisamment soutenues. La LBSM plaide pour des recherches qualitatives et quantitatives, y compris dans le cadre de partenariats bien pensés, pour contribuer à mieux connaître les réalités en santé mentale et à mieux étayer de futures politiques publiques.

La santé mentale a l'impact le plus important sur la vie de la population (33%) alors qu'elle représente moins de 7,5% de la recherche en santé.

(I. Myin-Germeys, KUL, 2023)

A titre de comparaison, les budgets de recherche en santé mentale sont de :

10 millions € pour la Belgique, soit 0,9€ par habitant

65 millions € aux Pays-Bas, soit 3,7€/hab.

250 millions € en Grande-Bretagne, soit 3,7€/hab.

Il faudrait multiplier le budget recherche par 4 pour atteindre le niveau de nos voisins.

5. Agir sur les déterminants sociaux

On le répète, la santé mentale est d'autant plus impactée quand **les conditions de vie se détériorent**. En outre, la **multiplication des obstacles** pour les personnes plus précaires, notamment dans les conditions mises pour bénéficier d'un revenu de remplacement, pèsent de plus en plus lourdement sur leur santé mentale. C'est alors un cercle vicieux, les troubles ou maladies mentales devenant à leur tour un frein à l'aide et au soin.

Les inégalités socio-économiques rejoignent également d'autres inégalités qui s'ajoutent les unes aux autres : **inégalités liées aux origines nationales, au racisme, aux genres et orientations sexuelles**. Il n'est ainsi pas surprenant que la santé mentale des femmes en situation de familles monoparentales, soit plus durement touchée que d'autres. Les publics d'origine étrangère et les publics LGBT+ expérimentent davantage de freins dans l'accès aux soins.

Lutter contre les inégalités permet donc d'améliorer les conditions de santé et d'alléger la pression sur le système de soins. Il s'agit d'un investissement qui bénéficie aux finances publiques et qui permet d'offrir à tout le monde les mêmes soins de qualité.

La Région Bruxelloise a lancé une approche plus territoriale des enjeux social santé, en privilégiant le travail de proximité et la responsabilité des acteurs envers tous les publics présents sur le territoire, en particulier les personnes les plus éloignées de l'aide et du soin. La proximité est donc soulignée comme un élément favorisant la lutte contre le non-recours et les inégalités. Elle a cependant une limite : **des problèmes ou des causes ne peuvent se résoudre à l'échelon local mais bien à un niveau supérieur** (régional, national voire plus haut). C'est un point d'attention à rappeler pour éviter des actions vouées à l'échec et minant le tissu social plutôt que de le renforcer. **Cela implique aussi une plus grande coordination entre les politiques des différents niveaux de pouvoir**.

NOUS DEMANDONS :

5.1. Une politique ambitieuse sur le logement à Bruxelles, problème social n°1, couplée à une approche environnementale :

- i. Pour renforcer les logements sociaux, réduire la part d'immeubles vides ; réguler les loyers devenus impayables pour beaucoup ; aider à la rénovation ; soutenir les petits propriétaires disposant d'un bien pouvant servir de logement ; encourager les gros propriétaires à davantage de mixité dans leurs locations... La question du logement est centrale pour de nombreux habitant·es et pèse fortement sur leur santé mentale.
- ii. Elle est aussi liée à la façon dont les logements sont conçus, de façon moins énergivore, et à la façon dont les espaces publics sont définis : les quartiers doivent disposer de davantage d'espaces partagés pour les loisirs et le lien social, et d'espaces verts, où les gens peuvent respirer. Les quartiers les plus précarisés sont aussi ceux où ces espaces sont les moins nombreux, ce qui joue sur la santé mentale des habitants.
- iii. Soutenir aussi les services d'accompagnement et de maintien en logement ; développer les logements qui favorisent l'autonomie des personnes à besoins spécifiques (personnes âgées, porteuses de handicap...). Soutenir les démarches de type Housing First.
- iv. Développer l'appui santé mentale auprès des publics relogés. La santé mentale est en effet un facteur important pour la réussite du maintien en logement. Développer l'appui santé mentale auprès des opérateurs de logements sociaux, publics et privés, afin de les aider à maintenir en logement des publics plus vulnérables en santé mentale.

[Région, COCOF, COCOM, VGC]

5.2. Développer l'appui santé mentale auprès des opérateurs de formation professionnelle et d'aide à la remise à l'emploi. [Région, FWB, COCOF, COCOM, VGC]

5.3. Mettre un terme aux politiques qui précarisent davantage les personnes déjà vulnérables.

- i. La LBSM souscrit à la [campagne Stop au statut de cohabitant](#) et réclame ainsi la **fin du statut de cohabitant** qui fragilise les personnes déjà appauvries et mobilise des moyens démesurés au service du contrôle social plutôt qu'à l'aide à la sortie de la précarité.
- ii. La LBSM participe à la campagne sur l'ordonnance numérique et demande l'obligation pour tous les services publics de **maintenir ouverts des guichets en présentiel**, en nombre suffisant et avec un accueil adapté aux personnes à besoins spécifiques.
- iii. La LBSM appuie les campagnes en faveur d'un **véritable accueil des personnes exilées**, quelles que soient leurs origines, offrant à toutes des conditions de vie

digne, non discriminantes, incluant un logement, une liberté de mouvement, une aide médicale urgente harmonisée et automatisée à l'échelle de la Région, des procédures de demande d'asile claires. En particulier, il est indispensable d'offrir à **toutes** les personnes exilées une approche similaire à celle développée pour les réfugié·es ukrainien·es, et de l'appliquer de façon pérenne, car les crises se succèdent, avec leurs lots d'exilé·es. Une attention spécifique doit être portée aux MENA en respectant la relation de confiance et les règles de confidentialité indispensables au travail thérapeutique. Le **recours à des interprètes** doit être encouragé et étendu, avec un renforcement des équipes d'interprètes professionnel·les, et des formations continuées sur le travail d'aide et de soin en santé mentale avec interprètes. **[Fédéral, Région, COCOM]**

5.4. Prévoir des politiques adaptées pour le passage de l'âge de majorité : c'est un âge qui réclame une attention particulière, une période de transition où les jeunes ont besoin d'un accompagnement dans l'accès à certains services. Le fait de quitter de manière abrupte la minorité fait basculer de nombreux jeunes dans une situation de précarité.

5.5. En matière d'addictions, quitter la logique centrée uniquement sur le sécuritaire, qui reste contre-productive, **et renforcer les politiques psycho-médico-sociales**, en particulier la **prévention**. La consommation croissante de drogues et substances addictives témoigne de difficultés sociales en hausse, d'une banalisation de l'usage de ces substances (comme l'alcool) et de l'absence de perspectives pour bon nombre de personnes. La criminalisation est une politique de gestion des effets, sans prise sur les évolutions en cours. Elle doit laisser la place à des politiques qui agissent sur une série de facteurs sociaux pesant sur les personnes et qui aident celles-ci à poser de meilleurs choix pour leur santé. **[Fédéral, COCOF, COCOM, VGC]**

5.6. En matière de handicap et de poly-diagnostics, concrétiser les demandes des acteurs du secteur telles que présentées en juin 2022 au Parlement francophone bruxellois : permettre une circulation libre des personnes entre régions et administrations (alors que la complexité actuelle entraîne bien souvent un non-accès pur et simple) ; renforcer les capacités d'accueil des services ; prévoir un budget en phase avec le nombre de demandes de conventions nominatives ; renforcer les services d'accompagnement ; faciliter l'accès à tous les profils trop souvent mis de côté ou oubliés ; viser la simplification administrative ; mieux anticiper et penser l'évolution des services. **[COCOF, COCOM]**

5.7. Renforcer les soins et l'aide à la réinsertion durant la détention, ainsi qu'à la sortie de prison. Les conditions actuelles des services d'aide et de soins en milieu carcéral sont indignes et la prison reste un lieu de désocialisation et de renforcement de la criminalité plutôt qu'une solution. Les premières semaines de sortie de prison sont insuffisamment investies, laissant les justiciables dans la précarité, ce qui favorise la récidive.

5.8. Augmenter le nombre d'équipes spécialisées à Bruxelles dans le traitement des Auteurs d'infractions à caractère sexuel (**AICS**). Depuis plus de 20 ans, 2 équipes seulement sont agréées (SSM ULB et Centre Chapelle-aux-Champs). Or les besoins sont nombreux et

plus diversifiés. Les 2 équipes existantes doivent être renforcées et de nouvelles équipes être agréées. [COCOF]

5.9. Améliorer la **qualité de vie des quartiers les plus denses**, par un réaménagement et un verdissement des espaces publics. L'accès à des espaces verts à proximité joue sur la qualité de vie des populations. [Région, communes]

5.10. Favoriser les espaces et actions de **mixité sociale**, condition indispensable pour faire vivre la solidarité entre sous-groupes de la population et renforcer la **cohésion sociale** mise à mal ces dernières années. [Région, COCOF, COCOM, VGC]

5.11. Renforcer les **lieux bas seuil**, les lieux dévolus à certains publics moins bien desservis, les espaces d'échanges entre professionnel·les pour transformer leurs pratiques vers plus d'inclusivité. [COCOF, COCOM, VGC]

Exemples de projets / lieux à créer ou renforcer :

- La Maison Parents Solos, pour les familles monoparentales
- Une fonction 0,5 / inclusive dans les services social-santé
- Les multiples lieux bas seuil existants, comme les lieux de liens ou les centres de jour
- Les Coordinations thématiques actives à la LBSM depuis des SSM, et la création d'une coordination thématique Santé mentale, genre et sexualités, afin d'encourager des pratiques plus inclusives dans les équipes.

ET LA LIGUE ?

En tant qu'ASBL actrice depuis plus de 40 ans et réunissant des personnes issues de tout le champ psycho-médico-social autour des questions de santé mentale, en tant que fédération représentant 80% des SSM à Bruxelles, la LBSM est en première ligne pour :

- être à l'écoute des besoins du terrain,
- informer et sensibiliser la population,
- éclairer les politiques,
- produire et diffuser des études et recherches,
- contribuer aux échanges et à l'amélioration des savoirs et des pratiques,
- défendre une approche inclusive, à la fois généraliste et spécialisée, de la santé mentale,
- plaider pour des changements positifs et accompagner ceux-ci.

Si elle est aujourd'hui reconnue comme un acteur incontournable sur les questions de santé mentale, la Ligue, ce n'est actuellement plus que 5 ETP occupés par 5 personnes (dont 2 postes financés par la COCOF).

Au vu des besoins et des évolutions politiques (comme le PSSI) qui réclament des acteurs régionaux de contribuer à une vision globale des enjeux social-santé à Bruxelles, les capacités de la Ligue doivent être renforcées pour une action efficace et efficiente :

- **Dans l'appui et la coordination des multiples initiatives existantes et à venir** (comme l'inter-lieux de liens), afin de soutenir une plus grande cohésion entre les actions menées sur la Région (actuellement 0/1 ETP) ;
- **Dans le développement d'événements de visibilité, de sensibilisation et de déstigmatisation de la santé mentale** (comme la Semaine pour la Santé Mentale ou les podcasts SMIB) (actuellement 0/0,5 ETP) ;
- **Dans la production d'outils à destination de divers publics** (comme le projet T'as l'seum) (actuellement 0 ETP) ;
- **Dans le recueil et l'analyse des données collectées par les SSM**, ainsi que la mise en place et le suivi de solutions logicielles adaptées dans les SSM (actuellement 0,5/1,5 ETP) ;
- **Dans la production de recherches quantitatives et qualitatives**, de façon proactive ou à la demande d'autres acteurs, afin d'améliorer la connaissance en santé mentale, connaissance qui reste en Belgique bien trop lacunaire. Cette production peut se faire également en partenariat avec d'autres acteurs comme le CREBIS, l'Observatoire de la Santé et du Social, ou les universités et hautes écoles (actuellement 0,5/2 ETP) ;
- **Dans la participation aux espaces de concertation** existants mis en place en santé mentale (Plateforme, Brumenta, Bru-Stars...) et à ceux prévus par le PSSI. Prendre part à ces espaces permet à la Ligue d'intégrer l'approche ambulatoire dans les réflexions et décisions, à contribuer à la circulation des informations entre les multiples niveaux, à soutenir des actions plus adaptées sur le terrain et à favoriser une meilleure évaluation de celles-ci (actuellement 0,5/2 ETP).



1
0
6
1

Le slogan « *Santé mentale, santé vitale* » a été imaginé par les jeunes ayant participé au projet « *Tal'seum* » porté par la LBSM et plusieurs partenaires. Nous avons repris ce slogan comme titre de notre mémorandum.

Ce document est un point de départ. Pour en discuter plus avant :

Personnes de contact :

Yahyâ HACHEM SAMII

Directeur de la LBSM

yhs@lbsm.be

0478/473 153

Paul JAUMAUX

Président de la LBSM

presidence@lbsm.be



LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE

Editeur responsable: Yahyâ H. SAMII

Graphisme : Alexandra TAROI

| Janvier 2024 |

www.lbsm.be