



SMES-B

SANTÉ MENTALE ET EXCLUSION SOCIALE - BELGIQUE

Rapport d'Activités 2017

SMES-B ASBL
Rue du Rempart des Moines, 78
1000 Bruxelles

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

I. Le contexte psychosocial	4
II. Les réponses du SMES-B	5
III. L'année 2017	6
IV. Objectifs 2018	7

RÉSEAU SANTÉ

I. Présentation du Réseau Santé	8
a. Introduction	8
b. Objectifs stratégiques	9
c. Objectifs opérationnels	9
II. L'année 2017	9
a. Les interventions intersectorielles	10
b. Les tables d'échanges	11
c. Information, diffusion et communication	13
d. Représentation, concertation, sensibilisation	13
e. Comité Réseau	15
III. Objectifs 2018	16

CELLULE D'APPUI

I. Présentation de la Cellule d'Appui	17
a. Le projet	17
b. Les constats	18
c. Les objectifs stratégiques	18
d. Les objectifs opérationnels	19
e. Valeurs	20
f. Les modalités d'intervention de la Cellule d'Appui	20
g. Public cible	21
h. Le système demandeur	21
i. Territoire d'intervention	21
j. L'équipe	22
k. Sources de financement	22
l. Partenaires	23
II. L'année 2017	23

a. Le soutien aux intervenants de première ligne autour de situations cliniques individuelles	23
b. Les séances d'intervisions	29
c. Les formations	29
d. Le projet Antenne Précarité - 107 - Première année de collaboration	30
e. Le Comité de réflexion	31
f. Groupes de travail, rencontres et débats	31
g. Activités institutionnelles	32
h. Institutions rencontrées	33
III. Objectifs 2018	34

HOUSING FIRST

I. Témoignages	38
a. Témoignage d'un bénéficiaire	38
b. Témoignage d'un membre de l'équipe	38
II. L'année 2017	39
III. Le modèle Housing First	40
a. Présentation générale	40
b. Le public cible	41
IV. Le projet Housing First du SMES-B	43
a. Le financement	43
b. Les objectifs	43
c. Composition des équipes	44
d. Des journées-type de travailleurs Housing First	45
e. Les partenaires	48
f. Résultats	50
g. Mission de formation des équipes Housing First	55
h. Communication et Réflexion	56
V. Objectifs 2018	58

INTRODUCTION

I. LE CONTEXTE PSYCHOSOCIAL

Issu en 1993 de la collaboration entre des acteurs de la santé mentale et du social, le SMES-B intervient à l'intersection de ces secteurs, et vise à favoriser un meilleur accès aux soins et à l'aide sociale pour les personnes cumulant grande précarité et souffrance psychique.

Posé il y a 25 ans, le constat que ce cumul complique l'accès à l'aide sociale et aux soins de santé reste, malheureusement, d'une actualité criante. Il suffit de se pencher sur quelques éléments pour constater que les inégalités sociales et de santé subsistent¹ :

- 15% des Belges, et 40% des Bruxellois sont en risque de pauvreté ;
- 8% des Belges, et 22,5% des Bruxellois déclarent reporter ou renoncer à des soins pour des raisons financières ;
- un gradient socio-éducatif persiste dans la distribution des troubles émotionnels, avec des prévalences qui diminuent à mesure que le niveau d'éducation s'accroît.

En outre, la grande précarité est en augmentation, comme en témoignent notamment les dénombrements de La Strada : de 2008 à 2016, le nombre de sans-abri recensés a presque doublé. L'évolution est particulièrement forte pour les personnes vivant en rue (+163% !).

Or, comme le soulignaient les participants à la recherche-action « sans-abrisme et santé mentale » réalisée par la Plate-forme de Concertation pour la Santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale (2014), la prise en charge de ce public reste éminemment difficile : « *Les travailleurs de rue et des maisons d'accueil partagent le constat que les personnes sans-abri, stigmatisées, sont rarement les bienvenues dans certains hôpitaux bruxellois qui tendent à se décharger sur les services d'urgence hospitaliers du centre-ville. Ils constatent également l'absence de sensibilisation et de formation du monde médical (y compris des psychiatres) sur la problématique du sans-abrisme. Les patients sans-abri ne peuvent en effet être traités comme n'importe quel patient. Il s'agit d'introduire plus de souplesse dans la prise en charge médicale, de maintenir le lien et surtout d'inscrire la prise en charge médicale dans le cadre d'un réseau d'acteurs sociaux responsable de l'accompagnement et du suivi des personnes. Les urgentistes présents lors des focus évoquent à ce propos leur mauvaise connaissance du réseau social et le décalage temporel entre les services d'urgence et les structures d'aide aux sans-abri qui rendent difficile l'orientation après la prise en charge. Les urgentistes ont par ailleurs fait part d'autres difficultés auxquelles ils sont confrontés dans la prise en charge de ce public : difficulté d'établir un diagnostic faute d'obtenir des informations sur l'histoire de la personne ; difficultés inhérentes aux personnes elles-mêmes qui ne formulent pas de demande, qui ont d'autres priorités que de se soigner et qui ne supportent pas les contraintes et les règles des institutions (rendez-vous, file d'attente...) ; difficultés liées enfin à la surcharge des services au sein des hôpitaux.* »

¹ Sources : Enquête EU-SILC, Enquête de Santé publique de l'Institut scientifique de Santé publique, Baromètre social de l'Observatoire de la Santé et du Social.

Ceci amenait les auteures de l'étude à constater que « *Ce qui doit être amélioré, c'est le travail en réseau et la connaissance et reconnaissance des différents services entre eux car ils permettent d'ouvrir des portes dans l'intérêt des personnes sans-abri comme des professionnels. C'est ce travail en réseau et cette meilleure connaissance qui permettront une continuité dans le lien et dans la prise en charge. Ceux-ci passent par l'introduction de plus de souplesse dans le fonctionnement institutionnel et par le décloisonnement des pratiques et des fonctions. Pour ce faire, il faut que les professionnels osent sortir de leurs murs pour aller à la rencontre des personnes sans-abri mais aussi des travailleurs des autres structures et de leur réalité de terrain.* »

II. LES RÉPONSES DU SMES-B

La création du SMES-B se fonde précisément sur cette volonté de mise en réseau, de décloisonnement, et de co-construction de dispositifs innovants dont la finalité est d'améliorer l'accès à l'aide et aux soins et, ce faisant, aux droits sociaux fondamentaux pour des personnes qui, par leurs difficultés sociales et de santé, en sont particulièrement exclues.

Cette volonté de construire des ponts, de tisser des liens, s'est d'abord concrétisée par la mise en place d'intervisions interinstitutionnelles et intersectorielles, au cours desquelles les travailleurs de terrain font connaissance avec d'autres services et pratiques, et échangent autour de vignettes cliniques. Ce travail a permis de faire émerger des questions transversales, partagées par les différents secteurs, qui ont été traitées dans des espaces de débats (les tables d'échanges) ou ont fait l'objet de recherches et recherches-actions. L'ensemble de ces activités ont contribué ensuite à la création de dispositifs innovants.

Ainsi, c'est au sein des interventions organisées par le SMES-B qu'est née l'idée de la création d'une Cellule d'Appui médico-psychologique. Créée en 2002, cette équipe mobile et pluridisciplinaire intervient en soutien aux intervenants de première ligne auprès d'un public cumulant grande précarité et souffrance psychique. Face à certaines impasses, à l'impossibilité de faire se rencontrer les personnes les plus précarisées et les services susceptibles de leur offrir un soutien, a surgi cette initiative : aller ensemble là où se posent, se vivent les impasses. Il semblait donc indispensable de compléter la démarche d'intervision par celle d'intervention : aller à la rencontre des personnes et des intervenants, construire ensemble en garantissant à l'usager un statut de partenaire d'un projet auquel il participe, là où il vit, à la rue, dans un centre d'hébergement, etc. Il s'agit d'éviter le morcellement dont il est si souvent l'objet.

En 15 ans, la Cellule d'Appui a acquis une reconnaissance indéniable auprès des institutions en contact avec un public cumulant grande précarité et troubles psychiques, à tel point que plusieurs d'entre elles acceptent de prendre en charge ce public à la condition de pouvoir compter sur l'équipe de la Cellule en cas de besoin, preuve que le dispositif atteint son objectif : contribuer à la diminution des seuils, et favoriser l'accès aux soins et à l'aide.

De même, c'est à travers le travail de réseau opéré par le SMES-B qu'il est apparu que l'accès à un logement pérenne, à bas prix et sans conditions autres que celles liées au bail, était un vecteur essentiel. Doublé d'un accompagnement pluridisciplinaire sur mesure, mobile et potentiellement intensif, il permet aux personnes de retrouver leur dignité et de cheminer vers leur rétablissement.

C'est pourquoi, dès 2011, le SMES-B s'est tourné vers le modèle Housing First² et a commandité une recherche visant à identifier les besoins auxquels une implémentation bruxelloise pourrait répondre et les conditions de sa mise en œuvre³. Un groupe de réflexion intersectoriel s'est ensuite mis au travail pour en affiner les contours et chercher des premiers financements. Ces acteurs dépassaient les champs de la santé mentale et de l'exclusion sociale pour travailler de concert avec les champs de la toxicomanie et du logement.

Le projet Housing First Belgium a été lancé en 2013 dans cinq grandes villes belges, dont Bruxelles. En 2015, un subside régional permettait la mise sur pied du projet Housing First Brussels, développé conjointement par le SMES-B et Infirmiers de rue. En quatre ans, 33 personnes sans-abri, cumulant des problématiques psychiatriques et d'assuétudes, ont été relogées et accompagnées par le projet Housing First du SMES-B. 94% d'entre elles sont toujours dans leur logement.

Malgré ces succès, le SMES-B reste pourtant une institution précaire : en 2017, 90% de son financement reposait encore sur des subventions facultatives. La pérennisation de l'organisation, et surtout de ses outils qui répondent à de véritables attentes et besoins du terrain, reste un enjeu central.

III. L'ANNÉE 2017

C'est dans cette volonté de consolidation que le SMES-B a entamé une réorganisation de son fonctionnement en 2017.

Ainsi, l'obtention d'un emploi Maribel a permis d'engager une chargée de communication et de la récolte de fonds afin d'augmenter la visibilité et la notoriété du SMES-B, et de diversifier ses sources de financement.

De même, le départ de la coordinatrice générale a été l'occasion d'une réflexion sur l'organigramme de l'ASBL, et de l'évolution de cette fonction vers une direction générale, chargée notamment d'assurer la cohérence globale des activités et la mise en œuvre de la stratégie arrêtée par le conseil d'administration.

Parallèlement, l'ASBL a entamé, grâce à un soutien financier du Fonds Julie Renson, un travail de rédaction d'un plan stratégique visant à clarifier ses missions, ses axes stratégiques, et son fonctionnement.

Ce travail est accompagné par le CFIP. Il tient notamment compte du contexte psychosocial évoqué plus haut, mais aussi du contexte sociopolitique : l'année 2017 a en effet été marquée par un large débat public autour de l'organisation du secteur de l'aide aux sans-abri à Bruxelles, à la suite de la révélation de certaines pratiques au sein du Samusocial et de la présentation par les ministres de l'Aide aux Personnes de la Commission communautaire commune d'un vaste projet d'ordonnance visant à réformer ce secteur. Le secteur de la santé mentale n'a pas été en reste, avec la réorganisation territoriale dans le cadre de la Réforme des soins de santé mentale d'une part, et le début de l'opérationnalisation des transferts de compétences suite à la Sixième réforme de l'État d'autre part.

² « Pathways to Housing », S. Tsemberis.

³ « Vers un programme de Housing First à Bruxelles », L. Martin.

Plus que jamais, l'environnement tant psychosocial que sociopolitique incitent donc à jeter des ponts entre institutions et entre secteurs.

C'est dans ce contexte que quatre nouveaux membres ont rejoint l'assemblée générale du SMES-B : Entre Autres IHP, Le Forum - Bruxelles contre les inégalités, Huis van Vrede, et Médecins du Monde.

Huis van Vrede a également intégré le conseil d'administration, à travers la personne de Marie-Alice Janssens.

Au niveau des équipes, l'année 2017 aura été marquée par le départ de Christine Noël, coordinatrice générale et coordinatrice Réseau, et de Nicolas Hotton, pair-aidant au sein de l'équipe Housing First, ainsi que par l'arrivée de Marine Harmel, fundraiser et chargée de communication, ainsi que de Mathieu De Backer, directeur général et coordinateur Réseau.

IV. OBJECTIFS 2018

En 2018, le SMES-B fêtera ses 25 ans. Cette étape symbolique sera l'occasion de redéfinir les priorités de l'association, en cohérence avec les évolutions de l'environnement (social, économique, politique...), à travers la finalisation du plan stratégique.

En ce qui concerne le Réseau, la volonté de renforcement des liens avec les différents secteurs, singulièrement ceux du logement et de la toxicomanie, se concrétisera entre autres par un élargissement de l'Assemblée générale du SMES-B. Cette année verra en outre le lancement d'une réflexion sur l'élaboration d'un programme d'immersions professionnelles, ainsi que, si les financements le permettent, le début d'une recherche-action sur la prévention du sans-abrisme.

La Cellule d'Appui, quant à elle, redéploiera progressivement ses activités d'interventions d'équipes et de formation des intervenants de première ligne aux questions de santé mentale et précarité. L'objectif d'une pérennisation à terme de la Cellule à travers une reconnaissance structurelle sera poursuivi.

Enfin, le projet Housing First poursuivra le développement de son activité, dans la perspective d'un agrément au 1^{er} janvier 2019. Ceci se traduira par une augmentation du nombre de locataires, ainsi qu'à travers le renforcement de l'équipe, grâce à l'arrivée d'une nouvelle pair-aidante et d'une animatrice socio-culturelle. Un projet d'activités communautaires pour l'ensemble des locataires des quatre projets Housing First bruxellois et le développement d'un axe de formation sont également en cours d'élaboration.

I. PRÉSENTATION DU RÉSEAU SANTÉ

a. Introduction

À la naissance du SMES-B était posé ce constat : le cumul de la grande précarité et de la souffrance psychique complique l'accès à l'aide sociale et aux soins, et les particularités des cadres et philosophies de travail des secteurs respectifs (santé mentale et social) rendaient difficile l'élaboration de pratiques appropriées. De ce diagnostic a émergé l'idée de travailler ensemble de nouvelles manières d'intervenir. Il s'agissait d'investir l'intersection pour des modes d'intervention innovants en se concentrant sur le bénéficiaire plutôt que de le contraindre à s'adapter aux logiques d'institutions : comment intervenir sans rompre un lien fragile parfois tissé lentement en respectant les espaces, les personnes investies par l'usager ? Comment donner à ce dernier sa place de partenaire dans des projets de soins et d'accueil ? Comment soigner dans les lieux d'accueil, d'hébergement ou dans la rue ? Comment accueillir dans les lieux de soins ?





La création du SMES-B, réseau de partenaires de terrain, se fonde donc sur une histoire au cours de laquelle des intervenants des champs de la santé mentale et de l'exclusion sociale ont cheminé ensemble et tenté de questionner autant leurs propres pratiques que les institutions qui les développent et les politiques d'aide aux personnes qui les sous-tendent.

De ce travail de réflexion a résulté la co-construction de dispositifs innovants dont la finalité est d'améliorer l'accès à l'aide et aux soins et, ce faisant, aux droits sociaux fondamentaux pour des personnes qui, par leurs difficultés sociales et de santé, en sont particulièrement exclues.

Le Réseau est donc un observatoire des problématiques de terrain avec le but actif de développer des outils de communication, de rencontres, de nouvelles méthodes de travail pour soutenir les professionnels. Il donne la possibilité aux acteurs de terrain de travailler différemment pour répondre avec plus de facilité aux besoins de leurs usagers, tout en capitalisant les savoir-faire individuels.

b. Objectifs stratégiques

La raison d'être du Réseau est de faire se rencontrer des mondes différents, d'œuvrer à la liaison des compétences pluridisciplinaires, de créer des ponts et de la coopération. En particulier, il vise à:

-  décloisonner les secteurs, en favorisant la circulation de l'information, l'échange de pratiques, la connaissance mutuelle des services et des travailleurs, et les partenariats entre ceux-ci ;
-  faire émerger des difficultés liées au cumul des problématiques (exclusion sociale, santé mentale, consommation), et des solutions intersectorielles (et éventuellement innovantes) à ces difficultés.

c. Objectifs opérationnels









Décloisonner ne peut se faire qu'à travers la confrontation des réalités : une part importante des activités du Réseau vise donc à mettre en contact les institutions, leurs travailleurs et leurs pratiques respectives. Cela se fait soit par la rencontre physique (intervisions...), soit par la diffusion de ces réalités à travers différents supports (site internet, réseaux sociaux, publications...).








Une fois cette mise en contact opérée, il s'agit de faire émerger les constats et les réponses à y apporter. L'organisation de tables d'échanges et la mise sur pied de projets de recherche participent à la réalisation de cet objectif. Par ailleurs, une fois ces besoins et solutions identifiés, il importe de les porter dans les différents secteurs afin de soutenir la prise en compte des besoins spécifiques du public cumulant les difficultés : à cette fin, le Réseau participe à de nombreuses rencontres, lieux de réflexion ou de concertation, sectoriels ou intersectoriels.

II. L'ANNÉE 2017

L'année 2017 a été marquée par un passage de témoin à la coordination du Réseau : Christine Noël a quitté le SMES-B en juin, Mathieu De Backer est entré en fonction le 1^{er} septembre.

Outre l'organisation du cycle d'intervisions et les activités de représentation et de concertation (voir ci-dessous), une part de l'activité du premier semestre a été consacrée à la réalisation du dossier de renouvellement d'agrément (conception, rédaction, traitement administratif - récolte des conventions...). La fin de l'année, quant à elle, a largement été dédiée à la prise de contact avec les partenaires au sens large (membres ou non du Réseau), les secteurs et leurs enjeux. Ainsi, ont été rencontrés entre septembre et décembre :

-  le service de la Santé du SPFB ;
-  le SMES-Europa ;
-  le Projet Lama ;
-  Diogènes ;
-  le Réseau 107 Bruxelles Est ;
-  le cabinet Santé Cocof ;
-  Transit ;
-  les partenaires de l'équipe mobile 107 Précarité ;

-  Huis van Vrede ;
-  Exil ;
-  le cabinet Affaires sociales Cocof et Aide aux Personnes Cocom ;
-  Médecins du Monde ;
-  Source ;
-  la plate-forme inter-associations du Rempart des Moines ;
-  la Fédération des services sociaux.

Ceci sans oublier la participation à de nombreuses journées d'études, instances de concertation et autres (voir ci-dessous).

En outre, le Réseau a également déployé ses activités historiques (intervisions et tables d'échange).

a. Les intervisions intersectorielles

Activité fondatrice du SMES-B, ces intervisions fonctionnent sous forme de groupes d'une dizaine de travailleurs de première ligne qui se réunissent mensuellement. Un seul travailleur par institution est accepté par groupe afin de garantir la circulation et la richesse de partage. Les groupes sont co-animés par un binôme d'intervenants issus du social et de la santé mentale. Ceux-ci n'adoptent pas une position d'expert, mais veillent principalement à stimuler les échanges et à faciliter la compréhension mutuelle.

Afin de soutenir une meilleure connaissance des secteurs, des institutions et des pratiques, les groupes d'intervention sont itinérants, en ce sens que les participants invitent, à tour de rôle, le groupe à se réunir dans les locaux de leur propre institution. Une séance d'intervention se déroule sur trois heures et inclut la visite de l'institution hôte, accentuant ainsi la connaissance réciproque des secteurs.

En 2017, trois groupes ont été constitués :

-  Groupe animé par Mahé Aja (SMES-B) et Emmanuel Bouvin (Home Baudouin).

Ce groupe s'est réuni à 7 reprises : 16/1, 6/2, 6/3, 3/4, 8/5, 29/5, 19/6.

Les institutions participantes étaient les suivantes :

- Cellule Capteur et Créateur de logements de l'Ilot ;
- CRIT de L'Équipe ;
- Dune ;
- Lhiving ;
- Talita ;
- Maison d'accueil socio-sanitaire ;
- maison d'accueil des Petits Riens ;
- La Maison Rue Verte ;
- SPAD Prisme Nord-Ouest.

- Groupe (néerlandophone) animé par Thomas Ameel (De Spiegel) et Bram Van de Putte (Diogènes).

Ce groupe s'est réuni à 7 reprises : 30/1, 27/2, 27/3, 24/4, 30/5, 12/6, 11/9.

Les institutions participantes étaient les suivantes :

- CAD De Werklijn ;
- CAW Brussel Woonbegeleiding ;
- Chez Nous - Bij Ons ;
- TrACTor ;
- MPC Sint Franciscus.

- Groupe animé par Alain Caufriez (Entr'Aide des Marolles) et Laurence Leroy (Centre de guidance d'Ixelles).

Ce groupe s'est réuni à 10 reprises : 31/1, 21/2, 21/3, 25/4, 23/5, 20/6, 19/9, 24/10, 14/11, 12/12.

Les institutions participantes étaient les suivantes :

- CAD De Werklijn ;
- Chez Nous - Bij Ons ;
- CPAS d'Ixelles ;
- Entre Autres IHP ;
- Lhiving ;
- maison d'accueil des Petits Riens ;
- maison médicale du Vieux Molenbeek ;
- service de Prévention de la commune d'Etterbeek.

Les évaluations des participants et des binômes d'animation confirment la pertinence des interventions. Celles-ci sont unanimement saluées pour leurs apports en termes de connaissance mutuelle, de renforcement de réseaux, de regards pluriels et multidisciplinaires sur les vignettes cliniques abordées. Un bémol toutefois : le passage du cycle d'interventions sur un calendrier d'année civile plutôt que d'année scolaire a eu pour conséquence le délitement partiel des groupes après l'été.

Pour éviter cet écueil, les interventions reprendront donc en 2018 en se calquant à nouveau sur l'année scolaire. En outre, une publicité accrue sera accordée à cette activité, via de nouveaux canaux de diffusion, et en veillant à élargir le public.

b. Les tables d'échanges

Ces espaces de débat ont pour vocation d'affiner les réflexions par rapport à des questions-clés en vue de l'adaptation des pratiques et/ou des politiques au bénéfice des personnes fragilisées socialement et psychologiquement, et des personnes qui les accompagnent. Chaque table d'échanges s'organise autour d'une question ou d'une problématique transversale (la non-demande, les structures d'hébergement non agréées...) qui émerge de manière récurrente des groupes d'interventions ou des partenaires de terrain avec lesquels le Réseau collabore. Une table d'échanges peut aussi s'organiser lorsque l'actualité des secteurs l'exige ou à la demande d'un

partenaire pris dans une situation particulièrement complexe : c'est l'essence même de notre pratique de réseau.

En 2017, une table d'échanges a été organisée le 6 décembre, sous le titre « *La violence dans l'institution : sortir du tabou de la peur pour repenser les pratiques* ». Son organisation a été prise en charge par un renfort temporaire de l'équipe en la personne de César Richelle.



Née d'une proposition de Kris Meurant (Transit) et de Muriel Allart (Housing First - SMES-B) lors du Laboratoire de l'Innovation Sociale « *Hors Circuit* » organisée en octobre par le Forum - Bruxelles contre les inégalités, cette matinée a été pensée comme une porte ouverte sur la parole, mais aussi sur des actions qui pourraient permettre de mieux penser et agir cette problématique complexe et souvent taboue. Un comité de pilotage composé de Virginie Bertinchamps (service social des hôpitaux Iris Sud), Julien Crabbe (Babel et Prisme-Interligne), Vincent Clapuyt (Maison d'accueil socio-sanitaire) et Marta Gonzales (SSM La Gerbe) a dégagé quatre angles d'approches : le point de vue de l'utilisateur, celui du professionnel, les aspects institutionnels et le contexte sociétal.

Après avoir pointé une série de constats (flux d'utilisateurs importants corrélés à des effectifs en sous-nombre, manque de formation du personnel, politiques sociales conditionnant toujours plus l'accès aux droits fondamentaux...), des pistes de solution ont été formulées : le renforcement du travail en réseau pour optimiser le temps et partager les connaissances, la mise sur pied de formations ou d'interventions dédiées à cette question, ou encore la création de fonctions telles que des accompagnateurs psycho-sociaux mobiles.

46 personnes provenant de 24 institutions ont pris part à la matinée. Elles étaient issues des secteurs de la santé mentale (Centre hospitalier Jean Titeca, SSM Le SAS Evere, Entre Autres IHP...), de l'aide aux sans-abris (maison d'accueil Escalle, Samusocial, Infirmiers de rue...), de l'action sociale (CPAS de Berchem-Sainte-Agathe, de Mons, d'Uccle), de la toxicomanie (Dune, Projet Lama, I.Care...), du handicap (L'Entre-Temps), de l'aide juridique (Justice de Proximité de la commune de Saint-Gilles).

Le travail sur cette thématique se poursuivra en 2018, avec un élargissement du comité de pilotage, afin d'élaborer des outils (publication, modules de formations...) à destination des professionnels.

c. Information, diffusion et communication

L'engagement, en 2017, d'une chargée du fundraising et de communication a permis de renforcer les outils de communication du Réseau. Ainsi, le site internet du SMES-B a été complètement revu. Il permet de relayer des informations, des bonnes pratiques, des publications... en matière d'intersectorialité et de décloisonnement.











Les réseaux sociaux ont quant à eux été redynamisés, et on fait l'objet d'une cinquantaine de publications pour la page Facebook et d'environ 35 pour le compte Twitter, sur des sujets tels que les politiques finlandaises de prévention et de sorties du sans-abrisme, le dénombrement de La Strada, l'ouvrage « Sorties de rue » du Forum - Bruxelles contre les inégalités, les recommandations de la FEDITO Bruxelles sur la politique en matière d'alcool, etc.

Ce renforcement de la fonction de diffusion et de relais d'informations se poursuivra en 2018, notamment par la création d'une newsletter.

d. Représentation, concertation, sensibilisation

Afin de relayer les besoins du public-cible en matière de prise en charge (notamment en matière d'accès à l'aide et aux soins), de faire connaître les pratiques novatrices ainsi que les constats et les spécificités liés à la prise en charge intersectorielle, le Réseau a participé en 2017 à différents lieux de concertation intra- et intersectorielles, à des colloques, conférences et congrès divers, ainsi qu'aux activités du réseau du SMES-Europa.

La coordination du Réseau a donc participé aux instances et réunions suivantes :

-  groupe de travail du conseil consultatif de l'Aide aux Personnes (Cocom) sur l'avant-projet d'ordonnance relative à l'aide d'urgence et à l'insertion des personnes sans-abri (3 réunions) ;
-  Concertation bruxelloise de l'aide aux sans-abris (3 réunions) ;
-  mouvement « Droit à un toit ou droit dans le mur ? » (3 réunions) ;
-  comité de pilotage, assemblée générale, et un groupe de travail de l'antenne 107 Rézone (4 réunions) ;
-  Inter-réseaux bruxellois (qui rassemble différentes coordinations de réseaux issues du secteur de la santé mentale, et auquel le Réseau du SMES-B participe afin que les besoins du public-cible soient pris en charge dans les travaux et réflexions) et son sous-groupe Outils (4 réunions) ;
-  groupe de travail « équipes mobiles » de la Plate-forme de concertation pour la santé mentale (2 réunions) ;
-  groupe de travail « fonction 2B » de l'antenne 107 Hermèsplus (1 réunion) ;
-  CA de Bru4Home (1 réunion) ;
-  comité de pilotage de la Cellule Créateur et Capteur de Logements de l'Ilot (1 réunion) ;
-  Groupe de travail intersectoriel autour du Housing First, réunissant le SMES-B, la Strada, le Forum - Bruxelles contre les inégalités, l'AMA, la PFCSM, la FSSMB, la FDSS et Infirmiers de rue (3 réunions).

La coordination, qui avait mobilisé une large part de son énergie en 2016 pour la conceptualisation et la création de l'Équipe mobile 107 Précarité, a également suivi ce projet lors de son opérationnalisation en 2017, et a participé aux réunions de concertation entre les partenaires du projet afin de s'assurer que les besoins du terrain émanant des interventions (prise en charge ambulatoire en matière de santé mentale des personnes sans-abris, difficultés liées à l'accès des structures de soins par ce public....) soient pris en compte par celui-ci.

Né à la suite d'une conférence du SMES-Europa en 1993, le Réseau du SMES-B continue de s'inscrire dans cette dynamique de réseau international pour témoigner, relayer et s'inspirer.

En 2017, la coordination du Réseau a participé :

- à la préparation du colloque de Lisbonne (ci-dessous) pour l'organisation des workshops (2 réunions) ;
- au colloque « Mental Health and Social Exclusion european network » à Lisbonne (2 jours) ;
- au projet Erasmus Plus du SMES-Europa : co-conception/création d'une formation au niveau européen à destination des intervenants psycho-sociaux travaillant avec un public en situation précaire et en souffrance psychique importante (3 jours) ;
- à une réflexion sur l'organisation du SMES-Europa et ses activités à venir (1 jour).

La coordination du Réseau s'est également investie dans divers chantiers internes au SMES-B :

- le comité de réflexion de la Cellule d'Appui (2 réunions), afin de servir de relais des demandes et besoins du public cible perçus sur le terrain, dans le réseau et dans les secteurs ;
- l'organisation d'une AG extraordinaire du SMES-B afin de modifier les statuts de l'ASBL (les membres de l'AG sont présumés membres du Réseau) ;
- la supervision institutionnelle du SMES-B, visant à préciser les missions, et établir un plan stratégique pour l'institution (13 réunions).

En outre, les projets du SMES-B (Cellule d'Appui et Housing First) contribuent également à la dynamique du Réseau par l'identification des impasses et besoins des secteurs, par la construction de réponses intersectorielles, et par le témoignage sur l'ensemble de ces constats et pratiques. À ce titre, les équipes de ces projets ont notamment participé en 2017 :

- au Groupe de Travail Intersectoriel autour du Housing First, réunissant le SMES-B, la Strada, le Forum, l'AMA, la PFCSM, la FSSMB, la FDSS et Infirmiers de rue ;
- à la Concertation bruxelloise de l'aide aux sans-abri ;
- au groupe de travail du conseil consultatif de l'Aide aux Personnes (Cocom) sur l'avant-projet d'ordonnance relative à l'aide d'urgence et à l'insertion des personnes sans-abri ;
- au groupe de travail Logement et Santé Mentale de la PFCSM ;
- à l'AG et au CA de Bru4Home ;
- aux interventions sur les garanties locatives comme outils d'accès au logement pour les personnes sans-abri organisées par la Fondation Roi Baudouin ;

- au comité de pilotage de la Cellule Créateur et Capteur de Logement de l'Ilot ;
- au comité de pilotage et au CA d'Archi Human ;
- au groupe de travail « habitat léger, innovant, temporaire » de SOHONET ;
- au groupe de travail « Équipes psychiatriques mobiles », initié par la Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale de la Région de Bruxelles-Capitale ;
- au groupe de travail « Logement et Santé Mentale », organisé par le Service Communal de Médiation locale de Molenbeek-Saint-Jean ;
- au groupe de travail « Passerelles » avec le secteur de l'aide aux personnes handicapées et moins valides, groupe issu de la Concertation bruxelloise de l'aide aux sans-abri ;
- à un débat sur la violence institutionnelle organisé par l'Association des Maisons d'Accueil lors de l'AMA'tinée ;
- à un débat sur la thématique du sans-abrisme organisé par l'IESSID-HE2B, Haute Ecole de formation d'assistants sociaux ;
- au colloque « Des laissés pour compte », organisé par le CRéSaM, à Mons, en tant que rapporteur ;
- à la XIVe conférence européenne « Dignité et Bien-être » du SMES- Europa ;
- au midi de PAC sur le thème « Housing First, le logement comme levier de changement » ;
- à la semaine « Hors-Circuit » du Forum - Bruxelles contre les inégalités ;
- à la conférence sur le sans-abrisme et la grande précarité organisée par Opération Thermos ;
- aux Rencontres organisées par le SPP Intégration Sociale.

Enfin, la chargée de communication du SMES-B a quant à elle participé à une réunion de la coordination sociale de Forest.

e. Comité Réseau

Le Comité Réseau est l'instance de pilotage des activités du Réseau. Lieu de débat intersectoriel, il décide des projets à mener, de leur orientation, de leur suivi, et participe à leur évaluation.

En 2017, le Comité s'est réuni à deux reprises, afin de mener une réflexion sur l'élargissement du cercle d'acteurs membres du Réseau (champs du social, de la toxicomanie et de la santé mentale) d'une part, et sur la conception et planification des activités et de l'organisation du Réseau pour la période 2018 - 2020 d'autre part.

III. OBJECTIFS 2018

En 2018, le Réseau du SMES-B fêtera ses 25 ans. Le constat posé à sa fondation reste d'une actualité criante : le cumul de la grande précarité et de la souffrance psychique complique l'accès à l'aide sociale et aux soins. Encore et toujours, la nécessité de décroisonner les secteurs, de relier les professionnels et les institutions, de faire émerger des pratiques innovantes, est présente.

La première année de ce nouveau triennat d'agrément verra la poursuite des activités historiques du Réseau (interventions intersectorielles et interinstitutionnelles, tables d'échange), et sera l'occasion également de poser les fondations de nouvelles pratiques. Ainsi, une recherche-action sur les dispositifs de prévention du sans-abrisme est en projet, sur base d'expériences concluantes menées à l'étranger, notamment en Finlande. De même, l'élaboration de programmes de formations et d'immersions contribuera à disséminer les pratiques intersectorielles. Ceci dans un seul but, le même depuis 1993 : l'amélioration de l'accès à l'aide et aux soins pour les publics les plus fragiles, cumulant les problématiques, et souvent en situation de « non-demande ».

CELLULE D'APPUI

I. PRÉSENTATION DE LA CELLULE D'APPUI

a. Le projet

La Cellule d'Appui a été créée en 2002 par le SMES-B en tant qu'équipe d'intervention mobile à l'intersection de la santé mentale et de l'exclusion sociale. Le projet a été élaboré par différents partenaires du réseau du SMES-B, qui rassemble des acteurs de la santé mentale et du social : directeurs, coordinateurs et professionnels de maisons d'accueil, de travail de rue, de services sociaux, de services de santé mentale, de services psychiatriques hospitaliers.

Cette équipe pluridisciplinaire a comme objectif de favoriser l'accès aux soins, au logement et à l'aide sociale pour les personnes souffrant de troubles psychiques cumulés à des processus d'exclusion sociale, souvent sans demande explicite et/ou en refus de soins.

Pour ce faire, la Cellule d'Appui intervient à la demande et en appui des travailleurs de première ligne autour de situations cliniques individuelles, complexes et inquiétantes, et organise également des cycles de formation et de sensibilisation sur la santé mentale et l'exclusion sociale.



b. Les constats

Les personnes souffrant de troubles psychiques, cumulés à des processus d'exclusion sociale, ont très difficilement accès à l'aide et aux soins.

Les services d'accueil et d'accompagnement (maisons d'accueil, centres d'urgences, services sociaux, etc.) de ce public ainsi que les services du secteur de la santé, en particulier de la santé mentale, connaissent en effet d'importantes difficultés à mettre en œuvre leurs missions à l'égard de ces personnes, pour toute une série de raisons : manque de formation des soignants sur les questions de précarité et des travailleurs sociaux sur les questions de santé mentale, cadres institutionnels peu adaptés au cumul de problématiques et qui ont pour effet de « filtrer » le public, non-demande et non-recours de la part du public.





Dans de telles circonstances, les professionnels du social, de la santé et de la santé mentale peuvent se retrouver démunis ou découragés, ce qui complexifie, voire empêche la prise en charge du public.

c. Les objectifs stratégiques

Face à ces impasses, à cette non-prise en charge, l'équipe de la Cellule d'Appui a construit une méthodologie d'intervention qui s'appuie sur la demande des travailleurs et qui promeut la rencontre des intervenants et des usagers, là où ils se trouvent, pour construire ensemble des réponses, en garantissant à l'usager un statut de partenaire. Les cycles de formation et d'interventions organisés par la Cellule d'Appui sont également développés à partir des besoins et des points d'impasses des travailleurs qui en font la demande.

Il s'agit de sensibiliser et de former les intervenants et les institutions aux spécificités de la prise en charge du public cible - fort vulnérable - pour éviter que ces personnes se retrouvent «ballottées» d'une institution à l'autre, qu'elles renoncent à solliciter toute forme d'aide ou qu'elles soient exclues des services d'aide ou de santé mentale.

Le travail de la Cellule d'Appui s'articule autour des objectifs suivants :

-  favoriser l'accès aux soins (en particulier psychiques) et à l'aide sociale des personnes, souvent sans demande explicite, cumulant exclusion sociale et troubles psychiques ;
-  favoriser une meilleure connaissance et une plus grande acceptation des problématiques de santé mentale et d'exclusion sociale par les travailleurs et les institutions ;
-  développer et promouvoir des pratiques intersectorielles, à la frontière entre social et santé mentale, pour répondre aux besoins du public visé ;
-  alimenter la réflexion du SMES-B concernant les impasses institutionnelles et (inter)sectorielles quant aux dispositifs d'aide et de soins à l'égard du public visé.

d. Les objectifs opérationnels

La Cellule d'Appui intervient donc à différents niveaux.

- Au niveau des travailleurs : permettre la consolidation et le développement de leurs compétences dans l'accompagnement et la prise en charge du public cible. Les rencontres avec les travailleurs, les différents échanges concernant la situation pour laquelle ils ont sollicité notre intervention, permettent une meilleure connaissance des différentes problématiques (notamment de santé mentale) et une réflexion sur les modalités les plus adéquates de leur prise en charge. L'intervention de la Cellule d'Appui permet également une prise de distance quant aux impasses, ou tout simplement la possibilité d'avoir un espace de dialogue, un moment de répit par rapport à une situation vécue comme difficile.

L'analyse des situations de blocage montre que l'absence de la Cellule d'Appui aurait pu, assez clairement, conduire à des situations d'échec. En effet, les professionnels tentent déjà de faire le maximum avant de contacter la Cellule. Par ailleurs, ils ont de l'expérience, participent à des réunions d'équipe en interne, et certains bénéficient de supervisions collectives, voire participent ou ont participé aux cycles d'intervisions organisés par le Réseau du SMES-B. Malgré tout cela, ils peuvent avoir besoin, à un moment donné, de l'appui spécifique de la Cellule. Les professionnels sont en demande de ces interactions, de ces apports d'expériences, de ces regards pluriels autour d'une situation compliquée. Et cette place investie par la Cellule n'est visiblement occupée par aucun autre service, ou en tout cas pas avec cette combinaison d'approches.

- Au niveau institutionnel : favoriser l'évolution des pratiques institutionnelles. Elle-même issue d'un réseau d'associations actives dans le social et la santé, la Cellule d'Appui vise le développement de pratiques intersectorielles et de réseaux au sein des institutions de soins et d'aide aux personnes vulnérables. Ainsi, la Cellule sert de pont entre les institutions, permet de (re)construire un réseau d'intervenants autour de l'utilisateur et de combler de réelles lacunes en termes de mobilité (aller vers), de collaborations et de coordinations entre les secteurs du travail social, de la santé mentale et du monde médical.

Vis-à-vis des systèmes de soins traditionnels, la Cellule joue un rôle de chaînon manquant pour pallier le manque de liaisons autour du patient. En outre, l'intervention de la Cellule contribue également à l'abaissement des seuils d'accès des institutions, à la fois par l'évolution des pratiques, mais aussi par la simple existence de la Cellule et le fait de savoir que l'on pourra y faire appel en cas de situation problématique : de nombreuses institutions acceptent une prise en charge à condition de pouvoir compter sur le soutien de l'équipe de la Cellule en cas de besoin.

- Au niveau de l'utilisateur : favoriser le processus de soins de l'utilisateur à partir d'une prise en charge globale qui tient compte de sa non-demande ou du refus d'aide, mettant en avant la temporalité subjective de l'utilisateur.

e. Valeurs

L'équipe de la Cellule d'Appui et son travail sont portés par des valeurs telles que le non jugement, l'accès inconditionnel aux droits fondamentaux, le respect des choix des intervenants et des usagers, une écoute bienveillante, une orientation vers la recherche de solutions, la fiabilité.

f. Les modalités d'intervention de la Cellule d'Appui⁴

La méthodologie de travail de la Cellule d'Appui se déploie dans 3 types d'interventions spécifiques.

Le soutien aux intervenants de première ligne

La Cellule d'Appui travaille à partir de demandes adressées par des professionnels en impasse dans l'accompagnement d'une personne en souffrance psychique et exclue socialement.

Il s'agit d'une intervention de deuxième ligne, pluridisciplinaire et intersectorielle, assumant une fonction de triangulation et de soutien au(x) travailleur(s) demandeur(s), sans se substituer au réseau d'aide et de soins existant. Mobile, la Cellule d'Appui favorise la rencontre avec les professionnels sur leur lieu de travail et avec les usagers sur leur lieu de vie. Chaque demande est discutée en équipe pour définir les interventions les plus adéquates ; ces dernières se font en binôme. Le délai d'intervention est d'une semaine maximum.

La Cellule d'Appui intervient dans les situations de crise, mais ne travaille pas dans l'urgence. Au contraire, elle inscrit son intervention dans le temps avec l'objectif de la continuité de l'aide et des soins. Elle peut donc être amenée à assurer le suivi de la personne lors de ses ruptures avec les institutions de première ligne, et ne clôture son intervention que lorsque la situation a été débloquée et qu'un suivi assuré par d'autres professionnels a pu être (re)mis en place.

Les séances d'intervisions

Ces interventions sont des moments de rencontre entre deux équipes : celle de l'institution demandeuse et celle des travailleurs de la Cellule d'Appui. Elles ont la particularité de réunir différents champs de compétences. Chaque équipe apporte ses connaissances et son expérience dans ses domaines d'action privilégiés. Ainsi, les moments d'intervision enrichissent la pratique de terrain de part et d'autre et permettent une ouverture vers d'autres types d'actions et de ressources. Lors des séances d'intervision, on discute de situations ou de personnes qui inquiètent, interpellent ou posent problème. L'objectif est de réfléchir ensemble et de co-construire des réponses adéquates au cas par cas.

La sensibilisation/formation aux problématiques de santé mentale

Les difficultés d'accès aux soins et à l'aide sociale sont fréquemment dues à une méconnaissance des problématiques de précarité et de santé mentale par les intervenants de première ligne. Outre le soutien autour de situations spécifiques, la Cellule d'Appui organise également des formations sur ces sujets pour les travailleurs sociaux et les soignants.

⁴ Une description détaillée de la méthodologie et des modalités d'intervention de la Cellule d'Appui est disponible sur http://www.smes.be/IMG/pdf/ra_ge_ne_ral_2016.pdf et <http://www.smes.be/IMG/pdf/recherche-cocom-2005.pdf>

Les modules sont organisés sur des thématiques en lien avec le travail des professionnels concernés, et les séances pensées comme des espaces de parole où les travailleurs peuvent mettre en lien la théorie exposée avec ce qui se passe concrètement sur le terrain. Les formations débutent avec des cas concrets pour articuler la théorie à la pratique. Elles ne relèvent donc pas d'une logique de simple transmission de savoirs mais d'une co-construction de compétences en lien avec la réalité de terrain. Les formations permettent en outre de diffuser la philosophie de l'intersectorialité et le recours à des pratiques de réseau.

g. Public cible

Le public visé est constitué des personnes en grande précarité, isolées, en souffrance psychique et sans demande d'aide explicite ou en refus de soins. Cependant, les demandes d'interventions à la Cellule d'Appui sont adressées par les professionnels qui suivent ces personnes.

h. Le système demandeur

Il s'agit des structures du secteur de l'aide aux sans-abri (maisons d'accueil, centres d'accueil, travailleurs de rue, etc.), du secteur de la santé (services de santé mentale, gardes psychiatriques, maisons médicales, etc.) et du social (CPAS, logements sociaux, AIS, etc.).

i. Territoire d'intervention

En raison de la concentration des services proposés aux personnes sans-abri sur la Ville de Bruxelles, le territoire d'intervention de la Cellule d'Appui se situe essentiellement au centre de la capitale, mais s'étend à la Région de Bruxelles-Capitale, voire en dehors.

j. L'équipe

Le profil des membres de l'équipe n'est pas anodin et chaque fonction professionnelle est totalement assumée de manière spécifique et autonome, tout en étant potentialisée par les autres, compte tenu de chaque demande et de l'évolution de chaque situation.

La Cellule d'Appui travaille avec le réseau, élaborant avec lui un projet qui fait sens pour lui, afin qu'il puisse se l'approprier. Elle évite ainsi de prendre la place de relayeur. Ce travail s'appuie sur une multitude de références, tant systémique, analytique, que médicale, sociale, juridique, sociologique.

En 2017, l'équipe se composait comme suit :

- un psychiatre (0,4 ETP) dans le cadre du partenariat avec l'Antenne Précarité -107 ;
- une psychologue (0,5 ETP) ;
- une coordinatrice (0,2 ETP) ;
- une assistante sociale (0,4 ETP).



Jusqu'à la fin 2016, la Cellule d'Appui a bénéficié d'une subvention annuelle du SPF Santé Publique dans le cadre du projet « Outreaching Adulte - Précarité ». En 2017, les moyens financiers du projet ont été réaffectés à la création, dans le cadre de la Réforme en santé mentale, de l'Antenne Précarité -107. Ceci a permis le maintien au sein de la Cellule du poste de psychiatre avec les missions décrites dans les projets 107. Cependant, deux postes de travail ont dû être supprimés (thérapeute et infirmière).

Le travail de la Cellule d'Appui a donc dû s'adapter aux changements d'équipe. Le temps de travail en 2017 était nettement insuffisant pour que le projet puisse mener à bien ses objectifs de formation et de sensibilisation ainsi que les interventions institutionnelles. Cependant, il était riche en collaboration avec l'équipe de l'Antenne Précarité -107 sous la forme de co-interventions.

k. Sources de financement

En 2017, la Cellule d'Appui a bénéficié :

- d'une subvention en initiative de la Cocof (Santé) ;
- d'une partie de la subvention en initiative de la Cocom (Aide aux personnes) dont le SMES-B bénéficie.

I. Partenaires

Comme décrit précédemment, la Cellule participe à l'équipe mobile de l'Antenne Précarité -107 créée en janvier 2017. Ce dispositif d'outreaching et de première ligne est composé d'infirmiers, psychologues, psychiatre, travailleurs psycho-sociaux spécialisés en santé mentale. L'équipe est portée par trois institutions : le SMES-B, le Samusocial et Source, sous la responsabilité financière et contractuelle du Centre Hospitalier Jean Titeca. Elle intervient auprès d'un public sans-abri adulte nécessitant une prise en charge sur le plan de la santé mentale. L'intervention se réalise avec ou sans demande explicite. Il s'agit d'une prise en charge inconditionnelle, bas seuil, gratuite, avec/sans ressource et avec/sans statut de séjour en ordre.

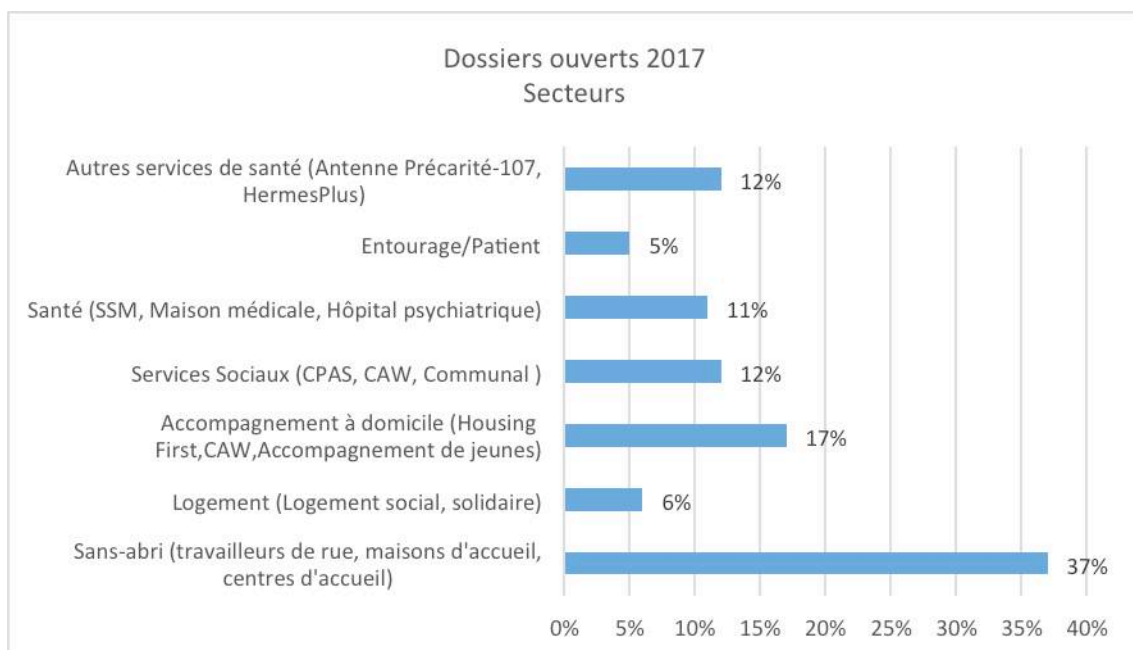
II. L'ANNÉE 2017

L'activité de la Cellule d'Appui en 2017 sera présentée et analysée à partir des modalités d'intervention décrites précédemment. Il sera question, également, de donner un aperçu du développement de projets spécifiques tels que la collaboration avec l'Antenne Précarité -107 et le Comité de réflexion, ainsi que d'autres activités et rencontres effectuées durant l'année.

a. Le soutien aux intervenants de première ligne autour de situations cliniques individuelles

Le système demandeur en 2017

La Cellule d'Appui a reçu 78 nouvelles demandes en 2017, dont 60 ont fait l'objet d'une ouverture (ou réouverture) de dossier. 37% de ces nouvelles situations cliniques sont issues d'institutions du secteur de l'aide aux sans-abri, 17% du secteur de l'accompagnement à domicile, 12% du secteur de l'aide sociale et 12% des équipes mobiles 107.



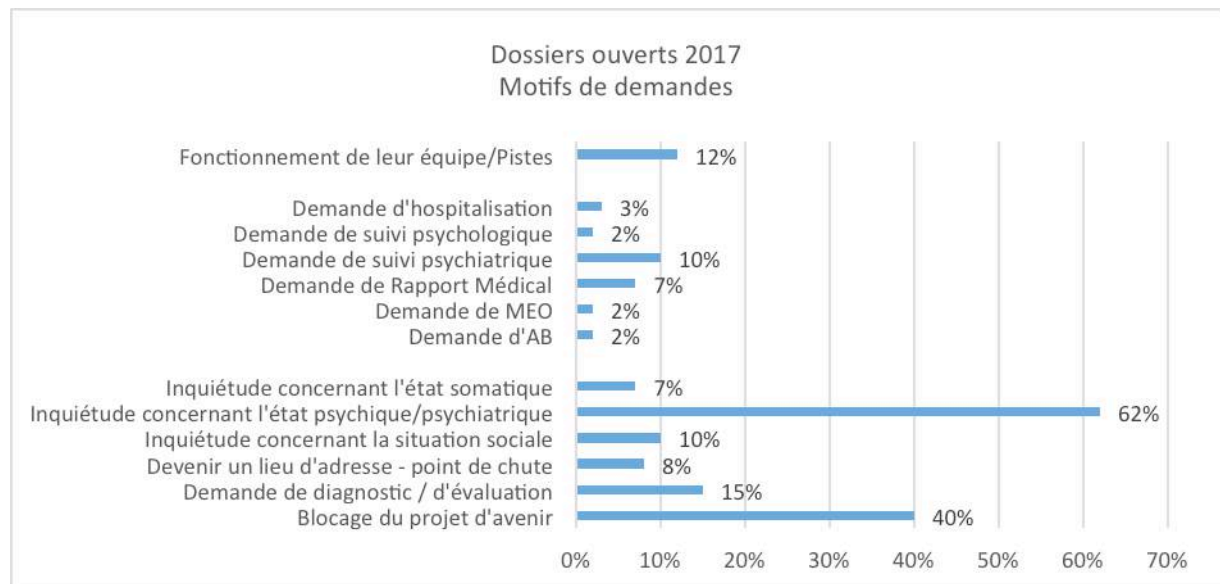
Bien que ces chiffres confirment qu'en 2017 le secteur de l'aide aux sans-abri est toujours le « système demandeur » privilégié de la Cellule d'Appui, on remarque cependant, au fil des années, un changement par rapport aux différents secteurs qui demandent notre intervention.

Ainsi, les institutions du secteur de l'aide aux sans-abri ont diminué graduellement leur nombre de demandes entre 2015 (45%) et 2017 (37%) et celles du secteur de l'accompagnement à domicile ont augmenté entre 2015 (2%) et 2017 (12%).

Les institutions du secteur du logement à caractère social étaient plus actives quant au nombre de demandes en 2015 (12%) et en 2016 (13%) - années par ailleurs où la Cellule travaillait en partenariat avec le SASLS - qu'en 2017, avec seulement 6% de demandes les concernant (chiffres 2015 et 2016 : cf. annexe tableaux 1 et 2).

Les motifs des demandes

Comme les années précédentes, les deux facteurs principaux qui amènent les travailleurs à nous contacter sont leurs inquiétudes concernant l'état psychique de l'usager (62%) et les situations d'impasse par rapport au projet d'avenir (40%) (chiffres 2016 : cf. annexe tableau 3).



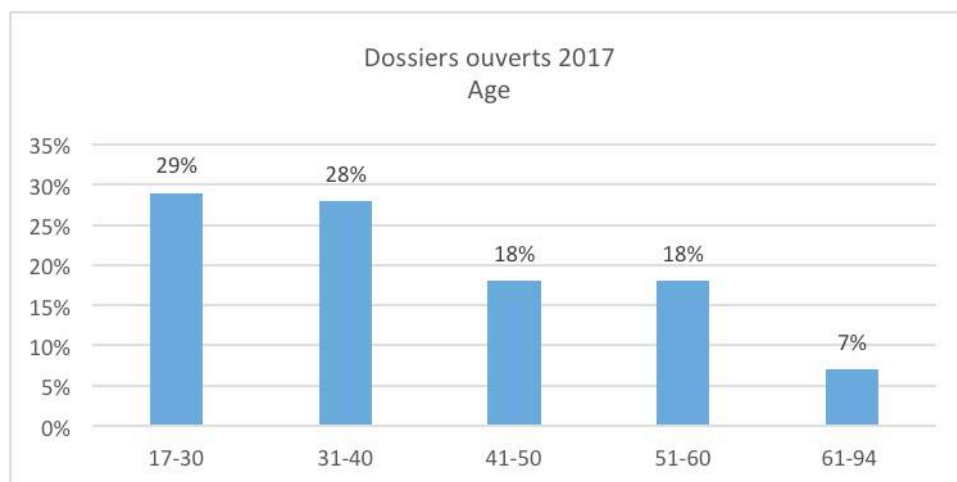
Une analyse qualitative de leurs demandes nous apprend que la plupart de ces inquiétudes se réfèrent à des comportements décrits comme bizarres, qui clochent, ingérables, face auxquels ils ne savent plus comment réagir.

« C'est le cas, par exemple, de la demande adressée par une maison d'accueil pour femmes avec enfant, concernant une dame avec laquelle l'équipe se sentait démunie, quand Mme passait très vite d'un état à un autre (« yeux noirs ») ou bien face aux ruptures brutales, son impulsivité ou le fait de la trouver avec le moral plutôt bas... Cette dame faisait peur aux autres dans la maison d'accueil quand elle essayait d'impressionner physiquement. L'équipe avait l'impression qu'il y avait une problématique de santé mentale, s'inquiétait pour sa santé mentale et les répercussions de celle-ci sur ses enfants, et voulait rencontrer la Cellule d'Appui du SMES-B pour en discuter, évaluer la situation. » L'équipe de la Cellule d'Appui

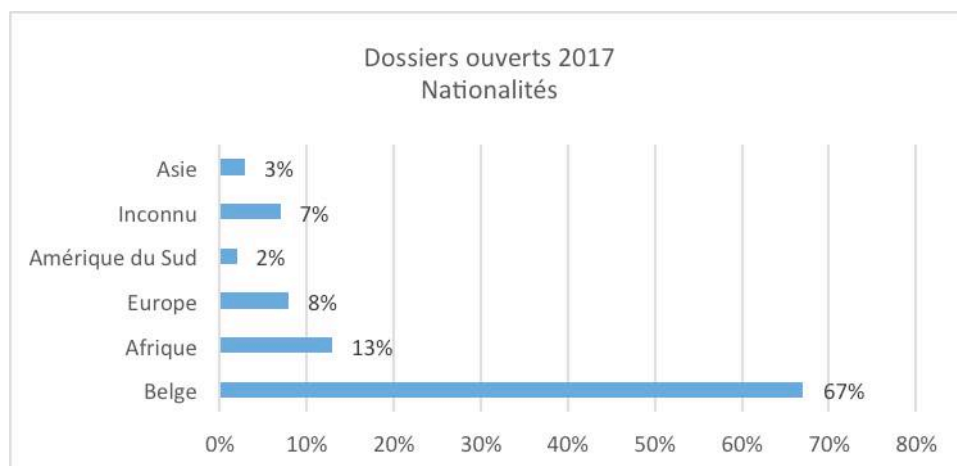
Le public cible, les situations cliniques

58% des usagers pour lesquels les travailleurs ont fait appel à la Cellule sont des hommes et 42% des femmes, ce qui renverse la tendance constatée en 2016 et 2015 où le nombre de dossiers hommes et femmes était presque à égalité.

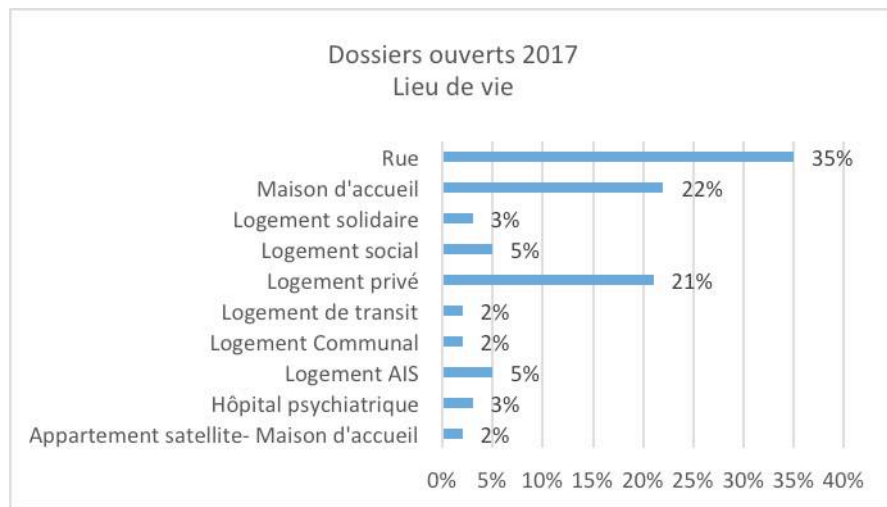
L'âge des usagers a également varié cette année. Si en 2016 la tranche d'âge la plus importante avait été celle des 51-60 ans avec 27% des usagers, en 2017, 29% des dossiers concernent des personnes entre 17-30 ans, et 28% entre 31-40 ans (chiffres 2016 : cf. annexe tableau 4).



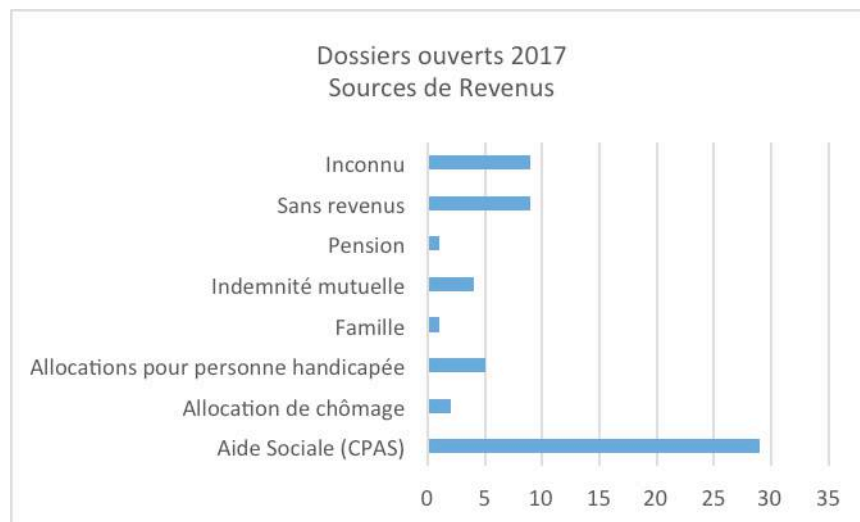
Concernant la nationalité des usagers, la tendance des années précédentes se confirme : 67% des dossiers concernent des Belges. On remarque cependant une légère diminution quant aux suivis de personnes européennes, non Belges, à savoir 8% en 2017 et 13% en 2016 (chiffres 2016 : cf. annexe tableau 5).



Du point de vue de leur situation sociale et administrative, 35% des dossiers ouverts concernent une personne vivant en rue, plus de 20% concernent une personne hébergée en maison d'accueil, et près de 20% concernent une personne bénéficiant d'un logement à finalité sociale (SISP, logement communal, AIS...).

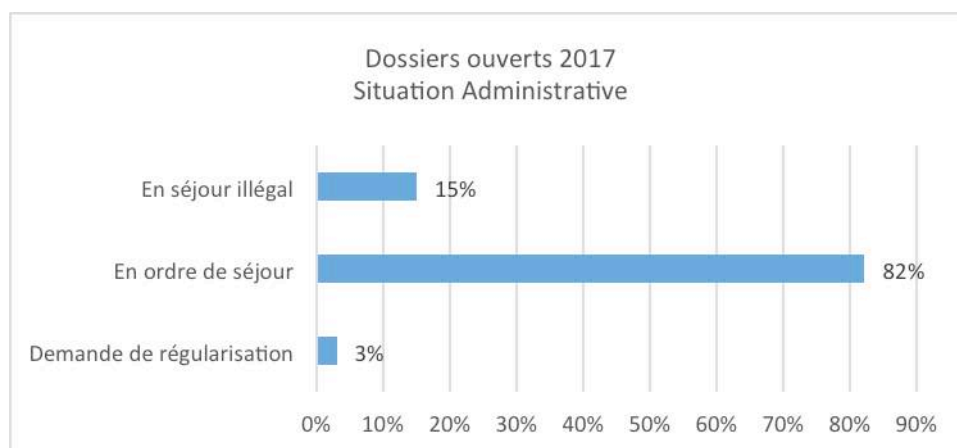


En termes de revenus, un tiers des dossiers concernent un bénéficiaire d'un revenu d'intégration sociale, près de 15% concernent une personne bénéficiant d'un autre revenu de remplacement (allocation de chômage ou de personne handicapée, indemnité de maladie-invalidité, pension), et près de 10% concernent une personne sans aucune source de revenus. Il s'agit donc de la population la plus fragilisée, dont on sait qu'elle est particulièrement concernée par les troubles psychiques⁵.



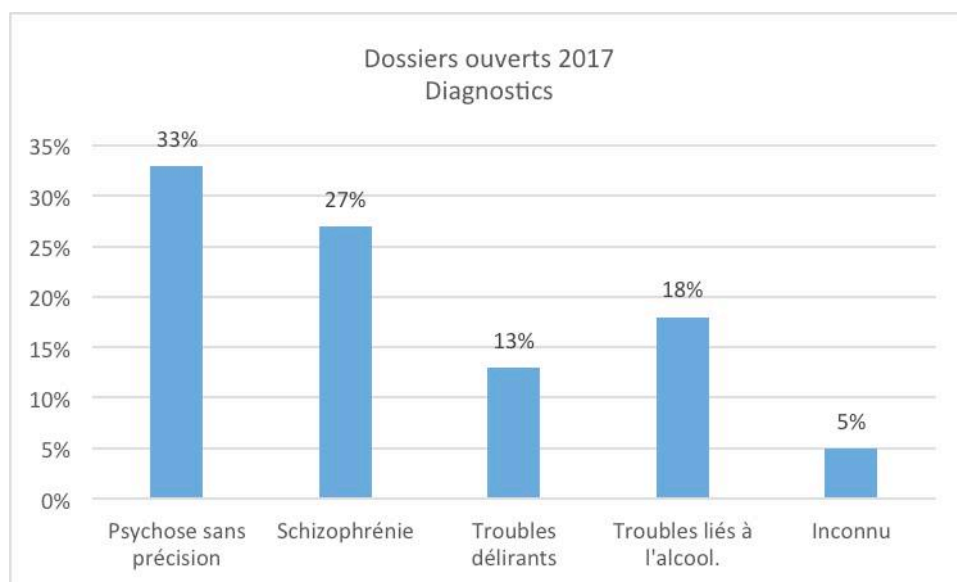
⁵ Voir par exemple la dernière Enquête de Santé de l'Institut scientifique de Santé Publique (https://his.wiv-isp.be/fr/documents%20partages/wb_fr_2013.pdf), ou le blog de l'Equipe de recherche en épidémiologie sociale de l'Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique à Paris (<https://soepidemiologie.com/2017/09/08/inegalites-sociales-vis-a-vis-de-la-sante-mentale-que-peut-on-faire-pendant-lenfance-et-ladolescence-pour-briser-le-cercle-vicieux/>).

Par rapport à leur situation administrative, 82% des usagers sont en ordre de séjour et 15% en séjour illégal, ce qui représente une augmentation par rapport à 2016 (5% en séjour illégal). N'ayant pas droit aux logements proposés par le réseau (maisons d'accueil, projets Housing First, logements à caractère social...), les soins et la continuité des soins pour ces personnes, ainsi que leur stabilité psychologique sont en péril.



« Une situation prise en charge par la Cellule d'Appui au début de l'année 2017 montre bien les enjeux et la souffrance qu'une telle situation provoque chez les personnes concernées. Il s'agit d'une femme, européenne, non Belge, qui était devenue « sans-abri » et illégale sur le territoire depuis quelques années. Les travailleurs de rue s'inquiétaient de la dégradation de son état psychique (propos délirants et incohérents), de son refus d'aide, de soins et même de se déplacer. Sa situation avait déjà mobilisé des intervenants de terrain et des démarches sociales avaient été entamées. Après quelques mois d'intervention de notre équipe, durant lesquels des concertations ainsi que des visites en rue ont été organisées, une hospitalisation a pu se mettre en place et un séjour de plusieurs mois dans une unité psychiatrique a été possible. Cette dame, âgée d'une quarantaine d'années, a répondu très favorablement à la médication proposée et nous remerciait de lui avoir permis de sortir de la rue. Elle avait honte de la situation dégradante vécue dans la rue et elle exprimait son souhait, son désir décidé, de ne plus jamais y retourner. Cependant, la question de sa situation administrative laissait - et laisse encore - planer un doute quant à la réalisation de son souhait. Nous avons contacté une maison d'accueil qui accepte d'accueillir pendant un certain temps les femmes en situation illégale. Son séjour s'y est bien passé et cette dame est à l'heure actuelle au Samusocial. Des séquelles d'autant d'années passées dans la rue demeurent au niveau somatique et psychique. Dans son pays d'origine, cette dame a encore sa mère et sa propre fille qui vivent toutes les deux avec un salaire minimum. Elles ne sont pas prêtes à accueillir madame et à lui procurer les soins médicaux dont elle a besoin pour maintenir sa dignité en tant qu'être humain. » L'équipe de la Cellule d'Appui

Comme déjà dit plus haut, l'exclusion n'est pas sans lien avec l'état psychique des usagers. Ainsi, 95% des dossiers ouverts concernent une personne qui a un fonctionnement psychotique, avec ou sans les symptômes dits positifs (idées délirantes, hallucinations, déréalisation...). Parmi les « troubles psychotiques » diagnostiqués (classification de la CIM-10), on retrouve la schizophrénie dans 27% des cas, la psychose sans précision (33%) et les troubles délirants (13%). Il faut noter également, que dans 18% des cas, trois fois plus qu'en 2016, une problématique d'alcool s'ajoute au trouble psychotique.



Voici à présent un exemple de prise en charge par notre équipe d'une situation où le soutien aux travailleurs a permis que l'accueil et l'accompagnement de l'utilisateur soit possible.

« Mme V est suivie par l'équipe de la Cellule depuis 2008, à la demande du Samusocial. Elle avait eu un long parcours d'errance et de consommation et se trouvait dans la rue, sans revenus et en décompensation psychotique. Un suivi psycho-médico-social s'était engagé à l'époque et Mme avait pu sortir de la rue, se loger avec son père, régulariser sa situation administrative et prendre assez régulièrement un traitement médicamenteux. Elle avait continué à avoir des entretiens mensuels dans nos locaux et ceci jusqu'à la mi-2016.

Suite au décès de son père, Mme s'est retrouvée seule, et sa situation a recommencé à se dégrader. En janvier 2017, elle a été expulsée de son appartement et s'est retrouvée à la rue. Mme nous a alors interpellés afin de se faire aider. Elle avait contacté également des centres d'accueil d'urgence et tout semblait se mettre en place pour sa prise en charge par le réseau. Cependant, son état psychique - fort délirant avec des propos incohérents - posait question aux intervenants quant à la faisabilité d'une prise en charge dans leur centre d'accueil. Ils ont fait appel à la Cellule en demandant notre appui du point de vue médical, condition sans laquelle Mme V ne pouvait être accueillie chez eux. En accord avec Mme V, nous avons discuté avec l'intervenant de sa situation, mettant en avant le désir de Mme de s'en sortir et sa position proactive dans certaines démarches déjà entreprises. Nous avons garanti le suivi de Mme, d'autant plus qu'elle l'avait demandé. La présence des symptômes a pu être dédramatisée, laissant la place à une réflexion sur sa position subjective avec laquelle il fallait composer. Un suivi psychiatrique a démarré en parallèle avec le renouvellement d'une médication, laquelle permettait à Mme un fonctionnement

un peu plus cohérent et surtout rassurait les intervenants. Lors de son séjour d'un mois dans le centre d'accueil, l'équipe de la Cellule a discuté avec les travailleurs et Mme sur les difficultés des travailleurs la concernant. Lors de sa candidature vers une maison d'accueil, nous avons été à nouveau contactés, cette fois par les travailleurs de la maison. Leur question concernait la médication et ses effets. Ils voulaient s'assurer de notre présence pendant son séjour chez eux. Nous avons également rencontré l'équipe de la maison d'accueil avec Mme V, et nous avons réfléchi ensemble à leurs inquiétudes, leur incompréhension par rapport à certains comportements de Mme (elle cherche de la nourriture dans les poubelles, par exemple) ainsi qu'au projet qu'il était possible de mettre en place avec elle. Les difficultés rencontrées par Mme à gérer son argent - difficultés déjà présentes en 2008 - ont amené les intervenants avec l'accord de Mme et de la Cellule, à mettre en place un administrateur de biens.

A l'heure actuelle, son séjour à la maison d'accueil se poursuit et notre équipe reste attentive à son bon déroulement ainsi qu'à son état de santé psychique. » L'équipe de la Cellule d'Appui

Dossiers non-ouverts

Avant de détailler les autres modalités d'intervention de la Cellule d'Appui, quelques mots encore sur les dossiers non-ouverts.

En 2017, la Cellule d'Appui a reçu 18 demandes qui n'ont pas fait l'objet d'une ouverture de dossier. Les motifs principaux en ont été, comme en 2016 : la non poursuite de la demande de la part des travailleurs (après avoir fait la demande par téléphone et l'avoir discutée au sein de la Cellule) et la réorientation par téléphone de situations où il s'agissait d'une recherche d'information ou d'une demande explicite et volontaire d'un suivi psychiatrique.

b. Les séances d'intervisions

En 2017, la Cellule d'Appui a effectué quatre séances d'intervisions pour la maison d'accueil CAW-Albatros, l'équipe d'accompagnement en logement de Puerto, l'équipe Housing First-Station Logement et le centre de jour DoucheFLUX.

c. Les formations

Une journée de formation a été organisée par la Cellule d'Appui dans le cadre des formations de la Fédération BICO sur la thématique « Santé Mentale et précarité. Un accompagnement sur mesure ».

Nous avons demandé à être évalués à la fin de la journée, ce qui nous a permis de constater la pertinence de notre méthodologie de travail, l'importance et l'actualité des sujets traités ainsi que les points à améliorer concernant l'organisation du temps de discussion et de débat.

d. Le projet Antenne Précarité -107 - Première année de collaboration

Afin de rendre compte de la première année de fonctionnement et de collaboration entre la Cellule d'Appui et le projet Antenne Précarité -107 porté par le SMES-B et deux autres institutions (Samusocial et Source), nous laissons la parole au psychiatre de cette nouvelle équipe.

« C'est tout naturellement que le SMES-B a accueilli la collaboration entre la Cellule d'Appui et le projet naissant d'Antenne 107 Précarité. En effet, la Cellule d'Appui a développé une connaissance du réseau social, du réseau de la santé mentale et de la lutte contre la grande précarité qui sont des richesses fondamentales pour le fonctionnement de cette équipe 107. Egalement, l'équipe de l'Antenne 107 Précarité a pu se mettre au service de la Cellule d'Appui du fait d'interventions de première ligne et de rencontre du public cible.

De mon point de vue, en tant que psychiatre de l'Antenne 107, dont la pratique se répartit sur les sites des institutions partenaires ainsi que dans la cité, ce travail est essentiel. En effet, sollicités par les travailleurs de rue, des maisons d'accueil, par la première ligne sociale ainsi que par diverses institutions publiques et par des familles, nous avons eu l'occasion de rencontrer des personnes qui cumulent une problématique de santé mentale et une précarité matérielle qui menace même les besoins les plus fondamentaux. La demande d'aide est ténue voire inexistante, les échecs sont multiples, la charge émotionnelle est parfois lourde. L'équipe a souvent été sollicitée pour des personnes pour lesquelles le réseau de soins ou de l'aide à la personne se sent démuni, épuisé. Cela donne lieu à une souffrance de l'intervenant qui s'ajoute aux difficultés de la personne elle-même.

C'est ainsi que j'ai pu appréhender les fonctions tout à fait complémentaires qu'occupent la Cellule d'Appui du SMES-B et celle de l'Antenne 107 : la première vient en aide en premier lieu au professionnel, la seconde vient en aide en premier lieu à la personne désignée. Pourtant, point de salut pour le professionnel qui est soutenu mais qui ne trouve pas de relais de première ligne dans le réseau pour le soulager ; point de salut pour la personne dont les intervenants sont à ce point épuisés ou désabusés que le désinvestissement se fait ressentir. C'est en cela que ma fonction, qui est d'être à cheval sur les deux positions de première et de seconde ligne, est particulièrement intéressante. Elle intègre la nécessité de travailler avec la personne tout en ayant une attention particulière pour son réseau de soutien professionnel et informel.

Sur le plan plus personnel, il est difficile de rendre compte de l'impact émotionnel, l'impact sur la représentation du monde et de la société et de l'impact relationnel que peut avoir cette clinique de la grande précarité. Impossible de rester indifférent, de maintenir une neutralité face à des situations qui témoignent d'une violence institutionnelle, d'une violence sociétale, d'une violence familiale à ce point exacerbée. » Dr Charles-Antoine Sibille

À l'instar de l'expérience de partenariat précédente pour le projet « Outreaching Adulte » avec l'asbl Source, la fonction du psychiatre avec ses missions Antenne Précarité-107 a pu être intégrée aux objectifs et à la méthodologie de travail de la Cellule d'Appui. En même temps, le travail de la Cellule a dû être adapté quant à sa proactivité : nous avons ajouté une réunion d'équipe hebdomadaire afin de répondre plus rapidement aux demandes reçues et nous avons travaillé en binôme avec le psychiatre dans les situations de prise en charge de l'utilisateur. Enfin, nous avons été plus présents et mobiles en rue que lors des années précédentes. Ainsi, pour 43% des dossiers ouverts, l'équipe de la Cellule a rencontré les usagers (dans la rue, dans les maisons d'accueil, dans les locaux de la Cellule, dans leur logement) tandis que pour 57% des dossiers ce ne fut pas nécessaire.










e. Le Comité de réflexion

En 2017, le Comité de réflexion, qui a remplacé le Comité de pilotage créé à l'origine du projet de la Cellule d'Appui, s'est rencontré à deux occasions.





Tout d'abord au début de l'année, afin de présenter le nouveau partenariat de la Cellule d'Appui avec l'Antenne Précarité -107 et définir les modalités de rencontres. Une deuxième fois sur le thème « Les soins psychiatriques sous contrainte, les soins ambulatoires psychiatriques : comment intervenir au mieux auprès du public non demandeur ? » Lors de cette deuxième rencontre, nous avons invité l'asbl L'Autre « lieu » à nous accompagner dans le débat. À partir d'un document de travail mis à disposition par L'Autre « lieu », sur « la mise en observation », nous avons pu éclaircir les enjeux de cette procédure du point de vue humain et de la santé ainsi que les vides juridiques qu'elle comporte.






Un autre thème de travail fut dégagé à la fin de la rencontre : « Le maintien de la mise en observation et la collaboration entre l'ambulatoire et l'hospitalier ».

Ce comité était composé de :



-  Mallorie Van den Nyden, directrice de Fami-Home ;
-  Catherine De Blauwe, médecin généraliste à la Maison médicale des Riches-Claires ;
-  Leïla Siddi, assistante sociale au SSM L'Adret ;
-  Laurent Demoulin, directeur de Diogènes, co-président du SMES-B ;
-  Muriel Goessens, directrice de Transit, administratrice du SMES-B ;
-  Isabelle Vauthier, assistante sociale à la clinique psychiatrique Fond'Roy ;
-  Séverine Galoppin, assistante sociale du SASLS ;
-  Christine Noël, coordinatrice du Réseau Santé du SMES-B ;
-  l'équipe Housing First - SMES-B.

f. Groupes de travail, rencontres et débats

-  Groupe de travail « Équipes psychiatriques mobiles », initié par la Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale de la Région de Bruxelles-Capitale.
-  Groupe de travail « Santé Mentale et Logement », organisé par la Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale de la Région de Bruxelles-Capitale.
-  Groupe de travail « Logement et Santé Mentale », organisé par le Service Communal de Médiation locale de Molenbeek-Saint-Jean.
-  Groupe de travail « Passerelles » avec le secteur de l'aide aux personnes handicapées et moins valides, groupe issu de la Concertation bruxelloise de l'aide aux sans-abri.

-  Débat sur la violence institutionnelle organisé par l'Association des Maisons d'Accueil lors de l'AMA'tinée.
-  Débat sur la thématique du sans-abrisme organisé par l'IESSID-HE2B, Haute Ecole de formation d'assistants sociaux.
-  Participation, en tant que rapporteur, au colloque « Des laissés pour compte », organisé par le CRéSaM, à Mons.
-  Rencontre avec le Service de Santé Mentale de Médecins du Monde.
-  Présentation de la Cellule d'Appui et de l'Antenne Précarité-107 à la Maison d'Accueil « Les Petits Riens ».

g. Activités institutionnelles

-  Réseau SMES-B : une membre de l'équipe a co-animé, avec un intervenant issu du secteur sans-abri, un groupe d'intervisions et a participé à l'évaluation du cycle 2016-2017. Cette implication a consisté en 12 séances d'intervisions.
-  Travail de supervision institutionnelle du SMES-B initié via la Fondation Roi Baudouin dans le cadre du Fonds Julie Renson visant à renforcer les institutions actives dans le rétablissement en santé mentale.

h. Institutions rencontrées

Secteur social

Service Social Général - Commune d'Etterbeek

Samenlevingsopbouw

CPAS Bruxelles - Cellule sans-abri

CPAS Bruxelles - Service Logement

CPAS Molenbeek - Saint-Jean

CPAS Uccle

Propriétés Communales - Commune de Molenbeek -
Saint - Jean

Secteur d'aide aux sans-abri

Comité de La Samaritaine - Restaurant social

La Rencontre - Restaurant Social

Diogènes

DoucheFLUX

Infirmiers de Rue

Educateurs de rue Saint-Gilles

La Fontaine

Maison d'Accueil d'urgence L'Ilot

CAW Archipel - Albatros

Maison d'Accueil Chèvrefeuille

Maison d'Accueil La Porte ouverte

Maison d'Accueil La Rive

Maison d'Accueil Les Petits Riens

Secteur du logement

L'Union des Locataires Marollienne (ULM)

Foyer Bodeghem

Logement social Les Villas de Ganshoren

Secteur Accompagnement à domicile

CAW - Service Accompagnement Jeunes

De Vuurvogel

Fami-Home - Accompagnement en logement

Housing First - SMES-B

CAW- Brussel - Puerto

Housing First - Station Logement

Un toit à soi - Les Petits Riens

Secteur Santé/ Santé Mentale

Fond'Roy - HAS/B

Centre Hospitalier Jean Titeca

SSM Free Clinic

Maison Médicale Des Primeurs








Maison Médicale Santé Plurielle

Médecins du Monde-Equipe CASO

Secteur Toxicomanie

Infor Drogues

III. OBJECTIFS 2018

-  Si les moyens nous le permettent, élargir notre équipe afin de pouvoir assumer de façon optimale nos missions.
-  Développer des projets spécifiques, intersectoriels, dans le cadre de partenariats avec le secteur du logement à caractère social et celui de l'aide sociale. Après avoir dû mettre fin à une collaboration avec le SASLS en 2016, la Cellule ambitionne de redéployer en 2018 des interventions spécifiques dans les logements sociaux, dans le cadre d'un appel à projet de la Vlaamse gemeenschap⁶, pour lequel un projet commun avec trACTor, le SASLS et différentes SISP a été introduit.
-  Développer de façon cohérente et à long terme nos activités de formations et d'interventions. Fortement diminuées, faute de moyens, celles-ci seront relancées en 2018, notamment dans le cadre de l'appel à projet de la Vlaamse gemeenschap. Des démarches seront également entamées auprès d'institutions potentiellement demandeuses, telles que les CPAS.
-  Continuer d'aller vers les institutions pour faire connaître le travail de la Cellule d'Appui, en dehors des rencontres autour d'un usager.
-  Intensifier les rencontres du Comité de réflexion, notamment sur l'actualité de notre collaboration avec l'Antenne Précarité - 107 et sur le thème choisi en 2017.
-  Intensifier les activités de visibilité de notre travail, la spécificité de notre méthodologie et ses apports, tant sur le terrain que dans des lieux de concertation et de réflexion.
-  Poursuivre le développement du travail de co-intervention avec l'équipe de l'Antenne Précarité - 107 dont le SMES-B est partenaire.

⁶ Oproep 'aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren': <https://www.zorg-en-gezondheid.be/oproep-aanklampende-zorg-naar-zorgmijdende-mensen-met-psychische-problemen-die-sociaal-huren>

Annexes

Tableau 1.

Dossiers 2015. Secteur

Entourage ou privé	4%
Services de Santé Mentale	13%
Services Sociaux - Educateurs - Administratifs	24%
Logements sociaux	12%
Maison d'accueil, Centre d'accueil et d'hébergement et travailleurs de rue	45%
Service d'accompagnement à domicile	2%

Tableau 2.

Dossiers 2016. Secteur

Secteur Sans - Abri	40%
Secteur du Logement	13%
Secteur Aide à Domicile	4%
Secteur Services Sociaux	13%
Secteur de la Santé	15%
Secteur Aide à la jeunesse	7%
Entourage/ Personnel	9%

Tableau 3.

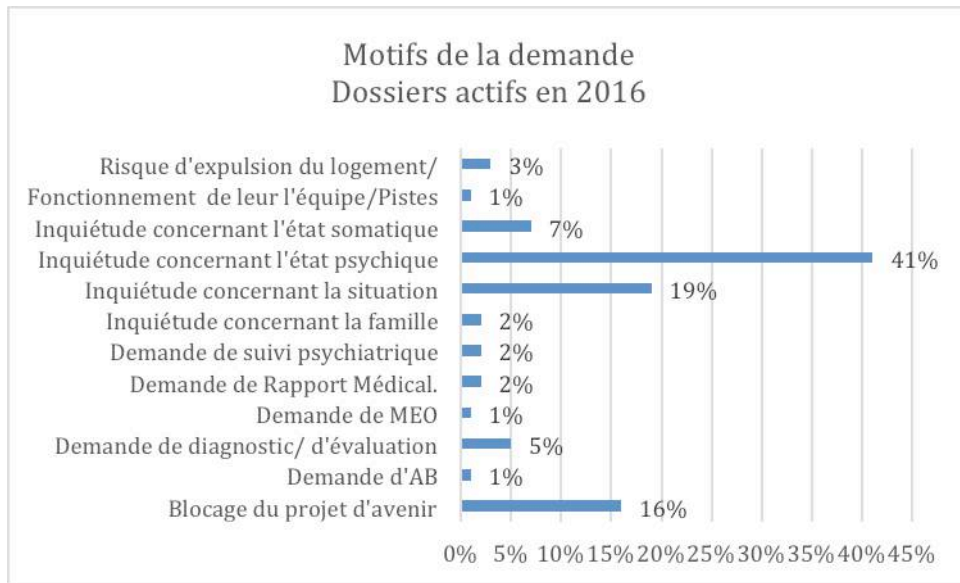


Tableau 4.

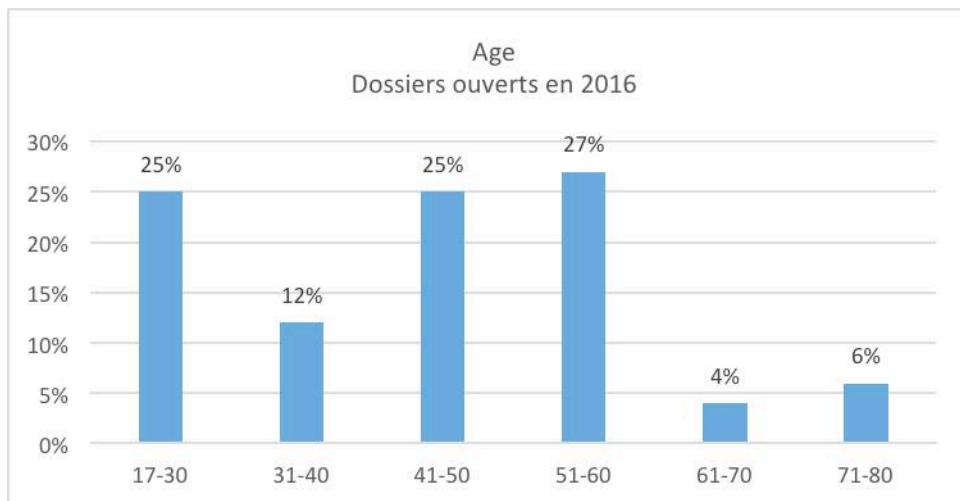
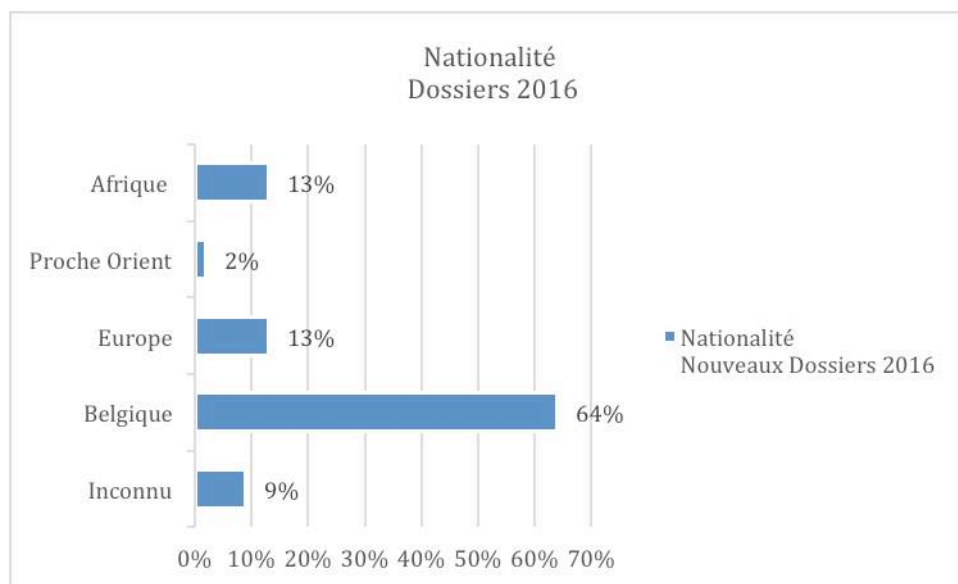


Tableau 5.



I. TÉMOIGNAGES

a. Témoignage d'un bénéficiaire

« Dans une étape de mon parcours, je me suis retrouvé à Transit où l'on m'a parlé de Housing First. J'ai eu accès à un appartement où j'ai retrouvé le plaisir de cuisiner, avoir mon lit, ma douche. Et l'équipe de Housing First, Alexandra et Catherine, mes référentes, m'ont aidé et suivi thérapeutiquement et psychologiquement.

Aujourd'hui je suis clean, abstinent d'alcool depuis 10 ans et de la c... depuis un mois. Sous les conseils de Housing First, je suis en administration provisoire de biens. Je m'intéresse à la création de bijoux avec des mécanismes anciens recyclés, j'ai écrit mon CV et les jardins partagés m'intéressent.

Le but de Housing First est de me mettre en lien avec les acteurs sociaux adaptés à ma situation. Dans mon cas, je me suis meublé, j'ai l'électricité et une cuisine presque complète. Aujourd'hui je cherche un taf et je veux m'ouvrir au monde de l'emploi comme volontaire. »

b. Témoignage d'un membre de l'équipe

« Je travaille comme assistante sociale pour le projet Housing First du SMES-B depuis le mois d'août 2014. D'emblée j'ai été conquise par la philosophie du projet, en concordance avec la posture professionnelle que je souhaitais mettre en œuvre.

Accompagner un locataire qui entre en logement après de nombreuses années passées dans la rue signifie pour moi cheminer avec lui, à son rythme, pour qu'il puisse retrouver une place - sa place - dans la société, le respect et la dignité qui lui ont souvent échappés lorsqu'il était en logique de survie dans la rue.

Concrètement, cela signifie faire avec lui des démarches administratives (l'accompagner à la maison communale, au CPAS, à la mutuelle, à la banque, en justice, en médiation de dettes...), lui rendre visite dans son appartement, voir avec lui comment il s'y sent, se l'approprie (on abordera par exemple des questions relatives au nettoyage, à la lessive, l'alimentation, la décoration, le voisinage...).

Avoir un chez-soi permet au locataire de se poser, enfin, de prendre du repos, de revoir sa famille, de se préoccuper de sa santé, de son présent, en sécurité, et de repenser à un avenir sous un jour meilleur (reprendre une formation, faire du bénévolat, voire retrouver du travail...).

Les deux mots clé qui me paraissent essentiels dans mon travail sont « le temps » et « l'espoir » car il n'est pas facile, ce parcours en logement, après un long séjour en rue couplé à des problématiques de santé mentale et d'assuétudes. Il est semé d'embûches de toutes sortes qui peuvent mener au découragement, tant du côté du locataire que parfois du travailleur.

L'accompagnement en binôme, plus intensif en période de crise, ainsi que l'apport d'une équipe pluridisciplinaire, permettent de pallier certaines situations qui semblent parfois s'engluer.

Il y a des étapes à franchir ensemble, pas à pas, dans une écoute et un respect mutuels, pour créer une relation de confiance avec le locataire et vivre aussi des moments de grâce, je repense notamment à une après-midi passée avec une locataire au cinéma puis à boire un verre en terrasse... mais également des moments durs, terribles, la fin inéluctable de l'accompagnement : je voudrais pour terminer mon témoignage rendre hommage à mon « ami » Hassen dont nous avons appris le décès ce 13 décembre 2017. »

Sandrine

II. L'ANNÉE 2017

Dix nouvelles personnes ont été relogées en 2017, portant le nombre total à trente-trois. Une onzième est déjà en contact avec l'équipe et attend son entrée en logement début 2018.

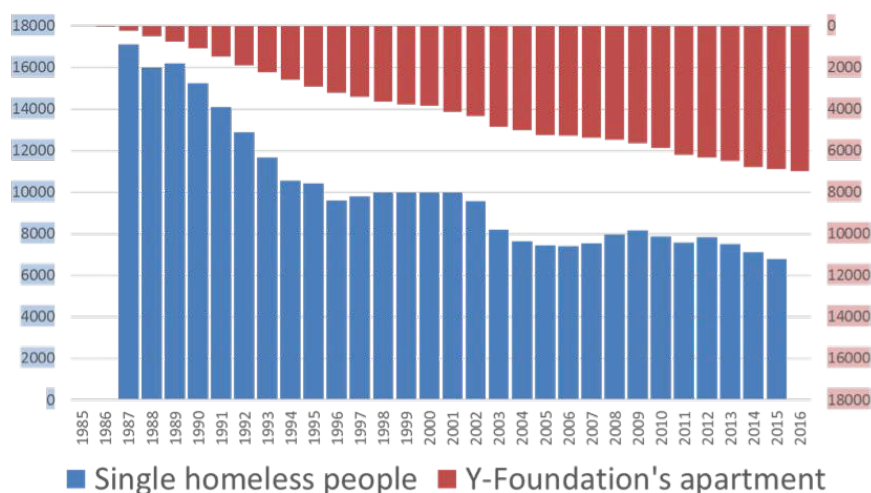
Quinze futurs logements font déjà l'objet d'un partenariat, prolongeant les bonnes relations établies avec les propriétaires ou en initiant de nouvelles. Le taux de maintien en logement a légèrement diminué, passant de 100% à 94%, mais reste très élevé au vu des difficultés rencontrées par le public. Malheureusement, un décès clôture cette période, nous rappelant à nouveau que des années passées en rue laissent des marques que le logement peut atténuer, mais pas effacer.

Le temps de travail s'est stabilisé à trois équivalents temps plein et demi dédiés à l'accompagnement, à un mi-temps de captation et création de logements et un peu plus d'un équivalent temps plein de gestion de l'équipe et des logements. Via le système de bail glissant, le SMES-B a géré en 2017 la location auprès des propriétaires et la sous-location aux bénéficiaires de 12 logements.

Après quatre ans de développement, le Housing First fait plus que jamais l'objet d'enjeux et de défis. La nouvelle ordonnance visant à réformer le secteur bicommunautaire de l'aide aux sans-abri va en établir les contours et les possibilités de subsidiation en Région bruxelloise. C'est une belle opportunité de reconnaissance et de pérennisation. Mais c'est aussi le moment de réaffirmer le focus sur les publics les plus fragiles, et d'assurer que l'accompagnement soit suffisamment inconditionnel et flexible pour leur permettre d'accrocher au dispositif.

Il importe d'éviter l'écueil de l'augmentation des seuils d'accès, du choix d'un public plus « light » ou d'une récupération d'un nouveau nom pour poursuivre d'anciennes pratiques car cela aurait pour conséquence de laisser sur le côté ceux qui l'ont toujours été et pour qui justement le Housing First a été créé. Gageons donc que le cumul de problématiques lourdes et la chronicité en rue reste le socle des projets Housing First et que tout soit mis en place pour en garantir le modèle et non pour l'éloigner de ces objectifs et valeurs fondamentaux.

À l'étranger, plusieurs pays ont fait du Housing First et du Housing Led (projets orientés vers le logement) leur principale politique de lutte contre le sans-abrisme. Parmi eux : la Finlande, seul pays d'Europe à avoir vu son nombre de personnes sans-abri diminuer ses dernières années. Comment ont-ils fait ? Ils ont construit des logements et converti les hébergements de groupe en logements individuels. Le graphique ci-contre parle de lui-même.

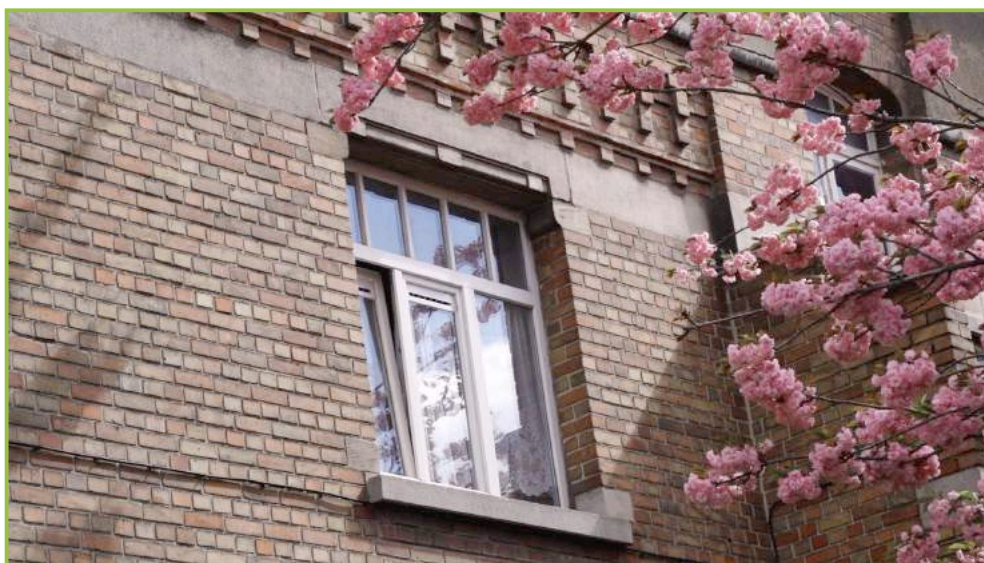


III. LE MODÈLE HOUSING FIRST

a. Présentation générale

Housing First : un modèle à la croisée de la santé mentale, de la toxicomanie, de la précarité sociale et de l'accès au logement.

La prévalence de troubles psychiques et psychiatriques dans la population sans-abri atteint des taux bien supérieurs à ceux de la population générale. Ils ont souvent pour conséquence l'augmentation de l'isolement social. Une santé mentale fragile peut aussi affecter la santé physique, surtout lorsqu'on vit dans la rue. En outre, une large frange de la population sans-abri en difficulté psychique souffre également de dépendance aux substances psychotropes légales ou illégales. Ce cumul de problématiques vient compliquer la stabilité résidentielle, et donc l'accès aux droits qui en découle.



Les projets basés sur le modèle Housing First⁷ ciblent spécifiquement ce public et font le pari que son accès et son maintien en logement sont non seulement possibles, mais également souhaitables. Chaque critère de ce modèle a été choisi en fonction de son efficacité en termes de maintien en logement des sans-abri aux profils les plus complexes et d'amélioration de leur bien-être.

Le logement est adapté, individuel et à loyer modéré. Il est accessible immédiatement depuis la rue ou les services d'urgence, sans condition de traitement ni d'abstinence, via un bail standard (illimité dans le temps) et dispersé dans la ville. L'expulsion a lieu uniquement en cas de non-respect des règles standard de location.

L'accompagnement est potentiellement intensif, sur mesure, mobile et sur base volontaire (le mode et la fréquence de l'accompagnement sont évalués ensemble). Le suivi est proposé aussi longtemps que nécessaire (même après expulsion). L'accompagnement psycho-médico-social est séparé du volet logement. Il est organisé selon le modèle ACT (Assertive Community Treatment) et/ou ICM (Intensive Case Management) selon les besoins du public.

Le logement est ici considéré comme la base du rétablissement de la personne sans-abri. Il permet d'acquérir les compétences à habiter un chez soi, depuis son chez soi, grâce au soutien d'une équipe pluridisciplinaire. Ce travail demande une grande part de créativité et d'adaptation. Il nécessite aussi un réseau élargi qui puisse répondre aux besoins et demandes variés des locataires.



L'efficacité du Housing First a été évaluée à de nombreuses reprises⁸ et dans plusieurs pays⁹. Les taux de maintien en logement y sont systématiquement supérieurs à 80%. Le coût global pour la société est moindre. À moyen terme, les personnes prises en charge par des dispositifs Housing First recourent moins aux services d'urgences et sont moins aux prises avec la justice.

b. Le public cible

Le Housing First se positionne en complément des structures actuelles et s'adresse aux profils les plus complexes.

Le projet Housing First du SMES-B s'adresse aux personnes sans-abri les plus éloignées d'un logement et qui ont difficilement accès aux structures d'aide. Elles cumulent problèmes de santé mentale et d'assuétudes.

Ce choix correspond à celui du modèle *Pathways to Housing* de Sam Tsemberis¹⁰ ainsi que du *Housing First Guide* de la FEANTSA¹¹ :

-  Pathways to Housing, p. 79 : « Clients served by ACT teams (...) have high severity of psychiatric disability (schizophrenia, psychotic spectrum, or major depression) and can have either high or low levels of addiction. »
-  Housing First Guide, p.42 : « Serious mental illness with or without addictions. »

⁷ TSEMBERIS S., *Housing First. The pathways model to end homelessness for people with mental health and substance use disorders*, Minnesota, Hazeled,, 2010.

⁸ Tsemberis & al., 2004

⁹ Bush Geertsema & al., 2010).

¹⁰ TSEMBERIS S., *op.cit.*

¹¹ https://housingfirstguide.eu/website/the_guide/

La problématique du sans-abrisme est définie selon la typologie européenne « ETHOS » (catégories 1 & 2) :

- personnes vivant dans la rue ou dans des espaces publics ;
- personnes en hébergement d'urgence.

La problématique des assuétudes vise un usage chronique et un abus de produits psychotropes légaux et illégaux et ses répercussions sur la santé de la personne.

Suite à une demande de certains partenaires, le critère de santé mentale a été précisé sous les termes diagnostiques suivants : psychose (schizophrénie, paranoïa), trouble bipolaire/maniaco-dépression, dépression majeure et trouble borderline (impliquant des problèmes de fonctionnement dans de nombreux domaines).

Des problématiques connexes viennent régulièrement se rajouter :

- des problématiques de santé mentale plus « légères » : anxiété, apathie, insomnies, syndrome de stress post-traumatique, agoraphobie..
- des problématiques de santé physique : traumatismes suite aux chutes et bagarres (coupure, coup de couteau, éraflure, hématome, foulure, morsure) ; problèmes respiratoires et infectieux ; problèmes dermatologiques (mycose, pédiculose, gale...) ; problèmes circulatoires (abcès, ulcère, phlébite...) ; troubles gastro-intestinaux (nausée, diarrhée...) ; troubles nutritionnels (malnutrition, carences, anémie...) ; urgences (crise d'épilepsie, overdose, inconscience...) ; maladies infectieuses transmissibles ; maladies non transmissibles (problème cardio-vasculaire, diabète...) ;
- des problématiques judiciaires ;
- des dettes.






Le public du projet Housing First du SMES-B est sélectionné par sept associations partenaires : Diogènes (travail de rue), Centre Ariane, Pierre d'Angle et Samusocial (centres d'hébergement d'urgence), La Gerbe (Service de Santé Mentale), Le projet Lama et Transit (services pour usagers de drogues).

Certains CPAS qui fournissent le logement sélectionnent également des futurs locataires pour le projet.

Lorsqu'une personne est choisie conformément aux critères de cumul des problématiques, un membre de l'équipe Housing First va la rencontrer sur son lieu de vie, idéalement en présence d'un travailleur de l'association envoyeuse qui fait le lien. Le logement et le type d'accompagnement sont présentés. Si la personne est intéressée (ça a toujours été le cas jusqu'ici), une visite du logement est organisée dans les quinze jours qui suivent. Si le logement convient à la personne, la date de l'entrée est fixée dans un délai de maximum un mois. Le mobilier est fourni par le projet, dans le respect des choix du futur locataire (dans une fourchette de prix définie). Cela lui permet de se projeter dans son nouveau logement, de se l'approprier et de démarrer un lien avec l'équipe.

IV. LE PROJET HOUSING FIRST DU SMES-B

a. Le financement







-  Septembre 2013 ⇒ décembre 2018 : Housing First Belgium
-  Soutien de la Secrétaire d'État à la lutte contre la pauvreté et du SPP Intégration Sociale via la Loterie Nationale.
-  Depuis avril 2015 : Housing First Brussels, porté avec Infirmiers de Rue au sein d'un large partenariat.
-  Soutien des Membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune, chargés de la Politique d'Aide aux Personnes.
-  Soutien de la Fondation Roi Baudouin, d'AG Insurance et de Vivre Ensemble.

Nous les remercions chaleureusement.

b. Les objectifs

L'objectif général du projet Housing First Brussels est de participer à l'élimination du sans-abrisme et de lutter contre la pauvreté par l'amélioration de la santé, du bien-être et de la sécurité de personnes sans-abri, n'ayant pas ou difficilement accès à un logement en raison de problématiques cumulées de précarité sociale, de santé mentale, d'assuétudes et d'affections physiques.

Pour atteindre son objectif général, le Housing First Brussels vise les objectifs opérationnels suivants:

-  mettre en place des partenariats et réseaux d'accompagnement associatifs et publics à l'intersection des secteurs de l'aide aux personnes, de la santé mentale et des assuétudes, permettant d'apporter des réponses aux besoins et demandes multiples des bénéficiaires ;
-  développer des collaborations / partenariats avec des opérateurs publics visant à la mise à disposition de logements pour le projet ;
-  sélectionner les personnes les plus éloignées du logement : sans-abri (ETHOS 1 & 2), souffrant de problèmes de santé mentale graves et d'assuétudes ;
-  leur donner un accès à un logement individuel, pérenne et à bas loyer, directement depuis la rue, sans condition de traitement ni d'abstinence ;
-  les accompagner au moyen d'une équipe pluridisciplinaire de type Assertive Community Treatment (ACT) permettant de prendre en charge les problématiques complexes et multiples du public. L'accompagnement est mobile, construit sur mesure et négocié avec la personne. Néanmoins, l'équipe propose une rencontre avec le locataire au minimum une fois par semaine en début d'accompagnement ;
-  atteindre 85% de maintien en logement.

c. Composition des équipes

Les équipes sont supervisées et se forment en continu.

L'équipe d'accompagnement

En 2017, l'équipe d'accompagnement du projet Housing First du SMES-B se composait de :

- 1 coordinatrice, Muriel ALLART (5,5H/SEM) ;
- 1 thérapeute, Catherine GERARD (24H/SEM) ;
- 1 médecin, Fabian COLLE (8H/SEM) ;
- 1 pair aidant, Nicolas HOTTON (30H/SEM) ;
- 1 assistante sociale, Sandrine ROCHEZ (23H/SEM) ;
- 1 psychologue, Alexandra TRIPS (19H/SEM) ;
- 1 experte en Réduction des Risques, Nele VANDE WALLE (28H/SEM).

Elle est de type *Assertive Community Treatment* (ACT). Il s'agit d'une équipe multidisciplinaire, mobile, spécialement définie pour pouvoir accompagner les profils les plus complexes et, singulièrement, les personnes ayant vécu en rue et cumulant des problèmes de santé mentale, d'assuétudes et des affections physiques.

L'équipe d'accompagnement rencontre les locataires à leur domicile ou lors d'accompagnements extérieurs. Elle prend en charge les problématiques d'ordre psycho-médico-social et travaille à l'inclusion des personnes dans leur communauté.

L'équipe de suivi locatif, de captation et de création de logements

En 2017, l'équipe logements du projet Housing First du SMES-B se composait de :

- 2 responsables du volet logement, Pierre SOMMEREYNS (20H/SEM) et Lyse KANEZA (3 MOIS - 30H/SEM).

Elle assure les missions suivantes :

- suivi locatif des 33 locataires actuels du projet (contact, petites interventions, suivi des paiements, arriérés...) ;
- personne de contact des 13 bailleurs (service administratif et technique) ;
- personne de contact des administrateurs de biens en cas de problème de loyer ;
- lien avec les 7 associations (Diogènes, Samu Social, Pierre d'Angle, Ariane, la Gerbe, Transit, Le Lama) et les CPAS envoyeurs et organisation du comité des envoyeurs ;
- recherche de nouveaux logements (rencontre de nouveaux propriétaires, visite de logements...) ;
- membre des CA, AG, comité de pilotage ou groupe de travail de projets de création de logements : Archi Human, Bru4home, Cellule Capteur et Créateur de logements, Sohonet ;
- développement de projets porteurs identifiés dans la recherche menée pour nous par Muriel Vander Ghinst à l'automne 2016.

La gestion de l'équipe et des logements

En 2017, l'équipe de gestion du projet Housing First du SMES-B se composait de :

- 1 coordinatrice, Muriel ALLART (20H/SEM) ;
- 1 coordinatrice administrative et financière, Vera KOCKLER (21H/SEM).

La gestion des logement fait référence aux logements pris en location par le SMES-B via le système du bail glissant, aux logements pour lesquels l'ASBL est garante financièrement, et à la gestion des avances de garanties locatives.

d. Des journées-type de travailleurs Housing First

Une journée-type de la psychologue

8h30 : sur le chemin en métro pour le bureau, lecture des dossiers des locataires pour savoir ce qui s'est passé lors des visites et accompagnements faits la veille.

9h00 : rendez-vous avec la responsable administrative et financière pour parler du système de remboursements des frais liés aux locataires.

10h15 : transports en commun pour me rendre chez un locataire habitant à Forest :

- envoi d'un mail à l'administrateur provisoire de biens d'un locataire ;
- envoi d'un sms à un locataire pour proposer une visite l'après-midi suite à une annulation par un autre locataire ;
- lecture des objectifs du jour dans le dossier du locataire chez qui je vais en visite à 11h.

11h00 : visite à domicile. Je fais le lien par téléphone avec un centre de santé mentale et un service d'aide à domicile et j'organise avec le locataire la rencontre où nous serons présents.

12h10 : transports en commun pour rejoindre une collègue et faire une réunion de crise sur une locataire pour qui l'inquiétude est grande, nous pensons à une mise en observation et devons parler des critères et de la mise en place. Sur le chemin :

- appel téléphonique avec un locataire qui a des angoisses très importantes et a besoin d'être rassuré ;
- appel téléphonique avec l'assistante de justice d'un locataire dont je suis référente qui passe par nous pour transmettre une info à ce dernier ;
- je complète le dossier du locataire que je viens de visiter et ma fiche statistique.

12h45 : réunion avec ma collègue, nous en profitons pour manger en même temps.

13h45 : transport en commun pour aller chez un locataire à Schaerbeek :

- appel téléphonique d'un membre du réseau d'un locataire car inquiétude et proposition d'organiser une concertation.

14h30 : visite à domicile avec une collègue que je retrouve sur place chez un locataire qui est absent, appel téléphonique à son infirmier à domicile pour savoir s'il l'a vu ce matin car c'est une personne avec une santé fragile pour qui il est rare d'être absent ;

- appel téléphonique à un locataire qui habite dans le quartier pour savoir si nous pouvons venir plus tôt.

14h45 : visite à domicile. Nous accompagnons le locataire à la maison médicale et à la pharmacie.

- Appel téléphonique d'un locataire qui a perdu ses clés à Saint-Gilles. Nous lui proposons d'aller au bureau chercher le double et de le retrouver à 16h30.

15h15 : ma collègue me quitte pour aller au bureau chercher le double des clés.

15h45 : transport en commun pour Saint-Gilles : je complète le dossier et les statistiques.

- SMS d'un locataire qui a oublié quand avait lieu son rdv, je le rappelle pour le lui communiquer.

16h30 : rendez-vous avec le locataire à Saint-Gilles où ma collègue me rejoint avec les clés. Nous faisons un double pour garder un exemplaire et l'accompagnons chez lui, constatons que le chauffage ne fonctionne pas : appel téléphonique à l'AIS pour demander le passage du service technique.

17h30 : nous quittons le locataire, complétons le dossier et les statistiques.



Une journée-type de l'assistante sociale

7h00 : je téléphone à L., lui rappelant, comme elle me l'avait demandé, que ce matin j'arriverai chez elle à 8h, pour que nous allions ensemble à sa convocation en justice de paix (arriérés de paiement Electrabel). L. m'avait contactée en pleurs après avoir reçu ce courrier, pensant qu'on allait la mettre en prison suite à son passé carcéral. J'avais pu la rassurer en lui expliquant le fonctionnement de la « justice de paix », l'importance de se présenter à cette audience pour être entendue et pouvoir négocier un plan de paiement.

8h00 : je sonne chez L. qui est presque prête, elle termine de se maquiller pendant que je rassemble les documents pour l'audience publique. Nous arrivons à 8h45 et il y a déjà beaucoup de monde, il faut faire la file pour signaler sa présence ; L. est inquiète et ce temps d'attente me permet de la rassurer tant bien que mal.

10h00 : L. est appelée par le juge de paix qui lui demande le pourquoi de ses arriérés, elle me regarde et je l'encourage à expliquer sa situation (ce que nous avons préparé auparavant). Alors que l'avocate d'Electrabel réclamait le paiement de la somme totale et sans délai, le juge octroie à L. de payer 10 euros/mois et nous suggère d'aller directement au CPAS pour qu'ils prennent en charge cette facture. Une nouvelle comparution est fixée en mars 2018 pour faire le point. L. est ravie de cet accord et nous partons au CPAS où un rendez-vous est obtenu avec son assistant social pour la semaine suivante.

12h00 : je quitte L. pour rejoindre mon collègue dans une autre commune.

13h00 : visite à domicile chez M. Il est installé dans son appartement depuis 6 mois, un ami vient régulièrement chez lui. Nous nous retrouvons à quatre, accueillis chaleureusement, et la visite permet de faire le point sur la situation de M. : santé (différents rendez-vous médicaux sont en cours et M. diminue sa consommation d'alcool, soutenu par son médecin), administratif (dossier CPAS en ordre et factures payées), loisir (M. a souscrit un abonnement de télévision et regarde

beaucoup de documentaires animaliers ou historiques). Il nous parle ensuite de son passé dans son pays d'origine, de son arrivée en Belgique avec sa femme et ses enfants, puis de la dégradation de sa vie due à l'alcool, de son parcours dans la rue... Avoir retrouvé un logement grâce au projet Housing First lui permet de se reprendre en main, de retrouver une vie digne où il peut se projeter dans l'avenir (suivre une formation pour perfectionner son français).

14h00 : visite à domicile chez J.-M. Il ne répond pas à la sonnette ni au téléphone, ce qui est assez fréquent. Nous lui laissons un mot dans sa boîte aux lettres en lui proposant un autre rendez-vous. Je me mets en route pour la visite suivante avec une autre collègue.

15h30 : visite à domicile chez N. C'est son ami qui vient nous ouvrir. N. semble aller bien et nous explique avoir fait ses démarches pour sa carte d'identité et attendre les codes PIN et PUK. Son ami intervient fréquemment dans nos échanges, pose beaucoup de questions, parle pour N. en l'interrompant et nous devons rappeler le cadre plusieurs fois. N. souhaiterait faire du bénévolat et nous la mettons en contact avec la Croix-Rouge. N. appellera pour convenir des modalités. Nous discutons ensuite (debriefing) de la difficulté que nous avons éprouvée suite aux interventions de l'ami de N.

16h30 : débriefing avec ma collègue sur les interventions de l'ami de N. : est-elle sous son emprise ? Nous en discuterons lors de la prochaine réunion d'équipe.

17h00 : de retour à la maison pour remplir les dossiers et l'ordre du jour pour la prochaine réunion d'équipe ainsi que passer quelques coups de téléphone et envoyer des mails.

Une demi-journée type du médecin

9h00 : mes mercredis matin commencent souvent avec une visite à A. qui a dû retourner à la prison de Saint-Gilles pour non-respect de ses conditions d'internement. Même avec une autorisation permanente pour notre équipe, ça prend beaucoup de temps : changement de garde, un problème informatique ou une surcharge du personnel, à chaque fois il faut compter au moins 45 minutes pour le voir.

10h00 : A. arrive dans la salle de rencontre. J'ai de la chance, cette fois il est un peu en forme et a envie de parler. On essaye d'organiser une autorisation de sortie pour visiter le logement qu'on aimerait lui proposer. Il est plutôt enthousiaste.

11h00 : je reprends la route vers Saint-Josse. J'ai rendez-vous avec J., dont la consommation est toujours un peu inquiétante, mais comme souvent, il n'est pas là. Je laisse un message dans sa boîte aux lettres.

11h45 : j'utilise le temps que j'ai devant moi pour passer quelques coups de fil dans un bar un peu sinistre à côté : un pour soutenir P. qui a reçu de mauvaises nouvelles pour sa santé, un pour régler un rendez-vous à l'hôpital, et un à un médecin qui prescrit vraiment beaucoup de médicaments au locataire que je voulais voir, alors qu'un autre médecin lui prescrit également les mêmes médicaments.

12h15 : il est temps d'aller chez M. Au début j'étais fort impressionné par sa personne -vêtements de l'armée, passion pour les armes et fort sentiment de persécution - mais on se connaît depuis presque deux ans maintenant et on a développé un bon lien : on n'aime pas trop les formes de pouvoir ou les dangers de l'institutionnel. Il impressionne toujours avec sa connaissance de l'histoire, mais aussi avec les dessins qu'il réalise quand il est en forme.

En changeant une ampoule dans sa salle de bain, j'essaie de lui parler de ses idées de persécutions, des choses qui l'aident et de sa santé. Il a appris récemment que deux médicaments qu'il prend en quantité sont mauvais pour le cœur mais il y tient beaucoup parce qu'ils l'aident contre ses ennemis nazis. Je propose, comme ça a été le cas précédemment lors d'hospitalisations, d'essayer de diminuer un peu les doses et de chercher avec lui d'autres moyens de se protéger. Pour lui, ce qui le protège le plus, c'est une hospitalisation. Mais il sait qu'on va lui mettre la pression pour diminuer ses deux médicaments et qu'ils essaieront d'augmenter son neuroleptique, ce qui le fatigue beaucoup et lui donne l'impression d'être plus vulnérable aux attaques.

13h : je reprends la route pour une visite courte chez S. pour une première rencontre avec ma collègue. Après avoir fait un petit bilan médical, elle me demande de regarder sa plaie à la jambe et de lui faire des ordonnances. Je ne me sens pas à l'aise de prescrire tout ce qu'elle me demande, donc on trouve un compromis. Elle ne se sent pas très bien dans sa peau et parle beaucoup de son histoire. À la fin elle semble un peu soulagée et exprime sa volonté de fumer moins. Je lui promets de lui transmettre des documents qui peuvent aider à diminuer ou arrêter le tabac ou l'alcool de sa propre initiative.

e. Les partenaires

Les partenaires du projet Housing First Brussels

Infirmiers de Rue, le Forum - Bruxelles contre les inégalités, la Strada, le CPAS de Forest, le CPAS de Molenbeek, le CPAS de Saint-Josse, le CPAS de Saint-Gilles, le CPAS de Schaerbeek, l'AMA, la Fédération des Services de la Santé Mentale bruxelloise francophone, la Fédération des Maisons médicales, la FEDITO bruxelloise, la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, le SASLS.

Les partenaires du projet Housing First Belgium Lab

Au terme de la phase-test, les résultats démontrant l'efficacité des pratiques Housing First en Belgique, une cellule de soutien au développement de ces pratiques a été initiée au sein du Service Public de Programmation-Intégration sociale : le Housing First Belgium-LAB. Sa mission sont les suivantes : expert référent Housing First, développeur des pratiques Housing First, incubateur d'innovations sociales à partir du Housing First, gestion des connaissances et collaboration et partenariat avec les Régions. Les acteurs impliqués sont : Infirmiers de Rue, Step Forward, Station Logement, le Relais Social de Charleroi, le Relais Social de Liège, Le Relais Social de Namur, le CPAS de Molenbeek, le CPAS de Gand, le CPAS d'Anvers, le CPAS d'Hasselt, la Strada et le SAW.

Les partenaires originaux, fondateurs du projet

La Cellule d'appui du SMES-B, Diogènes, CAW Brussel Puerto / Huis van Vrede, Synersanté / projet des Petits Riens, le Service de Santé Mentale La Gerbe, le Projet Lama, le Centre Transit, les experts du vécu en matière de pauvreté, le Foyer Schaerbeekois, ses agents de convivialité et les projets de cohésion sociale, le CPAS de Schaerbeek.

Les partenaires européens du Housing First Hub

Mis en place par la FEANTSA et la Y-Foundation, le Hub réunit une quinzaine de partenaires européens et développe des missions de formation, recherche et mise en pratique.

Les partenaires de réseau dans l'accompagnement des personnes relogées

Voir infra IV. f. Suivis.

Les partenaires logements

Les bénéficiaires ont pu être relogés grâce à des partenariats avec :

- le Foyer Schaerbeekois : 8 logements (*bail glissant*) ;
- le Foyer du Sud : 2 logements ;
- le Foyer Etterbeekois : 1 logement ;
- les HBM de Saint-Josse : 1 logement (*bail glissant*) ;
- l'Agence Immobilière Sociale de Molenbeek (MAIS) : 6 logements ;
- l'Agence Immobilière Sociale de Saint-Gilles : 2 logements ;
- l'Agence Immobilière Sociale de Saint-Josse: 1 logement ;
- l'Agence Immobilière Sociale Comme Chez Toi : 1 logement ;
- l'asbl SETM : 1 logement ;
- le CPAS de Forest : 1 logement (*bail glissant*) ;
- le CPAS de Molenbeek : 1 logement ;
- le Fonds du logement : 2 logements (*bail glissant*) ;
- un propriétaire privé : 1 logement.

Pour 12 logements, nous avons dû recourir au système du bail glissant, dans lequel le SMES-B est locataire du logement et le sous-loue au bénéficiaire du projet.

Des partenariats ont d'ores et déjà été établis pour 15 nouveaux logements en 2018 via :

- un propriétaire privé : 2 logements ;
- le CPAS de Forest : 1 logement ;
- l'Agence Immobilière Sociale Quartier : 1 logement ;
- l'Agence Immobilière Sociale de Molenbeek (MAIS) : 2 logements ;
- l'Agence Immobilière Sociale de Saint-Gilles : 1 logement ;
- le Foyer Schaerbeekois : 4 logements ;
- les HBM de Saint-Josse : 1 logement ;
- l'ALS : 1 logement ;
- l'asbl Communa : 2 logements ;
- l'asbl ARCHI HUMAN : 1 logement.

ARCHI HUMAN est un projet initié par l'architecte Luc SCHUITEN, et dont nous sommes co-fondateurs et administrateurs, qui combine deux démarches :

- d'une part, la lutte contre le sans-abrisme, en construisant des unités de logement individuelles pour les personnes sans-abri et en sensibilisant les citoyens sur les possibilités très réelles de mettre fin au sans-abrisme chronique dans les dix prochaines années ;

- et d'autre part, la revalorisation de nos quartiers en réinvestissant des espaces résiduels inexploitable, coins ou façades aveugles, tombés en déshérence. À travers ce projet, nous voulons promouvoir le droit à un logement décent (droit fondamental garanti par la constitution belge) et ainsi contribuer au respect de la dignité humaine.

f. Résultats

Mise en logement

- Dans le courant de l'année 2017, nous avons réalisé 10 entrées en logement, soit une augmentation de 43% du nombre de personnes relogées.
- Ces personnes sont venues rejoindre les 23 déjà accompagnées par le projet.
- 94 % des personnes relogées ont été maintenues en logement.

Objectifs opérationnels

Objectifs	Indicateurs
Développer un partenariat fort entre le public et l'associatif	Partenariat avec 5 CPAS
Constituer une équipe pluridisciplinaire	L'équipe est constituée, formée et au travail
Mettre en place des partenariats et des réseaux d'accompagnement associatifs et publics	Réalisé pour chaque locataire
Mettre des logements à disposition du projet	10 nouveaux logements ont été mis à disposition du projet
Sélectionner des personnes répondant aux critères du projet	11 personnes ont été sélectionnées par 7 associations et un CPAS
Leur donner accès à un logement	10 personnes ont eu accès à un logement
Les accompagner	Ces 10 personnes sont toujours accompagnées actuellement, ainsi que les personnes entrées en logement en 2015, 2014 et 2013, à l'exception des quatre personnes décédées et des deux personnes qui ont dû quitter leur logement

Problématiques rencontrées

Pour évaluer les problématiques de santé mentale et les consommations des locataires du projet, nous avons recours à trois outils. Ils ont pour but de faire ressortir les comportements et les difficultés rencontrées, qui nous semblent mieux traduire le quotidien des personnes et du travail de l'équipe que ne le permettrait une mention diagnostique unique.

Le premier est une description de symptômes de santé mentale.

Le deuxième fait référence au nombre de produits consommés par la personne, et de certains risques associés.

Le troisième recourt à une échelle globale de fonctionnement (IMM 5727). Il s'agit d'une échelle numérique utilisée par des cliniciens en santé mentale et des médecins pour évaluer subjectivement le fonctionnement des adultes sur les plans social, professionnel et psychologique.

Santé mentale

- Dépression majeure et/ou chronique : 39% des locataires
- Méfiance excessive, sentiment de persécution, délire paranoïaque : 33% des locataires
- Hallucinations visuelles et/ou auditives, délire mégalomane : 24% des locataires
- Passages à l'acte hétéro-agressif, menaces graves : 24% des locataires
- Troubles cognitifs : confusion, perte de mémoire, désorientation spatio-temporelle : 24% des locataires

Consommation (actuelle)

- Abstinents complets : 1 personne
- Un seul produit : 11 personnes
- Au moins deux produits : 13 personnes
- Trois produits et plus : 8 personnes
- Consommation par injection : 3 personnes
- Ont déjà fait une overdose : 5 personnes
- Ont arrêté au moins un produit : 10 personnes

Les produits consommés sont principalement les suivants : alcool, usage détourné de médicaments, cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamines.

Échelle globale de fonctionnement

Il convient de préciser que la cotation, bien que se basant sur des observations répétées et croisées, reste subjective.

Locataire	Score entrée	Score actuel	Locataire	Score entrée	Score actuel	Locataire	Score entrée	Score actuel
1	25	40	12	60	60	23	30	20
2	30	75	13	40	50	24	20	10
3	30	35	14	45	55	25	50	60
4	50	60	15	30	80	26	30	30
5	35	25	16	50	60	27	30	40
6	45	65	17	60	80	28	60	60
7	20	60	18	30	30	29	60	60
8	20	50	19	20	20	30	30	30
9	20	50	20	30	55	31	30	30
10	35	50	21	40	50	32	60	60
11	60	60	22	20	30	33	30	30

- Moyenne lors de l'entrée en logement : 37
- Moyenne actuelle : 47
- Taux d'amélioration moyen : 10

Interprétation

90 : symptômes absents ou minimes, fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de la vie quotidienne.

80 : si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et sont des réactions prévisibles à des facteurs de stress ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social ou professionnel.

70 : quelques symptômes légers OU certaines difficultés dans le fonctionnement social ou professionnel, mais fonctionne assez bien et entretient quelques relations significatives.

60 : symptômes modérés OU altération modérée du fonctionnement social ou professionnel.

50 : symptômes sérieux (idéation suicidaire, rituels obsessionnels sérieux) OU altération importante du fonctionnement social ou professionnel (absence d'amis).

40 : une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (discours parfois illogique, obscur ou non pertinent) OU déficience majeure dans plusieurs domaines tels que le travail, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur.

30 : le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations OU trouble grave de la communication ou du jugement (parfois incohérent, agit de façon inappropriée, préoccupation suicidaire) OU incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (reste au lit toute la journée, est sans emploi, n'a pas d'amis).

20 : présente un certain danger pour sa sécurité ou celle d'autrui (tentative de suicide, violence fréquente, agitation maniaque) OU ne maintient pas une bonne hygiène corporelle (souillé d'excréments) OU altération majeure de la communication (incohérence marquée, mutisme).

10 : Présente un danger persistant pour sa propre sécurité ou celle d'autrui (p. ex. accès répétés de violence) OU geste suicidaire avec désir réel de mourir.

Suivis

L'équipe a réalisé 483 visites à domicile et 319 accompagnements à l'extérieur. Cela représente un total de 801 rencontres avec les locataires. Les rendez-vous à domicile ont diminué par rapport à l'année dernière, alors que les visites à l'extérieur ont augmenté. La mise en lien avec le réseau psycho-médico-social reste primordiale pour augmenter l'autonomie des personnes.

50% des visites à domicile ont été réalisées en binôme, soit une diminution de 20% par rapport à 2016. La complexité des situations, le cumul des tâches à réaliser et la sécurité sont des éléments primordiaux dans la décision d'une visite à deux professionnels. Néanmoins, le temps de travail limité impose parfois de voir les locataires seul. Certaines prises en charge spécifiques, comme des thérapies brèves portant sur la gestion du stress ou sur la diminution d'un stress post-traumatique requièrent un également un travail en solo.

Les locataires ont été rencontrés en moyenne entre 2 fois et 3 fois par mois, ce qui correspond à une légère diminution en regard à 2016, qui s'explique par la stabilisation de certains locataires.

La disparité du nombre de visites par locataires est néanmoins très importante. Elle va de 6 visites annuelles, pour un locataire stabilisé, à 87 visites pour un locataire fort délirant, consommateur actif, dont la situation administrative a dû fortement être remise en ordre, et qui a dû changer de logement suite au glissement de son premier bail.

Le nombre de rencontres avec les locataires a également tendance à fluctuer en fonction :

- du moment de l'accompagnement : il est plus élevé au début en raison des démarches liées à l'entrée en logement (inscription à la commune, activation des revenus, contacts avec le propriétaire, transfert de pharmacie...) et du démarrage de l'accompagnement qui nécessite souvent un soutien accru et une attention plus soutenue ;
- de la fréquence des crises et des problèmes de santé mentale et physique ;
- de la présence ou non d'un réseau autour de la personne et des possibilités de mise en place d'un réseau local de soins adapté ;
- des rendez-vous qui n'ont pas abouti à une rencontre de la personne.

30% des rendez-vous n'ont pu avoir lieu en raison de l'absence (116 rendez-vous) ou de l'annulation (212 rendez-vous) par le locataire. Cela représente un total de 328 visites programmées qui n'ont pas pu avoir lieu, soit une visite sur 3. C'est assez prévisible au regard de la déstructuration des personnes accompagnées et cela pourrait démontrer une bonne accroche avec les travailleurs du projet et le résultat des outils mis en place (calendrier, téléphone, horloge, régularité des visites...). Néanmoins, ce nombre est en augmentation et pourrait signifier également un désir d'autonomie de certains locataires, parfois malgré les craintes présentes au sein de l'équipe.

Ce sont donc 1129 rencontres qui ont été organisées en 2017.

En dehors des visites, 1452 contacts téléphoniques ont permis de rester disponibles tout en s'adaptant aux canaux de communication des locataires, de maintenir le lien et de répondre à des demandes diverses. L'augmentation par rapport à 2016 n'est que de 9%, soit moins que l'augmentation du nombre de locataires. Cela peut signifier une diminution des demandes et besoins des locataires en dehors des heures de rendez-vous.

En 2017, le suivi des locataires par l'équipe a représenté un total de 2581 contacts.

L'équipe a également réalisé un travail conséquent de lien avec le réseau et d'élargissement de ce réseau en dehors des rencontres avec les locataires. Afin de permettre à chaque acteur de travailler au mieux et de répondre adéquatement aux besoins des locataires, l'équipe organise régulièrement des réunions de concertations avec les différents intervenants cités ci-après.

<p>Fonction psychiatrique : SSM La Gerbe SSM Le Méridien Projet Lama (psychiatre) Parentalité-Addiction Interstices Tela Hermès + La Cellule d'Appui du SMES-B</p>	<p>Fonction relationnelle : Compagne / compagnon Amis Bibliothèque Voisins Concierge Café Famille Animal de compagnie DoucheFLUX Repair café Côté Cour</p>
<p>Fonction sociale : Diogènes Services d'aide à domicile Colis alimentaires Poverello La Samaritaine Éducateurs de rue de Saint-Gilles Service Habitat accompagné du CPAS de Saint-Gilles</p>	<p>Fonction financière : CPAS de Bruxelles-Ville, Saint-Gilles, Saint-Josse, Forest, Molenbeek, Schaerbeek Administrateurs de bien Services de Médiation de dettes Mutuelles ONEM / Actiris DG Personnes Handicapées Banques Syndicats</p>
<p>Fonction médicale : Maisons Médicales de l'Enseignement, Aster, Soins pour tous, Oliviers, du Béguinage, des Marolles, Botanique, Santé Plurielle, La Perche Hôpitaux Saint-Pierre, Saint-Jean, Brugmann, Sans Souci, Titeca, Sainte-Anne Saint-Rémy, le Domaine Médecins généralistes privés Réseau Hépatite C Patients assistance Pharmacies</p>	<p>Fonction liée à l'usage de drogues : Transit Latitude Nord Projet Lama Dune / Clip Parentalité Addiction</p> <hr/> <p>Fonction juridique : Assistants de justice Assistants de probation Travaux d'intérêt généraux</p>

Depuis l'entrée en logement des locataires, l'accompagnement a permis un étoffement et une diversification de leurs réseaux respectifs, que ce soit sur le plan personnel, avec la création de liens sociaux et le renforcement du réseau relationnel avec les proches (famille, amis), ou sur le plan psycho-médico-social, avec une prise en charge par des partenaires spécialisés dans les problématiques de santé physique, mentale, d'addiction, juridiques, financières, sociales et socioprofessionnelles.

D'autres tentatives d'élargissement du réseau ont été proposées, mais n'ont pas encore abouti.

Les raisons de ce non-aboutissement sont probablement doubles :

- d'une part, certains locataires éprouvent des difficultés à s'inscrire dans des activités collectives et à mettre en œuvre des changements dans leur vie ;
- d'autre part, certaines institutions restent d'accès très, voire trop élevé pour un public fragilisé et multi-problématiques.

g. Mission de formation des équipes Housing First

La coordinatrice du projet Housing First du SMES-B a été choisie pour représenter la Région de Bruxelles-Capitale, et pour l'instant la Wallonie, au sein du programme « Train the Trainers » du Housing First Europe Hub de la FEANTSA.

Il s'agit de la participation à la construction et à la mise en œuvre d'un programme de formation à destination des équipes Housing First locales actuelles et à venir.

Le contenu et les méthodologies de cette formation seront développées lors de trois séminaires, dont le premier s'est tenu du 13 au 15 décembre à Milan.

Cette formation sera articulée avec les formations prévues dans le cadre du Housing First Belgium Lab et financée par la Fondation Roi Baudouin :

- le premier module est le socle de base initiant aux principes fondamentaux du Housing First. Il répond à l'objectif de diffusion du modèle. Il cible le public le plus élargi, intéressé par le modèle Housing First. Ce module sera disponible en français et en néerlandais ;
- le deuxième module enseigne la mise en pratique des techniques d'accompagnement du Housing First. Il est destiné aux travailleurs ayant déjà une pratique d'accompagnement Housing First (en priorité), ou une autre pratique d'accompagnement en logement.

h. Communication et réflexion

Le projet a été largement diffusé via des colloques, groupes de travail, dans la presse ou via les outils de communication du projet.

Enseignement

Décembre : la coordinatrice était professeure invitée lors du week-end de créativité et création de projet du Master en ingénierie et Action Sociale de la Haute Ecole Paul-Henri Spaak.

Présentation dans des colloques

- Mars : présentation en atelier et en plénière à la XIVe conférence Européenne «Dignité et Bien-être» du SMES-Europa.
- Avril : présentation au midi de PAC sur le thème « Housing First, le logement comme levier de changement ».
- Septembre : présentation de la pair-aidance lors d'une Intervision Housing First de la Fondation Roi Baudouin.
- Octobre : participation à la semaine « Hors-Circuit » du Forum - Bruxelles contre les inégalités, et présentation d'une proposition de travail sur les violences dans l'institution lors de la conférence.
- Octobre : présentation du Housing First lors de la conférence sur le sans-abrisme et la grande précarité organisée par Opération Thermos.
- Novembre : présentation du Housing First lors des Rencontres organisées par le SPP Intégration Sociale.
- Décembre : co-organisation et co-animation de la table d'échanges du SMES-B sur «La violence dans l'institution : sortir du tabou de la peur pour repenser les pratiques».

Groupes de travail

- Groupe de Travail Intersectoriel autour du Housing First, réunissant le SMES-B, la Strada, le Forum, l'AMA, la PFCSM, la FSSMB, la FDSS et Infirmiers de Rue
- Concertation de l'aide aux sans-abri de la Strada
- Groupe de travail du Conseil consultatif de l'Aide aux Personnes (Cocom)
- Groupe de travail du Logement et Santé Mentale de la PFCSM et asbl BRU4HOME
- Intervisions sur le Housing First organisées par la Fondation Roi Baudouin
- Intervisions sur les garanties locatives organisées par la Fondation Roi Baudouin
- Comités d'accompagnement et de pilotage du Housing First Belgium Lab et du Housing First Brussels
- Réunions d'échanges réguliers entre les projets Housing First bruxellois
- Comité de pilotage de la Cellule Capteur et Créateur de logement de l'Illot
- Comité de pilotage et Conseil d'Administration de l'asbl Archi Human
- Groupe de travail « habitat léger, innovant, temporaire » de SOHONET

Échanges internationaux

Dans le cadre d'une bourse Erasmus +, des membres de l'équipe ont pu visiter les programmes Housing First d'Helsinki et de Barcelone. D'autres voyages européens sont programmés en 2018. Une équipe d'Amsterdam a été accueillie.

Médias

- Interview dans la Libre Belgique, « Offrir un toit à 400 sans-abri à Bruxelles ? Chiche », mai 2017.
- Interview sur RCF, « 400 toits pour les sans-abri », mai 2017.
- Participation à la vidéo sur « Sorties de rue » réalisée par la Fondation Roi Baudouin.
- Article « Housing First et pair aidance », revue L'Observatoire, septembre 2017.
- Interview dans la DH, «Un ancien SDF témoigne : L'accès au logement m'a ramené à la vie », août 2017.

Outils de communication

Le site internet www.housingfirstbrussels.be

Le projet est également présent sur le site du SMES-B : www.smes.be









Un folder de présentation est diffusé.

La vidéo de présentation du projet est disponible sur le site, les canaux Youtube et Vimeo du SMES-B et sur le site de Mutation Production. Elle totalise 1188 visionnages. <https://vimeo.com/103890633>



L'équipe a également participé à la réalisation de la vidéo « Sortie de rue », présentant la recherche sur le Housing First de Sébastien Lo Sardo du *Forum - Bruxelles contre les inégalités*. <https://vimeo.com/213810514>

V. OBJECTIFS 2018

-  Élargir l'équipe d'accompagnement pluridisciplinaire Housing First de type *Assertive Community Treatment* permettant d'accompagner les personnes de manière globale et sur mesure.
-  Mettre à disposition des logements publics et privés. Conformément à la méthodologie Housing First, ces logements seront individuels et à loyer modéré. Ils seront accessibles immédiatement depuis la rue ou les services d'urgence, sans condition de traitement ni d'abstinence, selon un bail illimité dans le temps, et dispersés dans la ville.
-  Sélectionner, via des partenariats, des personnes sans-abri (selon la typologie ETHOS, catégories 1 et 2), n'ayant pas ou difficilement accès à un logement en raison de problématiques cumulées de précarité sociale, de santé mentale et d'assuétudes.
-  Si les moyens nous le permettent, reloger entre 10 et 15 nouvelles personnes et les accompagner selon la méthodologie Housing First, nous permettant d'avoir sorti durablement de la rue entre 43 et 48 personnes.
-  Maintenir, adapter et déployer des réseaux médico-psycho-sociaux à l'intersection des secteurs de la précarité, du logement, de la santé mentale, des assuétudes, ou tout autre réseau permettant de répondre aux besoins du public-cible.
-  Renforcer le développement partenarial entre le public et l'associatif au fil des coopérations sur le terrain.
-  Inscrire notre travail et notre méthodologie au sein des activités du futur bureau d'aide et d'insertion sociale, Bruss'Help.
-  Poursuivre le plaidoyer en faveur du relogement et de l'accès à l'aide et aux soins des personnes sans-abri les plus fragiles, afin de contribuer à l'objectif global de « zéro sans-abri » en Région de Bruxelles-Capitale.