

**LE SMES - B**  
vous présente son  
**Rapport d'Activités 2014**

## TABLES DES MATIÈRES

<b>I. INTRODUCTION SMES-B</b>	<b>5</b>
1. CONTEXTE PSYCHOSOCIAL	5
2. CREATION SMES-B	5
3. TRAVAIL A L'INTERSECTORIALITE	6
4. VISEE OPERATIONNELLE ET SOUTIEN PAR L'ACTION	6
5. PARTENAIRES ET SPECIFICITE DE LEURS PUBLICS-CIBLES	7
6. ORGANIGRAMMES ET INSTITUTIONS DECISIONNAIRES	7
<b>II. CELLULE D'APPUI MEDICO-PSYCHOLOGIQUE</b>	<b>9</b>
1. GENESE DE LA CELLULE D'APPUI	9
1.1. Partenaires fondateurs	9
1.2. Hypothèses initiales de travail	9
2. MISSIONS ET OBJECTIFS	10
3. EQUIPE	10
4. PARTENAIRES	11
5. TERRITOIRE D'INTERVENTION	11
6. PUBLIC	11
7. MODALITES D'INTERVENTION DE LA CELLULE D'APPUI	11
7.1. Soutien aux intervenants de première ligne	11
7.1.1. Procédure d'intervention	12
7.1.2. Plus-values de la procédure d'intervention	13
7.2. Intervisions	13
7.3. Formations	14
7.4. Plus-values de la méthodologie des formations et interventions	14
8. PROJETS SPECIFIQUES NOVATEURS	14
8.1. Projet « Outreaching des adultes »	14
8.1.1. Philosophie et finalité du projet	15
8.1.2. Action de deuxième ligne	16
8.2. Partenariat entre le SASLS et le SMES-B	16
9. ACTIVITES 2013	17
9.1. Rencontres institutionnelles et réseau	17
9.2. Intervisions et formations	18
9.3. Participation aux groupes de travail	18
9.4. Recherches	18
9.5. Colloques, séminaires et journées d'étude	18
10. 2013 : QUELQUES DONNEES CHIFFREES	19
10.1. Données générales	19
10.1.1. Nombre de demandes et de dossiers en cours en 2013	19
10.1.2. Etat des dossiers traités en 2013	20
10.2. Données concernant les usagers	20
10.2.1. Nationalités	20
10.2.2. Répartition selon le sexe	20
10.2.3. Répartition selon l'âge	20
10.2.4. Etat civil	21
10.2.5. Lieu de vie	21
10.2.6. Situation socio-économique	21

10.2.7. Données psychiques concernant des usagers.....	22
10.2.7.1. Démarches psychiatriques antérieures à l'intervention de la Cellule d'appui	22
10.2.7.2. Hospitalisation et mise en observation en 2013 .....	22
10.3. Interventions de la Cellule d'appui auprès des usagers.....	22
10.3.1. Evolution de la situation du patient.....	22
10.4. Système demandeur.....	23
10.4.1. Institutions envoyeuses .....	23
10.4.2. Motif de la demande du système demandeur .....	23
10.4.3. Problème dominant selon l'envoyeur .....	23
10.4.4. Institutions demandeuses.....	24
11. CONCLUSION ET PERSPECTIVES .....	25

### **III. PROJET HOUSING FIRST..... 27**

1. INTRODUCTION .....	27
2. ORIGINE DU PROJET HOUSING FIRST.....	27
3. FINALITE.....	28
4. CONTEXTE.....	28
5. PUBLIC CIBLE .....	29
6. PERIMETRE D'INTERVENTION.....	29
7. REALISATION DES OBJECTIFS .....	29
7.1. Equipe .....	30
7.2. Logements.....	30
7.3. Partenaires.....	30
8. LOCATAIRES .....	31
8.1. Sélection des locataires.....	31
8.2. Mise en logement et accompagnement sur mesure .....	32
8.2.1. Locataire 1 .....	32
8.2.1.1. Rencontre avec l'équipe.....	32
8.2.1.2. Premier contact.....	32
8.2.1.3. Entrée en logement.....	32
8.2.2. Locataire 2 .....	32
8.2.2.1. Rencontre avec l'équipe.....	32
8.2.2.2. Premier contact.....	33
8.2.2.3. Entrée en logement.....	33
8.2.3. Locataire 3 .....	33
8.2.3.1. Rencontre avec l'équipe.....	33
8.2.3.2. Premier contact.....	33
8.2.3.3. Entrée en logement.....	34
8.3. Maintien en logement .....	34
8.3.1. Accompagnement du locataire 1 .....	34
8.3.2. Accompagnement du locataire 2 .....	34
8.3.3. Accompagnement du locataire 3 .....	35
9. RESULTATS DU HOUSING FIRST ET PLUS-VALUES DE LA METHODOLOGIE.....	36
9.1. Maintien dans le logement.....	36
9.2. Amélioration de la santé mentale.....	36
9.3. Amélioration de la santé physique .....	36
9.4. Amélioration du bien-être.....	36
9.5. Amélioration de la consommation de produits psychotropes légaux et/ou illégaux	36

9.6. Amélioration de la sécurité .....	37
9.7. Insertion sociale.....	37
10. CONDITIONS SPECIFIQUES DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET EN REGION BRUXELLOISE ..	37
11. COMMUNICATION ET REFLEXION AUTOUR DU HOUSING FIRST .....	37
11.1. Comités fédéraux et locaux.....	37
11.2. Réunions d'échange et d'information .....	38
11.3. Présentations publiques .....	38
11.4. Participation à des colloques .....	38
11.5. Articles et interviews .....	39
12. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES .....	39

#### **IV. RESEAU .....** **40**

1. INTRODUCTION .....	40
2. FONDEMENTS DU TRAVAIL EN RESEAU .....	40
3. MISSIONS DU RESEAU.....	40
4. METHODOLOGIE .....	41
5. OBJECTIFS OPERATIONNELS .....	41
5.1. Cycles d'Intervisions .....	41
5.1.1. Compositions des groupes de 2013 .....	42
5.1.2. Evaluation .....	44
5.1.3. Perspectives .....	44
5.2. Tables d'échanges .....	44
5.2.1. Tables d'échanges 2013.....	45
5.2.2. Perspectives .....	46
5.3. Site Internet et stratégie de communication .....	46
5.3.1. Perspectives .....	47
5.4. Animation du Réseau .....	47
5.4.1. Perspectives .....	48
5.4.2. Exemples de collaborations .....	48
5.4.2.1. Première rencontre Inter Réseaux .....	48
5.4.2.2. Participants à la rencontre .....	49
5.4.2.3. Objectif .....	49
5.5. Projet Réseau d'Accompagnateurs Psychosociaux – RAPS.....	49
6. Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique .....	50

#### **V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES DU SMES–B.....** **50**

---

## I. INTRODUCTION SMES-B

---

### 1. CONTEXTE PSYCHOSOCIAL

Même si l'accessibilité aux soins est une préoccupation politique depuis près de cinquante ans – création de l'INAMI –, elle est loin d'être acquise dans toutes les couches sociales. Pour les publics les plus précarisés, elle soulève encore de nombreuses questions et ne peut être que le résultat d'une meilleure collaboration entre les acteurs au travail avec ces populations, collaboration soutenue par les pouvoirs publics.

Certaines structures luttent contre les exclusions en prévoyant, par le renforcement de liens existant ou par des créations innovantes, d'autres mesures pour pallier aux difficultés d'accès aux soins rencontrées par les personnes sans domicile ou en domicile précaire, qui se trouvent en marge des soins hospitaliers et des services d'aide sociale. Du point de vue des intervenants sociaux, la création de ces Réseaux Santé joue un rôle déterminant dans la facilitation du travail d'insertion de nombreux bénéficiaires cumulant difficulté psychique et grande précarité, soutenant, par exemple, les rencontres intersectorielles entre acteurs de terrain.

Les indices d'inégalités montrent qu'actuellement 15% de la population belge vit en dessous du seuil de pauvreté. Ce pourcentage passe à 20 lorsqu'on considère la population bruxelloise. Un autre rapport, émis par le Cabinet de Madame Maggie De Block, Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, présenté lors de l'ouverture de la journée « Tables rondes sur l'accès aux soins pour les populations vulnérables en Belgique », fait état que 42% des Bruxellois vivraient sous le seuil de pauvreté si la sécurité sociale, telle que nous la connaissons, n'existait pas.<sup>1</sup> Corrélativement à ce constat de paupérisation, la dégradation de l'état de santé d'une partie de la population alimente encore le recul de l'accessibilité aux soins par un phénomène de « report de soins », qu'il s'agisse de soins physiques ou psychiques. La mise en place de dispositifs visant à améliorer le « bien-être » des personnes en difficulté sociale questionne les relations entre travail social et santé mentale.

Une revue de la littérature internationale montre que les prévalences de schizophrénie et de psychose dans la population sans-abri atteignent des taux 5 à 30 fois supérieurs à ceux de la population générale.<sup>2</sup> L'augmentation des personnes vivant dans la rue avec des troubles mentaux est aujourd'hui bien documentée dans diverses grandes villes européennes. Le cumul de l'exclusion sociale et de problématiques psychiatriques rend difficile le travail des professionnels.

### 2. CREATION SMES-B

Le SMES-B existe depuis 1993 ; il voit le jour à la suite du deuxième congrès du SMES-Europa à Bruxelles par la rencontre de professionnels de la santé mentale et de la « grande exclusion sociale » engagés auprès d'une population qui, cumulant une situation de précarité extrême et des problèmes médico-psychologiques, accède difficilement à l'aide et aux soins.

Le constat fondateur de cette rencontre tient dans la difficulté de répondre de manière adéquate aux problématiques de ces personnes. En effet, souvent, la personne exclue socialement ne répond pas aux critères d'accès des institutions psycho-médico-sociales telles qu'elles sont segmentées et organisées et éprouve donc des difficultés à y « entrer ». Par ailleurs, la personne souffrant de troubles psychiques peut mettre à mal l'aide et les soins qui

---

<sup>1</sup> Introduction aux Tables rondes sur l'accès aux soins pour les populations vulnérables en Belgique, Centre Pacheco, 28 mars 2014. Intervention de Monsieur Julien Van Geertson, SPP Intégration sociale

<sup>2</sup> Ducq H, Guesdon I, Roelandt JL, La santé mentale des personnes sans domicile, une revue critique de la littérature anglo-saxonne, in Encéphale n°23, 1997, page 30.

pourraient lui être prodigués. Ces deux processus sont d'autant plus à l'oeuvre que s'y ajoute un processus d'auto-exclusion.

La rencontre fut dans un premier temps « poliment conflictuelle », s'organisant et se heurtant à des questions mal posées : Faut-il traiter les problèmes sociaux avant les problèmes psychiatriques ou l'inverse ? La désinsertion sociale est-elle à l'origine des troubles psychiatriques ou l'inverse ?

### 3. TRAVAIL A L'INTERSECTORIALITE

Dans un débat posé en ces termes, chacun est confronté aux limites de ses compétences, de sa culture, de ses habitudes et semble attendre des réponses magiques de l'autre. Cette dialectique « ping-pong » renvoie donc à un face à face stérile des intervenants des deux champs et ne produit pas de réponse satisfaisante. Il fallait qu'ensemble les acteurs des deux champs acceptent ce constat : les problématiques vécues par les personnes en grande détresse sociale et psychologique présentent des spécificités et une complexité auxquelles les acteurs ne peuvent répondre individuellement. Comment dès lors construire ensemble des réponses adaptées ?

Il était primordial de d'abord identifier ce qui empêchait les deux secteurs de travailler ensemble : les particularités des cadres et philosophies de travail des secteurs respectifs rendaient difficile l'élaboration de pratiques appropriées. De ce constat 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 ?

On voit donc que la création du SMES-B, réseau de partenaires de terrain, se fonde 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, de par leurs difficultés sociales et de santé, en sont particulièrement exclues.

### 4. VISEE OPERATIONNELLE ET SOUTIEN PAR L'ACTION

Ce travail intersectoriel est une piste qui relève souvent du défi et que l'on a intérêt à emprunter avec lucidité et pragmatisme. Le SMES-B propose, pour ce faire, une démarche concrète axée sur un ensemble d'actions précises visant à soutenir une volonté de facilitation du tissage de liens de collaborations interinstitutionnelles.

Les activités se sont développées autour des missions suivantes :

- Le soutien, en deuxième ligne, aux professionnels confrontés à une impasse dans les soins et l'accompagnement de ce public, par des concertations et la mise en place de réseaux
- Le soutien aux usagers au travers du professionnel « porte-parole/ressource de confiance »
- La diffusion des savoirs en matière de pratiques intersectorielles et de travail en réseau
- Le témoignage des impasses institutionnelles et (inter)sectorielles quant aux dispositifs d'aide et de soins
- L'impulsion des expériences novatrices, notamment en prévention des ruptures dans l'aide et les soins
- La création d'espaces d'appui, de réflexion et d'échange de savoirs par les Intervisions, les Tables d'échanges...
- La sensibilisation des travailleurs aux problématiques de santé mentale par des formations en lien avec leurs réalités de travail

- Le partage d'expertises et de savoir-faire dans les lieux de réflexion et de débat

La spécificité des activités du SMES-B tient dans leur inscription à l'intersection du social et de la santé mentale. L'hypothèse est que ce positionnement, à la frontière entre ces deux champs, permet un effet de triangulation entre les institutions sociales et médicales : chacune de ces compétences garde toujours une place bien définie à côté de l'autre et clairement identifiée et personnalisée par l'autre. Cette triangulation agit à tous les niveaux, institutionnels et opérationnels, de l'association SMES-B : Assemblée générale, Conseil d'administration, Comités de pilotage, Cellule d'appui, partenaires du Réseau, groupes d'intervision, Tables d'échanges, etc.

## 5. PARTENAIRES ET SPECIFICITE DE LEURS PUBLICS-CIBLES

Le public-cible des partenaires du SMES-B présente des difficultés multiples et complexes qui ne se limitent pas à l'absence ou la précarité de logement ou de moyens financiers. Les travailleurs sociaux sont notamment, et souvent, confrontés à des situations mêlant précarité sociale aiguë et difficulté psychique. Une problématique de santé mentale agit souvent comme un frein majeur à la réussite des actions sociales, tant du point de vue du travailleur que de l'utilisateur. D'une part, il arrive que certains travailleurs sociaux ne comprennent pas les enjeux face à des problématiques psychiatriques lourdes et complexes, ou que certains travailleurs de la santé mentale ne puissent pas envisager un suivi psychique ou psychiatrique tant que la personne n'est pas « stabilisée socialement ». Les deux secteurs se renvoient ainsi le questionnement de la prise en charge. D'autre part, une grosse partie des utilisateurs subissent des ruptures successives dans leurs démarches – échecs et exclusions – et sont incapables de se maintenir dans un projet en raison de leurs souffrances psychiques. Ces problématiques de santé mentale couvrent à la fois les souffrances psychiques d'origine sociale, les pathologies psychiatriques, les assuétudes – produits licites ou illicites.

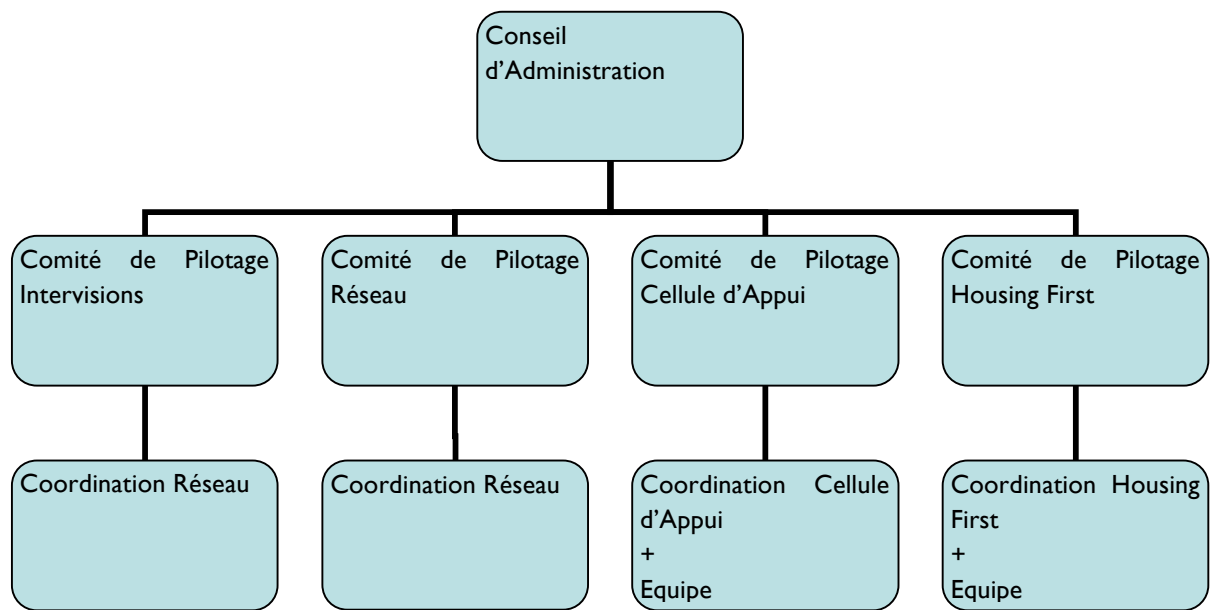
L'accompagnement du public précarisé ne peut se concevoir qu'en prenant en compte la globalité de la personne. Or, lorsque cela touche la santé mentale, le travailleur social semble aujourd'hui encore bien souvent démuné. Malgré les efforts et la bonne volonté mis en œuvre par les structures, les solutions semblent toujours insuffisantes et/ou inadéquates et rendent certaines situations insolubles. C'est là qu'intervient le SMES-B dans son travail de lien entre les acteurs psycho-sociaux et ses différents projets : Cellule d'appui et Housing First qui assurent, entre autres, une prise en charge de première et deuxième lignes, et Réseau.

## 6. ORGANIGRAMMES ET INSTITUTIONS DECISIONNAIRES

La structure pyramidale du SMES-B assure aux travailleurs de ses différents projets – Cellule d'appui, Housing First et Réseau – un soutien constant et une référence en matière d'unité philosophique. Elle permet également de favoriser la triangulation – spécifique au SMES-B – entre les partenaires composant l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration, les différents projets et les autres institutions de terrain.

Chacun des trois projets est épaulé par un Comité de Pilotage qui lui est propre, dont le travail s'inscrit dans la régularité et l'accessibilité. Ses membres sont chargés de veiller à ce que les objectifs définis par le Conseil d'Administration et à l'Assemblée Générale soient respectés, évalués et que les actions nécessaires soient mises en œuvre pour les atteindre. Pour améliorer le suivi des projets et valider les choix stratégiques, chaque Comité de Pilotage se constitue comme une entité transversale dont les membres sont issus du Conseil d'Administration.

Deux Comités de Pilotage spécifiques ont été constitués pour soutenir la réflexion sur les Intervisions et sur la communication.





---

## II. CELLULE D'APPUI MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

### 1. GENESE DE LA CELLULE D'APPUI

La Cellule d'appui médico-psychologique d'intersection entre la santé mentale et l'exclusion sociale, née du travail de réflexion et des initiatives développées par le SMES-B depuis 1993, a vu le jour en janvier 2001.

La conception de la Cellule d'appui s'est inscrite d'emblée dans la démarche globale du SMES-B. En effet, c'est au sein des interventions organisées par le SMES-B pour les secteurs de l'exclusion sociale et de la santé mentale qu'est née l'idée de sa création. 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, le plus souvent ailleurs que dans les espaces socialement construits pour y répondre (hôpital, service de santé mentale, etc.). Il semblait donc indispensable de compléter la démarche d'intervention 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 une fois de plus, une fois encore, une fois de trop, le morcellement dont il fut si souvent l'objet.

Cette démarche d'intersection construite au cas par cas a semblé d'autant plus pertinente qu'elle s'appuie sur les structures sociales et de santé existantes, en tentant dès que possible de les inclure dans le processus. Une Cellule d'appui mobile serait le chaînon manquant des dispositifs existants qui, dans leurs statuts d'institutions, sont par essence immobiles, n'accueillant que ceux encore capables de se fondre dans les filières préconçues des rendez-vous organisés par téléphone.

#### 1.1. Partenaires fondateurs

Le projet de la Cellule d'appui a été élaboré par les 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 travailleurs de rue, de services sociaux, de services de santé mentale, de services psychiatriques hospitaliers. Ce sont ces institutions qui ont tout d'abord fait appel à la Cellule d'appui.

#### 1.2. Hypothèses initiales de travail

Le grand intérêt de la Cellule d'appui est d'abord de ne pas considérer comme un donné *a priori* le besoin de solution d'un problème, mais de donner les moyens et le temps de se définir dans le cadre de la dynamique sociale, en telle manière qu'il soit possible au groupe d'y répondre de la façon la plus adaptée, soit par réorganisation des ressources existantes, soit par production de ressources nouvelles.

L'objectif de la Cellule d'appui n'est pas de prendre en charge le projet social de l'usager ni de s'en désintéresser. Il faut par contre travailler pour rendre ce projet possible, ce qui implique un travail de clarification spécifique qui se situe à plusieurs niveaux.

## 2. MISSIONS ET OBJECTIFS

L'action de la Cellule d'appui se décline autour de trois missions générales :

- Favoriser l'accès aux soins et à l'aide des personnes, souvent sans demande explicite, cumulant exclusion sociale et troubles psychiques
- Développer et promouvoir des pratiques intersectorielles novatrices, à la frontière entre social et santé mentale
- Témoigner des impasses institutionnelles et (inter)sectorielles quant aux dispositifs d'aide et de soins

D'un point de vue opérationnel, les activités de la Cellule d'appui visent à produire et à diffuser des pratiques intersectorielles appropriées aux besoins spécifiques pour faciliter l'accès aux soins, aux traitements, à l'aide sociale, à l'hébergement... pour les personnes cumulant précarité sociale et troubles psychiques. Il s'agit ainsi de rendre effectifs des droits fondamentaux dont ces personnes sont particulièrement exclues. Pour ce faire, la Cellule d'appui tente de rencontrer six objectifs :

- Créer une clinique nouvelle intersectorielle dont les fondements méthodologiques sont :
  - la mobilité, psychique et physique, entre les territoires des professionnels, afin de confronter des cultures, des conceptions et des fonctionnements de travail différents ;
  - la création d'un espace de rencontre et de créativité entre les différents secteurs et l'utilisateur pour inventer des pratiques nouvelles adaptées aux besoins du public, plutôt que le contraindre à s'adapter à des fonctionnements institutionnels ;
  - le passage entre institutions pour éviter le morcellement des personnes et les ruptures dans l'aide et les soins ;
  - la collaboration étroite avec les structures existantes en évitant toute intervention de substitution au réseau d'aide extérieur.
- Mettre au jour des réponses concertées : La pratique novatrice questionne les fonctionnements des institutions des deux secteurs, empêchant ainsi d'instrumentaliser l'autre dans une représentation unilatérale (c'est à l'autre de répondre à ce problème, c'est de son ressort, de sa compétence).
- Inclure une prise en considération globale et cohérente des personnes, quelles que soient leurs problématiques particulières.
- Favoriser une meilleure écoute et une plus grande disponibilité dans les services sociaux et médicaux.
- Faciliter un accès, un accueil et un hébergement efficaces en rendant certaines institutions plus souples à l'admission et dans la gestion de situations jugées parfois très difficiles.
- Permettre un accès, un accueil et un traitement adéquats pour les personnes en difficulté sociale lorsqu'une hospitalisation est indiquée. Donc un traitement qui :
  - tienne compte de leur mode de vie et des difficultés spécifiques qu'il entraîne dans la phase de post-cure ;
  - garantisse la continuité de la prise en charge entre les structures hospitalières et ambulatoires.

## 3. EQUIPE

L'équipe de la Cellule d'appui est pluridisciplinaire et plurilingue (français, néerlandais, anglais, farsi, arabe). En 2013, elle était composée d'une psychiatre, d'une psychologue, d'un thérapeute, d'une sociologue/coordinatrice et d'une infirmière psychiatrique, tous employés à temps partiel, soit 2,3 ETP.

Pour assurer les ressources humaines et le fonctionnement de la Cellule d'appui, le SMES-B bénéficie de plusieurs sources de financement, ainsi que d'un partenariat avec le service de santé mentale bicommunautaire « Rivage – Den Zaet » qui y détache une psychiatre à raison de 4 heures par semaine.

## 4. PARTENAIRES

Les institutions bénéficiaires des interventions de la Cellule d'appui agissent tant dans le secteur du social que de la santé mentale, qu'elles soient francophones, néerlandophones ou bilingues. Il s'agit de maisons d'accueil, services de santé mentale, gardes psychiatriques, travailleurs de rue, CPAS, logements sociaux, AIS, maisons médicales...

## 5. TERRITOIRE D'INTERVENTION

Le territoire d'intervention de la Cellule d'appui couvre la Région de Bruxelles-Capitale, voire en dehors, bien que dans les faits la majorité des demandes concernent le centre ville en raison de la concentration des services proposés aux personnes sans-abri sur cette zone.

## 6. PUBLIC

Les usagers visés par les activités de la Cellule d'appui sont les personnes que rencontrent les institutions partenaires « demandeuses », qui présentent des troubles mentaux combinés à des situations d'exclusion plus ou moins prolongée.

Les caractéristiques essentielles de ces personnes sont la rupture majeure des liens sociaux, un blocage du projet social et très souvent, l'absence de demande explicite, voire le refus, d'aide et de soins. La complexité et l'intrication de leurs difficultés, qui semblent sans issue, sont à la source d'inquiétudes et/ou d'épuisement des intervenants à leur égard.

Depuis quelques années, nous assistons à une augmentation non négligeable des demandes concernant les personnes en situation d'exil et présentant des troubles de santé mentale. Cet état de fait ne cesse de nous interpeller. En effet, nous sommes confrontés à la difficulté d'octroyer des soins pour des personnes qui, étant en situation illégale ou en procédure de régularisation, n'ont aucun droit si ce n'est celui à l'aide médicale urgente. Sans un accès aisé à des besoins d'ordre primaire (se nourrir, se vêtir, se loger, etc.), comment prodiguer des soins de santé mentale de qualité ? Sans ce minimum de stabilité et de sécurité qu'apportent des conditions de vie décentes, toute intervention de notre part à l'égard de ces personnes paraît vaine. Nous tentons de nous débrouiller, de « bricoler » avec elles, une aide qui puisse un tant soit peu améliorer leur quotidien et leur souffrance psychologique. La politique fédérale actuelle en matière de droit d'asile et, de manière plus large, en matière d'immigration, restreignent davantage l'accès à l'aide et aux soins et les perspectives d'une vie en tant soit peu « conforme à la dignité humaine ».

## 7. MODALITES D'INTERVENTION DE LA CELLULE D'APPUI

Les activités de la Cellule d'appui s'articulent autour de trois axes cliniques :

- le soutien aux intervenants de première ligne autour de situations cliniques individuelles ;
- les séances d'intervention ;
- la sensibilisation/formation aux problématiques de santé mentale.

### 7.1. Soutien aux intervenants de première ligne

Les demandes adressées à la Cellule d'appui n'émanent pas des usagers, elles proviennent de l'institution de première ligne qui en a la charge. Par expérience, la Cellule d'appui sait que si une institution la sollicite, cela concerne une situation nécessitant une réponse urgente. En effet, les usagers en souffrance psychique et exclus socialement se trouvent souvent en danger, parfois vital : ils sont au bord de l'exclusion sociale et parviennent à maintenir un semblant de lien avec leur entourage en mobilisant en eux des ressources archaïques de type psychotique, somatique ou comportemental.

Il faut également garder à l'esprit que si une institution sollicite la Cellule d'appui pour intervenir, cela signifie que les modèles qu'elle a précédemment mis en œuvre ont été mis en échec. Par ailleurs, l'utilisateur qui fréquente cette institution a le plus souvent établi avec elle une relation qui évolue depuis longtemps ; le travail avec l'envoyeur devient dès lors prépondérant, la relation entre l'utilisateur et l'institution est parfois à ce point forte que la prise en compte de la relation de l'utilisateur avec sa propre famille vient en second rang.

La réponse de la Cellule d'appui va, avant toute chose, tenter d'indiquer que cette place de l'utilisateur – au bord de la rupture sociale, psychique ou somatique – est un moyen de communiquer quelque chose à l'institution. L'approche consiste à identifier les facteurs à l'origine du blocage dans l'accompagnement de l'utilisateur, à mobiliser les ressources existantes autour de lui et à co-construire des réponses complémentaires et adéquates. L'équipe doit pouvoir aider l'institution à proposer à l'utilisateur un cadre suffisamment protégé, ou en tout cas déparasité des contraintes de l'environnement extérieur, qu'elles soient familiales, institutionnelles, médicales, sociales ou autre.

Les demandes orientées vers la Cellule d'appui se caractérisent par des troubles psychiatriques et/ou comportementaux qui sont à l'origine d'un blocage du projet social de l'utilisateur. Cependant, celui-ci n'a souvent pas de demande ou formule des demandes autres que celles qui peuvent être entendues dans le cadre institutionnel. La Cellule d'appui essaie alors de développer et de produire des modes d'interventions appropriées à ces situations complexes, tout en prenant en considération l'ensemble des aspects de la personne : médicaux, psychologiques, familiaux, sociaux, économiques...

L'équipe de la Cellule d'appui ne fait pas référence à une stratégie généralisable, mais bien a une nécessité absolue de pouvoir compter sur du personnel spécialisé, très compétent et expérimenté à ce type d'intervention qui sait écouter et apprécier quelle sera l'orientation de la prise en charge. Grâce à sa position à l'intersection des secteurs du social et de la santé, elle se trouve institutionnellement et structurellement dotée pour mieux déjouer les pièges de la « non analyse » des conflits entre institutions sociales et médicales, et pour lever quelque peu les tabous propres à chaque institution.

### *7.1.1. Procédure d'intervention*

Un des membres de la Cellule d'appui entend la demande de l'institution de première ligne de manière détaillée. Cette demande est discutée en réunion d'équipe hebdomadaire. Après analyse de la requête, deux membres de l'équipe sont désignés en fonction de leurs disponibilités, mais surtout de leurs compétences particulières vis-à-vis de la situation exposée. Les interventions se font en binôme dont la constitution – en termes de profil de fonction – peut être amenée à changer en fonction de l'évolution de la situation, des besoins du travailleur demandeur et de l'utilisateur.

Un temps maximum d'une semaine s'écoule entre la demande et l'intervention proprement dite. Souvent, la Cellule d'appui est sollicitée dans les situations de crise. Cela ne signifie toutefois pas que ses interventions se font dans l'urgence. Au contraire, elles sont inscrites dans le temps avec comme objectif la continuité de l'aide et des soins. Se référant au principe de mobilité, la Cellule d'appui favorise la rencontre avec les professionnels dans leur lieu de travail et les usagers dans leur(s) lieu(x) de vie. C'est donc elle qui va à leur rencontre.

Dans un second temps, elle se propose de définir, via une triangulation des systèmes en jeu « institution – travailleur – usager – Cellule d'appui – réseau(x) », les stratégies d'intervention adéquates, de coordonner les différents intervenants et de planifier ensemble la tâche spécifique de chacun. Pour ce faire, une première étape est d'identifier

les personnes ou institutions ressources qui font partie du réseau social et/ou de santé mentale ou encore du système familial, présentes autour de l'utilisateur. Il y a souvent un tabou qui pèse sur l'analyse de l'interaction avec l'expéditeur, ce qui aboutit à éviter d'analyser les interactions entre les institutions. C'est ce tabou qu'il faut essayer d'élaborer si l'on souhaite clarifier les zones d'intervention des différents partenaires impliqués dans la prise en charge de l'utilisateur, préciser le sens de la requête, les attentes de chacun des acteurs et à réévaluer la notion d'urgence pour chacun des trois systèmes (utilisateur, demandeur et intervenants).

Le credo initial de la Cellule d'appui est que le but de ses interventions, sera de les rendre superflues le plus vite possible. Toutefois, si elle s'efforce de ne pas remplacer les organisations existantes, il apparaît que, parfois, la réorientation prend beaucoup de temps, même des années, et qu'elle doit rester disponible pour reprendre le fil après une réorientation. Elle peut donc être amenée à assurer la prise en charge de la personne lors de ses ruptures avec les institutions de première ligne. Mais ce travail de première ligne est pensé dans une optique de relais pour la durée nécessaire à la (re)construction d'un réseau adapté.

### *7.1.2. Plus-values de la procédure d'intervention*

La Cellule d'appui intervient donc prioritairement en deuxième ligne. Dès lors, le soutien à l'utilisateur se fait au travers du professionnel « porte-parole/ressource de confiance » et dans certains cas, la Cellule d'appui ne rencontre pas la personne en souffrance. Le cas échéant, la première rencontre se fait toujours en présence du travailleur qui la connaît le mieux ou qui a créé le plus de liens avec elle, ce qui évite de se substituer au réseau existant.

La prise en compte des différents besoins et des demandes de l'utilisateur permet d'aller d'une situation de « crise », ici synonyme de blocage, vers une situation de remise en route du travail porté dès lors par le système « institution – utilisateur – Cellule d'appui ». Cette manière de procéder permet d'une part, d'offrir un soutien aux intervenants et d'autre part, de favoriser la prise de recul vis-à-vis des situations présentées et de mieux identifier le besoin éventuel d'intervention médicale, psychologique ou sociale complémentaire.

La méthodologie très spécifique décrite ci-dessus est très appréciée des institutions partenaires. D'une part, il y a l'intervention elle-même : rapidité de la réponse à la demande, déplacement de la Cellule d'appui à la rencontre de l'utilisateur et de l'institution qui a fait la demande, intervention très respectueuse du travail effectué par cette institution avec l'utilisateur. D'autre part, il y a tout le travail de préparation et du suivi des situations partagées ; c'est l'inscription temporelle de la demande.

## **7.2. Interventions<sup>3</sup>**

La Cellule d'appui est régulièrement sollicitée par des institutions partenaires désirant mener un travail de réflexion au départ d'une situation clinique qui inquiète, interpelle ou pose problème. Du fait de sa position en seconde ligne, elle est davantage en mesure d'apporter un regard qui est moins aux prises avec l'urgence et la réalité quotidienne souvent lourde vécue par les professionnels de première ligne. Pour répondre à de telles demandes, des séances, ponctuelles ou régulières, d'intervention sont alors programmées.

Les interventions sont conçues comme des espaces de rencontre et de réflexion clinique entre des travailleurs d'une institution, avec comme finalité d'enrichir la pratique de terrain de part et d'autre et de créer des ouvertures vers d'autres types d'actions.

---

<sup>3</sup> Il est important de noter que les interventions proposées par la Cellule d'appui ne sont pas les mêmes que celles, décrites plus loin, proposées par le Réseau, bien qu'elles répondent toutes deux à la méthodologie mise en place par le SMES-B. Les interventions de la Cellule d'appui sont personnalisées et s'adressent à une institution, alors que les cycles d'Interventions organisés par le Réseau réunissent, dans une perspective intersectorielle, des travailleurs d'institutions différentes.

L'équipe apprécie ces temps de réflexion car ils permettent également de mieux connaître les modes de fonctionnement des équipes et les difficultés quotidiennes qu'elles rencontrent. Ce contact direct et personnel tend, par ailleurs, à améliorer les collaborations quand il s'agit de poser une intervention plus concrète.

### **7.3. Formations**

Les institutions de première ligne s'adressent également à la Cellule d'appui, dont elles reconnaissent l'expertise en santé mentale avec un public précarisé, pour des formations en santé mentale davantage théoriques mais adaptées à leurs spécificités institutionnelles.

L'objectif de ces formations est d'augmenter les connaissances des intervenants en la matière en articulant la théorie exposée à des pratiques professionnelles inscrites dans un contexte institutionnel particulier. Le programme de formation est donc adapté à la demande et au vécu des travailleurs au départ des problématiques qu'ils rencontrent dans leur travail quotidien

Les séances de formation débutent toujours avec l'exposé d'une situation clinique et sont organisées selon une logique, non de transmission, mais de co-construction de savoirs au départ de réalités de travail très concrètes. La conséquence en est, entre autres, une confiance accrue des travailleurs dans leurs ressources et ce faisant, une meilleure acceptation des problématiques de santé mentale au sein des institutions.

Tout comme les interventions, ces formations permettent de diffuser la philosophie de l'intersectorialité et le recours à des pratiques de réseau.

### **7.4. Plus-values de la méthodologie des formations et interventions**

Que ce soit au travers des formations ou des interventions, la Cellule d'appui :

- introduit une autre parole dans l'institution ;
- apporte ou renforce une sécurité de base dans l'institution ;
- renforce la capacité de travail en réseau et donc le réseau lui-même.

## **8. PROJETS SPECIFIQUES NOVATEURS**

Depuis sa création, la Cellule d'appui participe à la mise en œuvre de projets innovants qui permettent de mieux rencontrer les besoins des personnes cumulant grande exclusion sociale et troubles psychiques

### **8.1. Projet « Outreaching des adultes »**

Le projet « Outreaching des adultes » est développé dans le cadre des projets-pilotes financés par le SPF Santé publique. Il est né, entre autres, d'un double constat : d'une part, le cumul grandissant de grande précarité sociale et de problèmes de santé mentale, et d'autre part, les difficultés croissantes d'accès à l'aide et aux soins pour les personnes présentant un tel cumul de problématiques.

Sur le terrain, ce projet est mis en œuvre par la Cellule d'appui et les deux entités de l'asbl Source : La Rive (maison d'accueil pour personnes sans-abri) et la Rencontre (restaurant social).

En 2013, le travail s'est effectué dans des conditions difficiles puisque fin 2012, l'hôpital Saint-Pierre a souhaité se retirer du partenariat. Il a donc fallu chercher un nouveau partenaire hospitalier sans lequel les subsides fédéraux n'auraient pu être reconduits, mettant l'existence même de la Cellule d'appui en jeu. Ce n'est qu'en juin 2013 que nous avons conclu une convention avec l'hôpital psychiatrique Sint-Alexius de Grimbergen. A cela s'ajoute le départ de l'infirmière psychiatrique fin mars dont le remplacement n'a pu être effectué qu'en 2014.

### *8.1.1. Philosophie et finalité du projet*

Le projet « Outreaching des adultes » s'inscrit dans la philosophie de l'Assertive Outreach », fruit du processus de désinstitutionnalisation des soins, et de la (ré) affirmation de l'importance du lien social car si l'institutionnalisation reste un dispositif essentiel lorsqu'il y a crise, elle n'est qu'une option parmi d'autres dans la trajectoire du patient.

L'outreach tel qu'opéré vise à (re)construire le lien entre la personne et le(s) intervenant(s), y compris « immobile(s) ». L'équipe de la Cellule d'appui va vers eux, là où ils se trouvent tout en développant un travail en réseau avec les autres intervenants. En préservant ou (re)construisant les liens avec ces derniers, elle veille à ne pas se limiter à un outreach de substitution, mais à construire des pratiques en réseau à l'intersection du social et de la santé mentale. Ce faisant, elle favorise la diffusion de savoirs et de pratiques intersectorielles aux effets multiplicateurs. Autrement dit, la plus-value de ce projet dépasse le cadre de travail et de vie des opérateurs et de leurs usagers.

Plus spécifiquement, la finalité de ce projet est de favoriser l'accès aux soins en santé mentale pour des personnes, souvent sans demande explicite, en allant à leur rencontre sur leur lieu de vie, même provisoire. Concrètement, il s'adresse à un public sans-abri fréquentant La Rencontre et/ou hébergé à La Rive.

La Rencontre est un restaurant social en « milieu ouvert ». Autrement dit, les personnes sont libres d'y venir ou pas, d'y circuler et il n'y a aucune régularité de fréquentation imposée. Cela dit, il y a quand même certaines règles à respecter (carte de membre, participation à certaines activités, paiement des repas...).

Ce lieu d'accueil convient à des personnes très fragiles mentalement, très isolées ou qui n'ont pas accès à certains droits sociaux et vivent dans la rue. Ainsi on y retrouve des personnes sans papiers (Afrique du Nord, Afrique subsaharienne, ressortissants de l'UE). Le travail effectué porte sur deux dimensions :

- le travail autour de l'accueil et du lien ;
- la gestion du moment présent : gérer le déroulement des repas et des activités, répondre aux demandes individuelles de certains usagers, faire respecter certaines règles du moment et du lieu, être attentif à certaines tensions qui peuvent dégénérer très rapidement entre les usagers, voire entre usagers et professionnels.

La Rencontre est fréquentée par des personnes qui ont souvent une faible tolérance à la frustration de par leur parcours difficile et les problématiques auxquelles elles sont en prise (précarité, alcoolisme, assuétudes, problèmes de santé mentale). La gestion de la dimension relationnelle est donc très importante.

La Rive est une Maison d'accueil, c'est-à-dire un lieu d'hébergement pour un public tout aussi fragile, sur certains aspects, que celui de la Rencontre. Toutefois, il en diffère dans le sens où les personnes hébergées sont relativement capables de se poser, de vivre en cohabitation et d'en accepter les règles pendant un temps plus ou moins long (quelques jours, quelques semaines ou quelques mois) et de se mettre en projet.

Il est plus facile de créer un lien avec les personnes hébergées à la Rive que celles fréquentant la Rencontre. En effet, ces dernières demandent généralement plus de temps pour établir un contact.

### 8.1.2. Action de deuxième ligne

Dans la formation, l'intervention d'équipe ou le soutien de travailleur de première ligne, dans le outreaching, la Cellule d'appui intervient en deuxième ligne. Son approche consiste à identifier et soutenir les ressources existantes et à créer un processus de co-construction de réponses complémentaires et adéquates au public.

Par sa présence dans les lieux de travail des intervenants de Source, elle affine son intervention en fonction des modes d'action en place dans l'institution et valorise les travailleurs qui ne se réduisent plus à des demandeurs disqualifiés.

Ce processus permet de :

- renforcer les compétences et les ressources des travailleurs (observation, identification des problèmes psychiatriques...);
- identifier les situations problématiques en amont de la crise et, le cas échéant, de la rupture avec l'institution ;
- prévenir les rechutes et atténuer les phases critiques pour les usagers en souffrance chronique ;
- envisager la perspective d'une prise en charge thérapeutique pour les personnes sans demande explicite ou en refus de soins.

La présence dans le lieu de vie de la personne (Rive, la Rencontre) permet également à la Cellule d'appui d'affiner l'information et les éléments d'analyse dont elle dispose sur cette dernière pour déterminer un mode d'intervention approprié. Ce faisant, elle favorise la constitution de réseaux personnalisés et mieux adaptés à la réalité de la personne dans toutes ses dimensions. La liaison interinstitutionnelle, nécessaire pour assurer un passage vers les institutions existantes, notamment celles du secteur de la santé mentale, s'en trouve optimisée.

Par ailleurs des activités ont été développées directement pour ou avec les usagers :

- permanences effectuées pour offrir non pas des soins mais une écoute et une disponibilité qui faciliteront la mise en place d'un suivi ;
- ateliers de sensibilisation à la santé (mentale) et aux soins dans une approche de travail communautaire.

Dans ce projet spécifique d'outreaching, notre approche à l'intersection du social et de la santé mentale nous a encore et toujours poussés à réfléchir à des approches nouvelles adaptées à une réalité assez complexe et en perpétuelle mouvance. Il n'y a pas de mode d'intervention unique. La singularité de l'intervention s'impose et le travail en réseau devient plus qu'indispensable. La collaboration entre la Cellule d'appui et Source nous montre une fois de plus qu'il faut revoir certaines logiques de travail pour répondre à une réalité de terrain qui, par ailleurs, diffère entre la Maison d'accueil La rive et le restaurant social la Rencontre.

## 8.2. Partenariat entre le SASLS et le SMES-B

Ce partenariat résulte d'une modification des demandes adressées à la Cellule d'appui. En effet, au fil des années, on a pu constater que celles-ci ne concernaient plus uniquement des personnes sans-abri, *stricto sensu*, mais également des personnes pourvues d'un logement, souffrant de troubles psychiatriques, de problèmes sociaux divers et d'isolement. L'appel à la Cellule d'appui dans ce type de situations émanait la plupart du temps de travailleurs sociaux de sociétés de logement social bruxelloises (SISP - Sociétés Immobilières de Service Public). Cela pouvait commencer par un retard de paiement du loyer, des plaintes pour nuisances sonores ou harcèlement de la part du voisinage de la personne concernée ou encore une inquiétude par rapport à l'état de santé mentale constatée par le travailleur social lors de ses visites à domicile. Très souvent, après avoir fait un état des lieux des ressources de la personne, tant du point de vue de son réseau primaire que de son réseau secondaire, et avoir mis en place différentes aides susceptibles de répondre à ses difficultés apparentes, le travailleur social adressait une demande à la Cellule d'appui constatant que l'état général de la personne ne s'améliorait pas malgré toutes ses tentatives. Dans ce cadre-là, une intervention prenait tout son sens car elle permettait d'agir à un niveau essentiellement préventif, avant que la situation de la personne ne se dégrade au point qu'elle perde son logement.



Pour répondre plus efficacement au besoin de soutien exprimé par les travailleurs sociaux des SISF confrontés à l'augmentation des troubles psychiques et de la précarité chez les locataires sociaux, le SASLS (Service d'Accompagnement Social aux Locataires Sociaux) et le SMES-B ont établi, en novembre 2009, une convention de partenariat qui reposait sur le détachement à mi-temps d'une assistante sociale du SASLS à la Cellule d'appui du SMES-B, tout en restant détachée au Foyer Schaerbeekois pour son autre mi-temps.

Au sein de la Cellule d'appui, elle a pris part aux interventions ciblées concernant les locataires des (SISF). Concrètement, elle s'est vue confier dans le cadre de cette collaboration une série de missions axées sur deux axes : le soutien aux travailleurs sociaux et la formation. Ce partenariat a permis de créer des ponts entre le SMES-B et le SASLS et les bénéfices retirés, en termes de savoirs et des compétences, sont importants de part et d'autre.

Les travailleurs sociaux du SASLS identifient davantage la Cellule d'appui comme un dispositif de soutien dont ils bénéficient lorsqu'ils sont confrontés à des situations difficiles. Par son intervention, ils se sentent rassurés quant à leur capacité de mobiliser leurs propres ressources et à prendre en charge eux-mêmes des actions pour prévenir les crises, des troubles de voisinage et des expulsions de locataires présentant des troubles psychiques. En ce sens, ce type de collaboration constitue un dispositif de maintien en logement et d'accès à des soins adaptés, par la mise en place de réseaux.

Pour la Cellule d'appui, ce projet a permis à l'équipe d'acquérir une connaissance approfondie du fonctionnement et des logiques de travail dans le secteur du logement social. Le détachement d'une travailleuse du SASLS a également facilité les contacts et les relais avec les travailleurs sociaux des SISF.

## 9. ACTIVITES 2013

Ces activités s'inscrivent davantage dans le cadre des deux autres missions de la Cellule d'appui, à savoir le développement et la promotion de pratiques intersectorielles novatrices, à la frontière entre social et santé mentale et le témoignage des impasses institutionnelles et (inter)sectorielles quant aux dispositifs d'aide et de soins.

Comme dit plus haut, le travail de la Cellule d'appui prend son sens dans la démarche globale du SMES-B. C'est pourquoi, les membres de l'équipe participent aux autres dispositifs et activités de l'institution – projet Housing First et Réseau. La Cellule peut être sollicitée par d'autres institutions pour une présentation des activités des trois projets SMES-B. Ces rencontres augmentent notre connaissance du réseau psycho-médico-social et nous permettent d'appréhender les logiques de travail d'équipes et de travailleurs que nous pourrions, dès lors, solliciter ou mettre en lien avec nos usagers de manière plus opportune et efficace.

### 9.1. Rencontres institutionnelles et réseau

En 2013, la Cellule a rencontré une dizaine de services :

- Prisme Nord-Ouest, SPAD (Soins Psychiatriques à Domicile)
- Projet Psy 107 Bruxelles-Est
- Relais Santé Charleroi
- Fédération des Services de Santé Mentale Francophones Bruxellois
- Equipe des Gardiens de la Paix du Service de Prévention de Bruxelles, Bravo
- Mission Locale de Saint-Josse
- Dans le cadre de la Semaine du Secteur Bruxellois de l'Aide aux Personnes sans-abri : Service d'habitat accompagné de l'Armée du Salut, Centre de Prévention des Violences Conjugales et Familiales, Jamais sans Toit, Transit, Hobo.
- Apéro Réseaux Addictions (Fédito)

## 9.2. Intervisions et formations

En 2013, trois institutions ont fait appel à la Cellule d'appui pour la mise en place d'intervisions ou de formations :

- Service social du CPAS de Forest : six ateliers en santé mentale, en collaboration avec le SSM L'Adret
- Centre d'accueil d'urgence L'Ilôt : 3 séances d'intervisions complémentaires aux supervisions d'équipe
- Gardiens de la Paix du Service de Prévention de Bruxelles, Bravo : 2 séances d'intervention
- Intervisions dans le cadre du projet Outreach : 14 séances avec l'équipe de la Rencontre et 3 réunions de coordination

## 9.3. Participation aux groupes de travail

En 2013, les membres de la Cellule d'appui ont participé à différents groupes de travail dont certains poursuivent leurs travaux en 2014 :

- Groupes de travail « SPAD » et « Santé mentale et Logement », initiés par la Plateforme de Concertation en Santé Mentale de la Région de Bruxelles-Capitale
- Groupe de travail Inter Réseaux, initié par le Réseau Bruxelles Est et le Projet I07 Titeca–Saint-Luc sur l'Est de Bruxelles
- Groupe de travail « CPAS – Secteur de l'Aide aux Sans-Abri: publics, objectifs et réseaux communs », initié par le BWR et la Fédération Bico
- Groupe de travail sur le dispositif hivernal

## 9.4. Recherches

En 2013, la Cellule d'appui a été sollicitée pour participer à deux recherches :

- Tables d'échanges du Réseau SMES-B, organisée dans le cadre de la Recherche-action sur l'Intersectorialité, commanditée par Monsieur Emir Kir, Ministre en charge de la Santé de la COCOF, menée par le CLPS et l'asbl Repères
- Sans-abrisme et santé mentale, recherche commanditée par la COCOM, menée par la Plateforme de Concertation en Santé Mentale de la Région de Bruxelles-Capitale

Notons que la Cellule d'appui a fait l'objet de travaux d'étudiants :

- Olivia Troye, étudiante à l'ULB, a fait un stage de deux mois dans le cadre de travaux pratiques en sociologie
- Missie Theunissen, étudiante à l'UCL en psychologie, a procédé à des entretiens dans le cadre de son mémoire «Précarité et souffrance sociales : implications sur le travail de psychologue. Recherche exploratoire auprès de professionnels dans ce champ »

## 9.5. Colloques, séminaires et journées d'étude

Les membres de l'équipe de la Cellule d'appui participent régulièrement à des séminaires, journées d'étude :

- Familles pauvres : soutenir le lien dans la séparation, organisé par le Service de Lutte contre la Pauvreté, à l'initiative de E. Huytebroeck, Ministre en charge de l'Aide à la Jeunesse, Bruxelles, 23 janvier 2013
- Homeless and Home First, organisé par SMES-Europa, Rome, 6-8 mars 2013
- Journée Recherche, organisée par l'APsy UCL, Louvain-la-Neuve, 21 mars 2013
- Journée de la Plateforme Belge contre la Pauvreté et l'Exclusion sociale, organisé par le SPP Intégration sociale, Bruxelles, 28 mars 2013
- Santé mentale et justice des mineurs, organisé par le CH Jean Titeca, Bruxelles, 23-24 mai 2013
- Un Pas plus loin, organisé par HermesPlus, Bruxelles, 31 mai 2013

- 4<sup>e</sup> Belgische Consensusvergadering Schizofrenie, georganiseerd door het Belgische Schizofrenieliga, Leuven, 14-15 juni 2013
- Enjeux Santé et Logement, organisé par Forest Quartier santé, Bruxelles, 17 septembre 2013
- DSM – 5.1 : Psychiatrie en haar 'heilige' diagnoses, georganiseerd door de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, Antwerpen, 25 oktober 2013
- Santé mentale et précarité, organisé par Similes, Bruxelles, 26 novembre 2013

Pour certains, ils sont sollicités comme intervenants :

- Matinée de présentation de la recherche « Réseau d'accompagnateurs psycho-sociaux », organisé par l'Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles, 19 avril 2013
- CPAS – Secteur de l'Aide aux Sans-Abri : Publics, objectifs et réseaux communs, organisé par la Fédération Bico et le BWR, Bruxelles, 26 avril 2013
- Trauma et Exil organisé par l'AVC UPC KULeuven, colloque annulé mais participation à une réunion de préparation, Bruxelles, 13 mai 2013
- La psychiatrie à nos portes, dans nos murs !, organisé par l'ARCA (Association Régionale des Centres d'Accueil), Namur, 5 juin 2013
- Animation d'un Ciné-débat organisé par DoucheFlux pour les personnes sans-abri à De Anker, 1<sup>er</sup> mars 2013

## 10. 2013 : QUELQUES DONNEES CHIFFREES

Les données chiffrées présentées ci-dessous nous éclairent sur certaines caractéristiques des usagers pour lesquels les institutions demandent l'intervention de la Cellule d'appui. Elles sont toutefois loin d'être suffisantes pour rendre compte de la complexité de leur réalité. De même, elles n'épuisent pas toutes les démarches et les interventions entreprises par la Cellule d'appui auprès des usagers, du système demandeur (travailleur et équipe) et du réseau primaire et secondaire.

Pour évaluer l'activité de manière plus pointue, il convient de développer un outil de recueil de données (tant quantitatives que qualitatives) plus pertinent, concernant non seulement le public ciblé (institutions et usagers), mais également les modes d'intervention mis en œuvre. C'est à cette tâche que l'équipe s'est attelée en 2013. Ce travail sera finalisé en 2014.

### 10.1. Données générales

#### *10.1.1. Nombre de demandes et de dossiers en cours en 2013*

107 situations ont été traitées en 2013. On observe une diminution par rapport à 2012 (155 situations). Cela s'explique par la réduction des forces vives de l'équipe : départ du médecin généraliste en août 2012, de l'assistante sociale détachée du SASLS fin 2012 et de l'infirmière psychiatrique en mars 2013.

Malgré ces effectifs « cliniques » réduit de moitié, l'équipe a assuré le suivi des dossiers en cours et répondu aux nouvelles sollicitations.

En 2014, le nombre de situations devrait être à la hausse avec la reprise du partenariat SASLS/SMES-B et l'engagement d'une infirmière psychiatrique.

Année d'ouverture des dossiers	
Ouverts en 2013	40
Entre 1 et 2 ans	21
Entre 3 et 5 ans	27
Plus de 5 ans	18

### 10.1.2. Etat des dossiers traités en 2013

En cours	60 %
Terminée	36 %
Patient adressé ailleurs	6,5 %
Patient décédé	1,8 %

A la fin de l'année, plus de la moitié des dossiers étaient toujours en cours mais plus d'un tiers ont pu être clôturés. Par contre, peu de personnes peuvent être adressées directement vers une autre institution sans intervention de la Cellule d'appui, si ce n'est un soutien ponctuel à l'intervenant demandeur.

## 10.2. Données concernant les usagers

### 10.2.1. Nationalités

Si près de la moitié des usagers sont de nationalité belge (48,6 %, contre 53,3 % en 2012), nous avons toutefois été amenés à rencontrer des usagers provenant de 25 pays d'origine, de 22 nationalités et de 15 langues maternelles différentes. Cette diversité est due en partie au nombre de demandes qui concernent des personnes en séjour illégal ou dont le séjour est précaire. Les entretiens ont été menés dans 5 langues : le français, le néerlandais, l'anglais, l'arabe et le persan. Le caractère plurilingue de l'équipe est donc essentiel.

### 10.2.2. Répartition selon le sexe

Hommes	61 %
Femmes	39 %

Les hommes représentent toujours la majorité des usagers pour lesquels on fait appel à la Cellule d'appui.

### 10.2.3. Répartition selon l'âge

18 – 30 ans	22,3 %
31 – 40 ans	32,1 %
41 – 50 ans	14,5 %
51 – 60 ans	22,4 %
61 – 92 ans	7,7 %

Par rapport à 2012, on observe une faible diminution des jeunes de moins de 30 ans et vieillissement général du public, dont plus d'un tiers a plus de 50 ans.

#### 10.2.4. Etat civil

Marié(e)	9,3 %
Célibataire	50,5 %
Veuf / Veuve	2,8 %
Séparé(e) / Divorcé(e)	31,8 %
Cohabitant(e)	3,7 %
Inconnu	1,9 %

Plus de 80 % des personnes sont soit célibataires, soit séparées/divorcées, ce qui témoigne de l'isolement familial et social dont elles souffrent, isolement qui peut être accentué par les troubles psychiatriques dont souffrent certaines.

#### 10.2.5. Lieu de vie

En logement social	2,9 %
Vivant seul	26,7 %
Vivant maritalement, en famille, avec des proches	13,3 %
En habitation protégée	2,8 %
En centre d'accueil d'urgence	5,6 %
En maison d'accueil	30,8 %
Dormant principalement dans la rue	15 %
En centre d'accueil pour réfugiés	1,9 %

Les items du lieu de vie des usagers doivent être affinés pour mieux distinguer le lieu de vie institutionnel, y compris la rue, et la situation de vie familiale et relationnelle.

En l'occurrence, les chiffres nous indiquent surtout que les maisons d'accueil et les travailleurs de rue restent nos partenaires « demandeurs » privilégiés.

#### 10.2.6. Situation socio-économique

Chômage / CPAS	45,7 %
Allocation mutuelle / d'handicapé	11,5 %
Pension	2,9 %
Demandeur d'asile	3,7 %
En séjour illégal	11,2 %
Sans revenus	10,3 %
En cours d'emploi	1,9 %
Etudiants	1 %
Inconnu	9,3 %

Ici aussi, les items doivent être précisés pour distinguer les sources de revenus éventuels et le statut administratif même si l'on sait que ce dernier va engendrer une situation socio-économique plus ou moins précaire, comme c'est le cas pour les personnes en séjour illégal. Cela étant, très logiquement, on constate que la majorité des usagers ont des revenus précaires. Par contre, on remarque que peu bénéficient de ressources dont on suppose qu'ils pourraient bénéficier compte tenu de leur pathologie psychique (indemnités de mutuelle ou allocation d'handicapés).

### 10.2.7. Données psychiques concernant des usagers

#### 10.2.7.1. Démarches psychiatriques antérieures à l'intervention de la Cellule d'appui

Aucune démarche psychiatrique	29,9 %
Hôpital psychiatrique	20,6 %
Soins ambulatoires	15 %
Services d'urgence	1,9 %
Hôpital et soins ambulatoires	9,3 %
Hôpital et service d'urgence	1,9 %
Inconnu	16,5 %

Près d'un tiers des personnes n'ont pas eu « affaire » au secteur de la santé mentale et un cinquième en a l'expérience par l'institution hospitalière.

On remarque que peu de personnes qui ont été hospitalisées ont bénéficié de soins ambulatoires. Cela nous conforte de la nécessité de notre fonction de liaison interinstitutionnelle pour assurer la continuité des soins au-delà de l'hospitalisation.

#### 10.2.7.2. Hospitalisation et mise en observation en 2013

	Oui	Non	Inconnu
Hospitalisation en hôpital psychiatrique	14 %	77,6 %	8,4 %
Hospitalisation en hôpital général	4,7 %	85 %	10,3 %
Mise en observation	9,3 %	82,2 %	8,4 %

On remarque que le pourcentage d'hospitalisations est relativement faible, ce qui ne signifie pas que l'état physique et/ou psychologique des personnes ne le nécessite pas. Ces chiffres témoignent, entre autres, de l'absence de demande, voire de refus de soins.

Cela dit, on peut aussi en déduire que l'intervention de la Cellule d'appui facilite une prise en charge non hospitalière, surtout en ce qui concerne les soins psychiatriques. On dénombre seulement 10 mises en observation et parmi celles-ci, 4 ont été déclenchées par la Cellule d'appui.

### 10.3. Interventions de la Cellule d'appui auprès des usagers

En 2013, l'équipe a réalisé 9 « premiers entretiens », ce qui signifie que 31 des 40 nouvelles demandes n'ont à ce jour pas nécessité une rencontre avec l'utilisateur et que la Cellule d'appui effectue un travail de deuxième ligne.

On dénombre 83 interventions de première ligne (examens psychiatriques, entretiens psychosociaux, interventions de crise) et la mise en place de 39 traitements médicamenteux.

#### 10.3.1. Evolution de la situation du patient

	Etat de santé psychique	Etat de santé somatique	Situation sociale
En progrès	22,4 %	8,4 %	20,6 %
Stabilisé(e)	28 %	26,2 %	26,2 %
Régression	9,3 %	3,7 %	6,5 %

Pas de changement	32,7 %	50,5 %	39, %
Pas de données suffisantes	7,5 %	11,2 %	11,30 %

## 10.4. Système demandeur

### 10.4.1. Institutions envoyeuses

Initiative personnelle	5,6 %
Habitation protégée / Appartement supervisé	1,9 %
Centre d'accueil d'urgence et asile de nuit	3,8 %
Maisons d'accueil	28,6 %
Centre d'accueil pour réfugiés	1,9 %
Travailleur de rue	9,3 %
Services sociaux	22,4 %
Justice / Police	2,9 %
Services médicaux non psychiatriques	10 %
10 Services psychiatriques ambulatoires	6,7 %
Services intra-muros (institution hospitalière)	2,8 %
Services sociaux des SISF	2,8 %

L'institution envoyeuse est à mettre, en partie, en lien avec le lieu de vie de la personne surtout lorsqu'elle est hébergée en institution. Cela dit, ces chiffres traduisent forcément le lieu d'origine des demandes initiales et on remarque une augmentation de celles provenant de services sociaux, notamment les CPAS.

### 10.4.2. Motif de la demande du système demandeur

Inquiétudes concernant l'état psychiatrique	74,8 %
Inquiétudes concernant la situation sociale	7,5 %
Blocage concernant le projet d'avenir	5,6 %
Autres	12,1 %

### 10.4.3. Problème dominant selon l'envoyeur

Problèmes psychologiques, psychiatriques	65,4 %
Problèmes relationnels	7,5 %
Alcoolisme/Toxicomanie	5,6 %
Problèmes somatiques	6,5 %
Problèmes sociaux	5,6 %
Inconnu	6,5 %

Interventions auprès du système demandeur et du réseau (primaire et secondaire)

113 réunions ont été organisées et 22 rapports ont été rédigés (rapports médicaux, PV de concertation, etc.). A cela s'ajoutent les nombreux contacts téléphoniques, électroniques, etc. Ceux-ci feront l'objet d'un comptage davantage systématisé.

#### 10.4.4. Institutions demandeuses

Les dossiers traités en 2013 (ouverts en 2013 ou déjà en cours) résultent de demandes de 47 institutions bruxelloises différentes. On observe un élargissement du champ d'intervention de la Cellule d'appui. En effet, elle est sollicitée par des institutions relativement éloignées du réseau « de base » du SMES-B. Cela peut s'expliquer par la méthodologie spécifique de la Cellule d'appui qui répond très concrètement aux besoins de services de plus en plus confrontés à des usagers en grande précarité et en souffrance psychique. Par ailleurs, l'expertise et les compétences développées depuis plus de 10 ans garantissent des interventions de qualité.

##### Maisons d'accueil :

- Accueil Montfort
- Albatros
- Armée du Salut/Foyer Georges Motte
- Café la Paix
- L'Îlot
- Les Petits Riens
- Source - La Rive
- Talita
- Centre de Prévention des Violences Conjugales et Familiales
- Chèvrefeuille
- Home Baudouin
- Home du Pré
- Le Relais
- Porte Ouverte

##### Centres d'accueil d'urgence :

- Samu social

##### Travailleurs de rue :

- Diogènes
- Infirmiers de Rue

##### Services de santé mentale :

- Exil
- Rivage - den Zaet
- L'Adret

##### Hôpitaux :

- C.H.U. Saint-Pierre
- Erasme
- Clinique Fond'Roy
- Centre Hospitalier Jean Titeca
- Cliniques Universitaires Saint-Luc

##### Médecins de première ligne :

- Médecins généralistes
- Diverses Maisons Médicales
- Médecins du Monde

##### Logement :

- Services sociaux des SISF de la Région de Bruxelles-Capitale
- Agences Immobilières Sociales



- Direction de l'Inspection du Logement
- Habitat et Humanisme

Services sociaux :

- CAW Archipel - Groot Eiland
- CAW Mozaiek
- Action Sociale de la Commune de Molenbeek-Saint-Jean
- Caritas Molenbeek
- CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale
- Centre Social Protestant

Suivi à domicile :

- Puerto
- Fami-Home
- Toit à Soi
- L'Îlot - S.Ac.A.Do.

Autres :

- Het Anker
- La Fontaine
- Pag-Asa
- Service d'aide aux Victimes
- SAJ/SPJ
- Bij Ons - Chez Nous
- Pigment
- Source - La Rencontre
- L'entourage des personnes (famille, amis, voisins)
- Avocats, administrateurs de biens, etc.

## 11. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'année 2013 fut une période d'incertitudes et de transition pour la Cellule d'appui. Tout d'abord, la situation précaire qui persiste depuis sa création en 2001, a été, une fois de plus, mise en exergue et a donnée lieu à une vaste mobilisation de la part des partenaires proches ou lointains. Cette action de soutien a témoigné de la reconnaissance dont jouit la Cellule d'appui quant à son expertise et à ses compétences en matière en santé mentale avec un public précarisé.

L'équipe a du faire face à une réduction des ressources humaines par le départ du médecin généraliste, de l'assistante sociale détachée par le SASLS et de l'infirmière psychiatrique. Le travail clinique a du être assumé par un personnel réduit presque de moitié.

Par ailleurs, le retrait de l'hôpital Saint-Pierre du projet Outreach a menacé la survie même de la Cellule d'appui, ce qui n'a pas été sans conséquence, non sur la motivation de l'équipe à l'égard du projet, mais sur sa capacité à s'inscrire dans une perspective à moyen et long termes.

De par les moyens humains dont elle a disposé, la Cellule d'appui a principalement axé ses activités sur la clinique en assurant le suivi des dossiers en cours et en donnant suite à toutes les nouvelles demandes. Cela dit, l'équipe est consciente du fait qu'elle n'a pas pu déployer ses modes d'intervention et diffuser sa méthodologie de travail de manière optimale.

La création du poste de coordination à mi-temps, en août 2012, a toutefois permis d'assurer la représentation extérieure, de mieux rencontrer l'objectif de témoignage des impasses institutionnelles et intersectorielles et de participer plus activement à l'élaboration de dispositifs de soins innovants.

La reconduction de la convention Outreach avec Source et Sint-Alexius stabilise, en tout cas provisoirement, l'équipe. L'engagement d'une infirmière psychiatrique permettra d'assurer une fonction de nursing indispensable pour rencontrer les besoins du public visé, particulièrement lors de ruptures avec les institutions de soins. Par ailleurs, grâce à son expérience en santé communautaire, nous pourrions développer des activités participatives avec les usagers (ateliers, sensibilisation à des problèmes de santé physique et mentale, etc.)

Cela étant dit, la structuration du financement de la Cellule d'appui reste une question primordiale pour pérenniser et développer ses activités. Il ne s'agit pas seulement de stabiliser l'emploi mais de l'augmenter en diversifiant les fonctions professionnelles, entre autres celle de médecine générale, de travail social, d'expert du vécu, etc.

Un renforcement de l'équipe améliorerait également la communication dans les premiers moments de l'appel, la rapidité de réponse et d'intervention, le retour de l'information après l'intervention et les feed-back ainsi que l'adaptation au rythme des usagers qui demande une grande disponibilité et une flexibilité dans l'organisation du temps de travail.

Pour 2014, les axes de travail seront les suivants :

- aller davantage vers les institutions, en dehors des rencontres autour d'un usager. Dans un contexte d'important turn-over du personnel dans les institutions d'aide et de soins, ce travail d'information est fondamental et doit s'inscrire dans la continuité
- développer les axes d'intervision et de formations collectives
- affiner les indicateurs, quantitatifs et qualitatifs, d'évaluation de notre action afin de mieux en mesurer l'impact tant sur les systèmes demandeurs que sur les usagers
- rendre davantage visible notre travail, la spécificité de notre méthodologie et ses apports, tant sur le terrain que dans des lieux de concertation et de réflexion
- poursuivre et approfondir la réflexion sur nos pratiques pour orienter notre action prioritairement sur l'appui aux intervenants du social et/ou de la santé mentale, en seconde ligne, et veiller à inscrire un éventuel travail de première ligne dans le cadre d'un travail de seconde ligne (soutien aux professionnels, élaboration de réseaux)
- articuler nos activités cliniques et réflexives à celles du Réseau SMES-B et du projet Housing First, entre autres sur les aspects de communication, de représentation et d'interpellation politique
- par une formalisation accrue de notre expertise, participer à la redéfinition de l'identité du SMES-B, essentielle dans la recomposition du champ de la santé mentale induite par la réforme en cours

---

### III. PROJET HOUSING FIRST

---

#### 1. INTRODUCTION

Actuellement, pour avoir un toit au dessus de la tête, on propose aux sans-abris un système qu'on appelle « en escalier ». La première marche est l'hébergement de nuit d'urgence. La seconde marche s'appelle une Maison d'accueil, la personne y vit en collectivité selon des règles strictes. La troisième est l'appartement supervisé et la dernière marche est le logement indépendant et individuel. Pour franchir toutes les marches de l'escalier et arriver à un logement permanent, le sans-abri doit à chaque fois prouver qu'il est suffisamment prêt, motivé et capable d'atteindre le niveau suivant.

En raison d'une fragilité mentale, certaines personnes n'arrivent jamais à être suffisamment prêtes. Elles restent donc coincées en bas de l'escalier. On les appelle des « sans-abri chroniques » et ces personnes vivent à la rue souvent de nombreuses années, sans perspective d'en sortir. Pourtant, avoir un logement est un droit fondamental de notre Constitution, même quand on est alcoolique, toxicomane ou en difficulté psychique. Cela signifie qu'aucune condition ne devrait empêcher quelqu'un de se reloger.

Le Housing First ou « logement d'abord » inverse le processus et propose un logement comme première étape. Il s'agit de faire confiance à la personne dans son souhait d'entrer en logement. Même si on a une croyance différente à son sujet, même si on pense que ce sera très difficile. Et ça marche ! On est étonné de voir que les personnes se débrouillent bien dans leur logement si elles ont un accompagnement adéquat. Elles acquièrent les compétences à habiter un chez soi, depuis leur chez soi, grâce au soutien d'une équipe pluridisciplinaire qui leur donne les meilleurs outils, les meilleures conditions pour aller mieux. Du coup, elles ne passent plus tout leur temps à chercher un abri de nuit, un restaurant social, une douche.. parce qu'elles ont accès, dans le même endroit à un lit, à une cuisine et à une salle-de-bain. Ça leur laisse du temps pour se reconstruire, retrouver leur dignité et se réinsérer progressivement dans la société. Avec une adresse, elles peuvent aussi retrouver l'accès à leurs droits sociaux.

Au final, tout le monde est gagnant : la personne va mieux, le coût pour la société est moindre.

#### 2. ORIGINE DU PROJET HOUSING FIRST

En matière de sans-abrisme, on parle de plus en plus, en Europe et en Amérique du Nord, de projets appelés "Housing First" ou "Logement d'abord". A Bruxelles, le SMES-B et plusieurs des membres de son réseau ont voulu se pencher sur le sujet en décidant de questionner, via une recherche-action, la pertinence qu'aurait le développement d'un projet de Housing First pour la Région Bruxelloise, dont les recommandations principales sont :

- Globalement, un changement d'approche des modèles linéaires vers une stratégie globale de réinsertion dirigée vers le logement pour toutes les personnes sans-abri est vivement souhaité au niveau de la Région bruxelloise.
- Plus spécifiquement, le travail a montré non seulement l'intérêt, mais aussi la nécessité de mettre en place des solutions répondant à la situation des personnes à la rue qui combinent des problématiques de santé mentale et d'assuétudes, généralement exclues de la plupart des services spécialisés et généralistes.
- Il semble pertinent de proposer un projet / programme de Logement d'abord, incluant un volet recherche afin d'évaluer l'efficacité de celui-ci, et de voir, localement, comment l'application d'une telle philosophie pourrait être réalisée de façon articulée et avec les ressources existantes. En effet, l'instauration de projets de Housing First ne peut se faire sans une réflexion approfondie sur l'ensemble du secteur, ni en discontinuité avec celui-ci. Il n'est pas question de faire rupture, mais bien de créer quelque chose de nouveau en relation avec ce qui existe déjà. Ce projet doit se développer en articulation avec le reste du secteur, de manière décloisonnée, et impliquer dans sa réflexion les différents champs : santé mentale, sans-abrisme, toxicomanie, logement.

- Le développement de ce type de projet participe alors à la déconstruction des préjugés et stéréotypes à l'égard de ces populations, vues comme des personnes assistées, incapables de se maintenir dans un logement de façon autonome. C'est donc aussi un projet sociétal, qui permet un travail sur les mentalités, à la fois au sein des secteurs spécialisés de l'aide, en interne, et en externe, au sein de la population en général.

### 3. FINALITE

Le Housing First développé par le SMES-B propose aux personnes sans-abri cumulant des problèmes de santé mentale et d'assuétude une sortie immédiate de la rue par la réinsertion dans un logement permanent. Le logement est ici considéré comme la condition première au rétablissement de la personne anciennement sans-abri. Il apporte une stabilité et une sécurité nécessaires qui permettent aux services travaillant autour de la personne d'être plus efficaces, et il devient dès lors un levier pour lutter contre la pauvreté et favoriser l'intégration sociale.

Ce modèle ne se limite pas à fournir un logement : il met en place, sur mesure, un accompagnement multidisciplinaire adapté aux besoins de chaque personne.

### 4. CONTEXTE

On le sait, la population sans-abri présente des problématiques multiples, complexes et imbriquées. L'absence de logement est un facteur qui cause et/ou aggrave ces problématiques. Se poser dans un « chez soi », avoir un toit, fournit les conditions minimales pour envisager de s'intéresser aux autres domaines de sa vie (santé, travail, liens sociaux, recouvrement des droits...). Mais accéder à un logement (au loyer abordable) n'est pas tout ; il s'agit aussi de parvenir à se maintenir dans ce logement. L'accompagnement pluridisciplinaire contribue à la réussite dans la durée.

Le présent projet répond aux conclusions de la Conférence Européenne de Consensus sur le sans-abrisme, organisée en 2010 sous la Présidence belge de l'Union Européenne. Cette conférence avait avalisé la pertinence des méthodes dirigées vers le logement, l'offre et/ou le maintien d'un logement stable constituant l'étape initiale dans la résolution ou dans la prévention de situations d'absence de chez soi.

Le modèle Housing First (HF), développé à New-York dans les années 1990 sous l'impulsion du Dr. Sam Tsemberis, propose une manière originale d'envisager le relogement des personnes sans-abri présentant des problématiques de santé mentale. Le principe de base est : le logement d'abord, sans conditions. Ce modèle est présenté comme rentable et présentant un rapport coût / efficacité supérieur à toute autre solution classique (dont le processus de relogement « par escalier »). Fort de ces résultats, ce modèle s'est développé rapidement dans une centaine de villes américaines et canadiennes ainsi qu'en Europe (France, Royaume-Uni, Suède, Finlande, Danemark, Allemagne, Pays-Bas, Hongrie, ...) et ailleurs dans le monde (Australie, Japon, ...).

En Belgique, le projet *Housing First Belgium* a démarré en août 2013 dans cinq grandes villes : Liège, Charleroi, Anvers, Gand et Bruxelles. Le projet mis en place sur Bruxelles, développé par le SMES-B s'inspire largement du modèle américain en en appliquant les « règles » :

- Accès au logement indépendant (non collectif) ;
- Intégration dans la communauté (logement diffus) ;
- Public sans-abri avec trouble de santé mentale avéré et abus de substance ;
- Séparation du logement et du traitement (logement fourni sans aucun critère d'admission et sans condition de résolution des problèmes de santé mentale et d'assuétude) ;
- Logement permanent (maintenu si hospitalisation ; à Schaerbeek : bail glissant) ;
- Accès aux services d'aide sans limite de temps ;
- Liberté de choix (soins, suivi social ...) ;
- Support à domicile de l'équipe, minimum 1x/semaine, le reste à la libre demande.

## 5. PUBLIC CIBLE

Le projet Housing First s'adresse aux personnes sans-abri, cumulant des problèmes de santé mentale et d'assuétude.

La population sans-abri présente des problématiques multiples, complexes et imbriquées. L'absence de logement est un facteur qui cause et/ou aggrave ces problématiques. En effet, des problèmes de santé mentale pré-existants sont susceptibles de rendre difficile l'accès et le maintien dans un logement. Et pour ceux qui ont été exclus de leur logement, la précarité de leur situation et la difficulté des conditions de vie auxquelles ils sont exposés fragilisent leur santé en général et leur santé mentale en particulier. De plus, l'exclusion sociale rend plus difficile l'accès aux soins de santé. Sans la sécurité et la stabilité d'un « chez soi », la personne ne rencontre pas les conditions minimales pour s'intéresser aux autres domaines de sa vie (santé, travail, liens sociaux, recouvrement des droits...).

Globalement, on peut distinguer trois grandes problématiques au sein du public-cible :

- Problématique sociale, définie à partir de la notion de sans-abrisme de la typologie européenne «ETHOS» :
  - Personnes vivant dans la rue ou dans des espaces publics
  - Personnes en hébergement d'urgence
- Problématique de santé mentale : L'essentiel est que le projet s'adresse bien aux personnes en souffrance psychique, que ce soit sous forme aigüe ou chronique, cette souffrance constituant un obstacle à l'accès et/ou au bénéfice supposé d'un accès à une structure d'hébergement traditionnel, social ou psychiatrique.
- Problématique des assuétudes : usage chronique et abus de produits psychotropes légaux et illégaux et ses répercussions sur la santé de la personne.

Le dispositif doit être en mesure de prendre en compte le cumul des problématiques sociales, mentales, et assuétudes. Sachant que le Housing First se positionne en complément au modèle en escaliers, il doit s'adresser aux profils les plus complexes, pour que le projet fasse sens.

## 6. PERIMETRE D'INTERVENTION

Le projet est actuellement développé, et évalué, dans six logements du Foyer Schaerbeekois, répartis dans différentes localisations de la commune. Des contacts sont en cours à Molenbeek et à Forest pour étendre l'offre de logement à dix appartements supplémentaires.

## 7. REALISATION DES OBJECTIFS

L'objectif général du Projet Housing First est 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 et d'assuétudes.

Après seulement quatre mois depuis le début du projet et un recul d'un mois depuis la première entrée en logement, il est bien difficile de tirer des conclusions et de fournir des données fiables. Nous nous baserons donc ici sur les observations de l'équipe et les commentaires des locataires. Une évaluation plus complète et objective est actuellement réalisée par un évaluateur externe, engagé par le Forum Bruxellois de Lutte Contre La Pauvreté dans le cadre de Housing First Belgium.

Pour atteindre cet objectif, le Projet Housing First dispose de divers moyens humains et opérationnels.

## 7.1. Equipe

Le Housing First se compose d'équipe pluridisciplinaire permettant la mise en œuvre du projet selon les objectifs établis.

Les aspects locatifs tels que le paiement du loyer et le respect des voisins, sont pris en charge par une responsable spécifique engagée à raison de 8 heures par semaine, alors que le soutien psycho-social et l'aide dans les réponses aux besoins et demandes de la personne sont proposés par deux accompagnatrices psycho-sociales – engagées 19 heures et 24 heures par semaine –, aux compétences et expériences multiples.

La coordinatrice – 23 heures par semaine – est également experte en réduction des risques liés à l'usage de drogues et aide à la prise en charge des problématiques d'assuétudes.

Cette séparation des deux volets « logement » et « soutien » permet de maintenir l'accompagnement même en cas de non-respect des règles locatives ou de départ du logement.

## 7.2. Logements

Sur les six logements prévus par le Foyer Schaerbeekois, trois ont été mis à disposition du projet en 2013, les trois autres étant en rénovation pour une entrée en logement prévue début 2014.

Des contacts sont en cours à Molenbeek et à Forest pour étendre l'offre de logements. Le recours à du logement privé n'est pas exclu, pour autant que le loyer soit modéré.

Le SMES-B est locataire des appartements et sous-loue aux bénéficiaires du projet via une convention spécifique pendant une durée de 18 mois. Ensuite, la personne peut entrer directement dans un logement du Foyer Schaerbeekois et signer le bail à son nom. L'accompagnement par le projet peut se poursuivre encore trois mois après son nouvel emménagement, tout en s'assurant que la personne dispose d'un réseau permettant de répondre à ses demandes et besoins.

Les logements sont des studios ou des appartements une chambre, remis à neuf par le Foyer Scharebeekois. Ils sont tous situés dans des quartiers résidentiels de Schaerbeek, relativement calmes et verts. Ils sont répartis dans différents immeubles de petite taille, afin de favoriser l'intégration sociale. Rien n'identifie ces logements ni le lien des locataires avec le projet.

Le loyer est de 180 euros, ce qui permet de ne pas dépasser 30% du revenu mensuel de la personne. Tous les logements ont été pré-meublés pour pouvoir accueillir la personne dans les meilleures conditions et pour qu'elle puisse bénéficier du nécessaire même en l'absence d'argent ou d'accès à une prime d'installation. La plupart des locataires n'y ont en effet plus droit. L'ameublement de base comprend : un canapé-lit, une table basse, un meuble bas, une télévision, une lampe de chevet, une table de salle à manger, deux chaises, un frigo, des prises électriques, de la vaisselle, de la literie et des produits de nettoyage. Cet ameublement appartient au projet et sera restitué en cas de départ ou si la personne souhaite installer ses propres meubles.

## 7.3. Partenaires

Le Housing First met en place et s'appuie sur un réseau médico-psychosocial à l'intersection des secteurs du sans-abrisme, de la santé mentale et des assuétudes, permettant de répondre aux besoins multiples du public-cible. L'équipe peut compter sur la solide expérience des associations partenaires du projet : *La Cellule d'Appui du SMES-B* (Précarités mentales et sociales), *Diogènes* (Travail de rue), *CAW Archipel Puerto / Huis van Vrede* (Service d'habitat accompagné pour personnes sans-abri), *Synersanté, projet des Petits Riens* (Accompagnement ambulatoire de personnes souffrant d'assuétudes), *Le Service de Santé Mentale La Gerbe*, *Le Projet Lama* (Service pour usagers de drogues), *Le*

Centre Transit (Centre d'accueil et d'hébergement pour usagers de drogues ou d'alcool), Le CPAS de Schaerbeek, Le Foyer Schaerbeekois, ses agents de convivialité et les projets de cohésion sociale, Le SASLS (Service d'Accompagnement Social des Locataires Sociaux).

A ce partenariat s'ajoute le réseau qui entourait la personne avant son entrée en logement ainsi que les associations et administrations contactées à la demande du locataire.

Un partenariat spécifique aux communes de Forest et Molenbeek est en cours de construction.

## 8. LOCATAIRES

### 8.1. Sélection des locataires

La sélection s'effectue pour 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.

Il avait été décidé par le Comité de pilotage du projet que les locataires seraient choisis par trois associations en contact direct avec le public-cible, à savoir Transit, le Projet Lama et Diogènes. Dans la pratique, la sélection des personnes a été difficile pour ces trois équipes, tant pour s'assurer que les critères étaient tous bien remplis que pour effectuer un choix parmi l'ensemble des personnes qui y répondaient. C'est pourquoi chaque association a mis en place une procédure interne qui lui est propre.

L'asbl Diogènes a sélectionné les deux personnes du projet sur base d'une file active de 370 dossiers (personnes avec lesquelles ils sont en contact et qui sont identifiables), ils ont opéré une sélection progressive en fonction des trois critères de base (sans-abris, problème de santé mentale et problème d'assuétudes) mais également d'autres critères en lien avec le fonctionnement du projet :

- Retrait des personnes parlant uniquement une langue non parlée par l'équipe ;
- Retrait des personnes avec plus d'un animal ;
- Retrait des personnes n'ayant aucune possibilité d'accès à des revenus leur permettant de payer un loyer.

Pour procéder à la sélection, l'équipe de Diogènes a gardé les personnes :

- avec lesquelles un contact existe depuis plus de trois ans (ce qui signifie que la personne « stagne » dans le réseau) ;
- qui accepteraient d'habiter un logement individuel ;
- avec lesquelles un travail actif était en cours.

Sur les 19 personnes restantes, chaque membre de l'équipe a ensuite sélectionné deux personnes pour lesquelles il estimait que le projet était le plus approprié. Deux noms ont récolté le plus de voix. Après vérification, une des personnes ne possédait pas de statut légal permettant son accès à un logement social. Une autre personne a donc été sélectionnée.

La procédure utilisée par Transit pour les locataires suivants était un peu différente. La priorité a été donnée aux deux éducateurs de rue, choisissant chacun une personne. Ils ont respecté les trois critères auxquels se sont ajoutés le statut légal sur le territoire et la question des animaux.

Une personne avait été choisie mais, étant à mobilité réduite, aucun appartement ne lui était accessible. C'est un aspect auquel il faudra être attentif pour les prochains logements. Une autre personne a donc été choisie. Le deuxième candidat de Transit rentrera donc en logement en 2014.

Les deux candidats du projet Lama sont encore en cours de sélection et rentreront en logement en 2014.

## **8.2. Mise en logement et accompagnement sur mesure**

### *8.2.1. Locataire 1*

#### 8.2.1.1. Rencontre avec l'équipe

Les travailleurs de Diogènes qui suivent les personnes choisies ont d'abord souhaité rencontrer l'équipe Housing First afin de présenter à minima les personnes sélectionnées et informer l'équipe sur la manière la plus adéquate de les aborder, compte tenu de leur structure psychique spécifique. En effet, certains éléments verbaux ou comportementaux pouvant activer de la paranoïa, il est préférable de les éviter pour donner toutes ses chances à la relation. C'est également sur conseil de l'équipe de Diogènes qu'il a été décidé que la première personne qui rencontrerait le futur locataire serait la coordinatrice du projet.

#### 8.2.1.2. Premier contact

Le premier contact a eu lieu le 15 novembre et a donc été pris par la coordinatrice du projet, en présence d'une travailleuse de Diogènes. L'accueil a été bon et des questions très précises sur l'appartement sont arrivées rapidement (étage, quartier, disposition, proximité d'un espace vert...).

Un second rendez-vous a été programmé quelques jours après, la personne demandant un temps de la réflexion par rapport à cette proposition de logement. La rencontre suivante a démarré par un accord et une volonté d'emménager rapidement. La disposition du mobilier a été discutée. La personne a renseigné son administrateur de bien pour toutes les questions administratives et financières et nous a autorisé à prendre contact directement avec lui.

Une date d'entrée a été fixée au 26 novembre 2013.

#### 8.2.1.3. Entrée en logement

Comme prévu, l'entrée en logement a eu lieu le 26 novembre. La coordinatrice et une travailleuse de Diogènes sont venues chercher la personne sur son lieu de vie, en rue, pour faire le chemin ensemble vers l'appartement. Le trajet a été très difficile, ce changement amenant beaucoup d'angoisse chez le futur locataire. A côté de ce stress important coexistait beaucoup de joie de posséder à nouveau un trousseau de clé et pouvoir entrer chez soi.

La présentation de l'accompagnatrice psycho-sociale a été réalisée lors de cette entrée en logement.

### *8.2.2. Locataire 2*

#### 8.2.2.1. Rencontre avec l'équipe

La présentation des deux futurs locataires choisis par Diogènes a eu lieu au même moment (voir plus haut, dans locataire 1). Pour cette personne, les travailleurs de Diogènes ont identifié l'accompagnatrice psycho-sociale comme étant la travailleuse la plus adéquate pour un premier contact, en raison de son statut moins « hiérarchique ».



#### 8.2.2.2. Premier contact

Une première rencontre a eu lieu en rue, le 8 novembre, en compagnie du travailleur de Diogènes. L'accompagnatrice a présenté le projet et d'emblée, la personne a marqué son accord pour entrer dans le logement. Ce sont avant tout des questions pratiques concernant le logement et son aménagement qui ont été posées. Il y avait une volonté de rentrer le plus rapidement possible dans le logement. Le futur locataire a relaté plusieurs expériences lorsqu'il était locataire et expliqué qu'il était capable d'entretenir et gérer un appartement. Il a également présenté son chien qui l'accompagne depuis de nombreuses années. Un autre contact entre l'accompagnatrice et le futur locataire a eu lieu la semaine suivante. Un troisième rendez-vous a été fixé pour permettre une visite du logement. Un dernier rendez-vous a été organisé afin de rassurer le locataire sur sa prochaine entrée dans l'appartement.

Ces rendez-vous ont notamment été rendus nécessaires par les délais imposés par l'ouverture des compteurs de gaz et d'électricité.

Le 27 novembre, une rencontre a été organisée avec la coordinatrice, en présence d'un travailleur de Diogènes, pour expliquer la convention de sous-location et les aspects plus financiers et administratifs. La personne a souhaité réfléchir et parler avec son administrateur de biens avant de signer la convention. La date d'entrée en logement du 28 novembre n'a cependant pas été postposée. En effet, il est courant que la signature de documents officiels soit difficile pour les personnes présentant un trouble psychique important. Il est donc de coutume, dans les projets de type Housing First, de ne pas considérer une non-signature comme un frein à l'accès à un logement.

#### 8.2.2.3. Entrée en logement

Le 28 novembre 2013, le rendez-vous était prévu avec un travailleur de Diogènes et l'accompagnatrice à l'endroit où dormait habituellement la personne. Elle n'était cependant pas présente et il a fallu la chercher dans les environs. Elle s'était réfugiée avec son chien dans un lavoir en raison du froid. Après un passage par son abri habituel et un tri de ses affaires, la personne et les deux travailleurs se sont mis en route. Le futur locataire a fait part de la crainte que le logement lui soit refusé en dernière minute. La remise des clés fut un moment rassurant et symboliquement fort.

### 8.2.3. Locataire 3

#### 8.2.3.1. Rencontre avec l'équipe

Le travailleur de rue de Transit qui avait choisi la personne et qui la connaissait le mieux a rencontré l'équipe housing First. Il a transmis quelques informations de base telles que la situation administrative et les éléments auxquels l'équipe devra prêter particulièrement attention. Le travailleur a souhaité rester très présent dans l'accompagnement.

#### 8.2.3.2. Premier contact

La coordinatrice a rencontré le futur locataire dans les locaux du projet, au sein de l'ASBL Transit, le 2 décembre. Il est venu accompagné du travailleur de rue. Le projet lui a été expliqué et il a pu poser toutes ses questions, qui étaient principalement relatives au paiement du loyer et des charges. La personne a tenu à communiquer quelques éléments de sa vie et ce qui lui était difficile pour le moment. Etant donné le court délai avant l'entrée en logement, souhaitée pour le 5 décembre, une visite n'a pas été organisée.

### 8.2.3.3. Entrée en logement

L'entrée a eu lieu comme prévu le 5 décembre 2014. Elle a amené beaucoup d'émotions de la part du futur locataire. Il était à la fois très heureux et très anxieux d'un jour perdre ce logement tant attendu. Son lien avec le travailleur de rue, présent à chaque étape, l'a beaucoup aidé. La convention de sous-location a été signée à ce moment.

## 8.3. Maintien en logement

Une fois entré dans son logement, le locataire bénéficie de l'accompagnement de l'équipe afin de l'aider à s'y maintenir et à affronter les difficultés qu'il pourrait rencontrer. Il est principalement en lien avec une référente, accompagnatrice psycho-sociale, qu'il rencontre minimum une fois par semaine. L'accompagnement est réalisé sur-mesure et à la demande de la personne. Il conduit parfois à des contacts quotidiens.

Le locataire détermine lui-même les domaines de sa vie pour lesquels elle souhaite un soutien. Rien ne lui est imposé, à part le paiement de son loyer et le rendez-vous hebdomadaire. Cet accompagnement nécessite une cohérence d'action avec le réseau déjà existant autour de la personne. Mais à nouveau, c'est le locataire qui est mis au centre du dispositif et qui définit la place de chacun.

### 8.3.1. Accompagnement du locataire 1

La demande première de ce locataire a été de pouvoir se poser, se reposer, reprendre des forces et dormir sans crainte d'une agression. La personne a décrit très précisément la manière dont elle souhaitait être soutenue par l'équipe Housing First : le rythme des visites, les horaires ... Très vite elle a désigné celle-ci comme son interlocuteur privilégié et a marqué son refus de maintenir des contacts avec les travailleurs qu'elle rencontrait lors de sa vie en rue.

Dès la première semaine, la personne a repris contact avec son fils afin de lui signaler qu'elle avait désormais un logement, lui donner une clé et l'inviter à lui rendre visite.

Le logement a été investi petit à petit. Au départ, une seule pièce était utilisée. Après deux semaines, la personne utilisait également la cuisine en se faisant à manger. Elle a fait usage de la douche une fois pour se laver les pieds. Elle n'utilise cependant pas les WC qui, bien que privés, sont situés sur le couloir. Elle a en effet peur de croiser un voisin.

Visites réalisées : 2/12, 9/12 (pas répondu), 10/12, 17/12, 24/12 (pas répondu), 26 (pas répondu).

Nous avons appris par la suite qu'elle avait été mise en observation, à partir du 24 décembre, en raison d'un comportement dans le métro qui avait alarmé un passant.

Appels téléphoniques : pas d'appels en 2013.

Remise en ordre administrative : réalisation de photos d'identité, refusées jusqu'alors.

Liens avec le réseau : CPAS de Scherbeek, avocat (administrateur de biens), administration communale de la ville de Bruxelles et de Schaerbeek, Diogènes, Infirmiers de Rue, Tractor, Hôpital Brugmann.

### 8.3.2. Accompagnement du locataire 2

Les demandes sont peu nombreuses, mais surtout d'ordre matériel (meubles, draps, TV... ). La personne est prise dans des délires paranoïaques qui peuvent être très envahissants et ne laissent pas toujours la possibilité d'être en lien avec elle. Par contre, quand une amélioration visible du confort de vie a lieu, la personne est plus détendue et est en lien avec l'accompagnatrice.

Très rapidement le locataire s'est installé dans son quartier et a pris contact avec le pharmacien pour son traitement méthadone. Il a investi son logement en l'aménageant avec des meubles. Une visite hebdomadaire fixée de semaine en

semaine semble le rassurer et être un repère dans son emploi du temps assez déstructuré et tributaire de son état psychique.

Visites réalisées : 02/12, 9/12 (pas répondu), 17/12 (pas répondu), 19/12, 30/12.

Appels téléphoniques : 26, 30, 31/12.

Remise en ordre administrative : Abonnement STIB

Liens avec le réseau : CPAS de Schaerbeek, avocat (administrateur de biens), administration communale de Schaerbeek, DG personnes handicapées, Diogènes, médecin, pharmacien.

### *8.3.3. Accompagnement du locataire 3*

L'accompagnatrice psycho-sociale a mis un peu de temps à trouver sa place auprès du locataire en raison du lien fort qu'il avait déjà avec un travailleur de rue. Ce lien est un atout important car il rassure le locataire et permet une continuité dans l'accompagnement mais il nous paraît également important que la référente puisse constituer un point d'ancrage suffisant pour la personne en cas de problème ou d'indisponibilité de l'autre travailleur.

Le locataire a décidé dans quelles démarches et aides il souhaitait être soutenu par qui. Il a tout d'abord confié la gestion de ces liens sociaux et occupationnels à l'équipe Housing First, ainsi que l'aménagement de son appartement. Une rencontre hebdomadaire à date et heure fixe a été organisée et petit à petit, il a commencé à se confier et à parler de ses difficultés. Sa crainte principale est de devoir quitter l'appartement. Il a connu plusieurs échecs dans sa vie et a peur que cela ne se répète. Il a également confié avoir des difficultés de sommeil et être tenté de recommencer à consommer.

La période des fêtes a été une source importante d'angoisses qui ont été gérées grâce à des appels téléphoniques réguliers.

Visites réalisées : 10/12, 17/12, 23/12.

Appels téléphoniques : 26, 30, 31/12.

Remise en ordre administrative : Pas nécessaire.

Lien avec le réseau : Latitude Nord (réseau psychologique) ; Maison Médicale Botanique, pharmacie, Centre Médical Jean-Fontaine, Sanatia (réseau médical) ; Transit, Enaden, FMSB, Maraude de Saint-Gilles, Nulle Part Ailleurs, Cap-Iti, CPAS Saint-Josse, Foyer Georges Motte (réseau social) ; restaurant social Poverello (réseau alimentaire).

Ajouts au réseau : Hobo groupe des hommes de l'Entraide des Marolles (réseau occupationnel) ; Centre service social quartier Meiser (réseau alimentaire)

## **9. RESULTATS DU HOUSING FIRST ET PLUS-VALUES DE LA METHODOLOGIE**

### **9.1. Maintien dans le logement**

Les trois personnes entrées en logement en 2013 y sont toujours. Toutes les trois, à leur façon, se sont appropriés et ont investis leur logement. Ils y logent de façon régulière et y passent la majorité de leur temps.

### **9.2. Amélioration de la santé mentale**

Il est difficile de tirer des conclusions à ce stade, d'autant plus, que l'entrée en logement suite à un long parcours de rue est un changement majeur dans la vie de ces personnes et est générateur d'un grand stress. Cependant, il semblerait qu'ils y aient trouvé une certaine sécurité.

### **9.3. Amélioration de la santé physique**

Le premier locataire a fait part de sa grande satisfaction à pouvoir dormir plusieurs heures d'affilées, sans craindre une agression. Il envisage de prendre une douche, ce qu'il n'a pas fait depuis longtemps et il a cuisiné plusieurs fois.

Le deuxième locataire est avant tout très satisfait d'avoir chaud, après des années dans la rue. Il se repose également plus qu'avant. Il continue à voir son médecin mais se rend désormais dans une pharmacie à côté de son logement. Il souhaite lessiver ses vêtements et prendre une douche.

Le troisième locataire garde des difficultés de sommeil. Il ne dort que très rarement plus de quatre heures d'affilées. Il se douche régulièrement et s'alimente. Il a mis en place des rendez-vous réguliers chez le dentiste.

### **9.4. Amélioration du bien-être**

Les trois locataires ont exprimé le plus grand contentement à être dans un logement qui leur est propre et pour une durée indéterminée. Ils se sentent soulagés et entreprennent des démarches que la vie à la rue empêchait, par exemple mettre en ordre des situations administratives compliquées requérant beaucoup d'énergie et nécessitant d'être ponctuel à des rendez-vous, renouer avec la famille ou reprendre une activité artistique.

### **9.5. Amélioration de la consommation de produits psychotropes légaux et/ou illégaux**

Un locataire a expliqué son addiction à l'alcool par la nécessité qu'il avait de lutter contre le froid lorsqu'il vivait en rue. Il questionne désormais sa consommation même s'il n'envisage pas concrètement de la diminuer. Il apprécie beaucoup le non-jugement de l'équipe à cet égard.

Un autre locataire est sous traitement méthadone et semble gérer ses prises avec régularité.

Le troisième locataire fait part de ses difficultés à ne pas consommer et s'alcoolise fort par moments mais le dialogue est ouvert et il semble parler à l'équipe en confiance.

## **9.6. Amélioration de la sécurité**

Aucun des trois locataires n'a subi d'agression depuis qu'il est en logement alors que c'était fréquemment le cas à la rue.

## **9.7. Insertion sociale**

Progressivement les locataires ont découvert leur quartier et trouvé leurs marques. Un locataire est rapidement entré en contact avec une pharmacie proche de son domicile dans laquelle il se rend dorénavant quotidiennement. Un autre locataire se rend régulièrement dans une superette à deux pas de chez lui dont il connaît maintenant le commerçant avec qui il échange quelques mots. Un autre, a fait connaissance avec son voisin qui a frappé à sa porte pour faire connaissance et lui demander si le son de sa télévision ne le dérangeait pas.

Cependant, l'insertion sociale est probablement l'aspect qui prendra le plus de temps à se développer, les personnes devant d'abord récupérer santé et confiance en soi.

# **10. CONDITIONS SPECIFIQUES DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET EN REGION BRUXELLOISE**

De premiers éléments se dessinent mais il est encore tôt pour pouvoir mettre en évidence des conditions spécifiques.

En attendant, l'équipe participe activement à l'évaluation : elle a rencontré l'évaluateur à plusieurs reprises, il a participé à une réunion d'équipe, il a rencontré les locataires, l'équipe a rempli des questionnaires relatifs aux locataires (anonymisés) et au travail d'accompagnement.

# **11. COMMUNICATION ET REFLEXION AUTOUR DU HOUSING FIRST**

## **11.1. Comités fédéraux et locaux**

Le projet Housing First du SMES-B s'intègre dans un projet national de « logement d'abord » et est piloté à différents niveaux.

Le Comité de pilotage Housing First Belgium se compose de la coordinatrice générale et des associations représentant les évaluateurs et les porteurs de projet dans les cinq villes d'implémentation : Bruxelles, Gand, Anvers, Liège et Charleroi. Il se réunit tous les deux mois, détermine le cahier des charges du projet et le fait respecter. Il suit les avancées techniques et d'évaluation, et propose des ajustements en cours de route. Les décisions y sont prises collégalement.

Le Comité de pilotage Housing First Belgium s'est réunit le 18 octobre 2013.

Le Comité d'accompagnement Housing First Belgium se compose de la coordinatrice générale, des associations représentant les évaluateurs et les porteurs de projet dans les cinq villes d'implémentation, des administrations publique fédérales et régionales directement ou indirectement concernées, ainsi que d'experts tant pour le volet terrain qu'évaluatif (Strada, Feantsa...). Il se réunit deux fois par an, prend connaissance des versions provisoires des rapports intermédiaires et du manuel d'implémentation, suit les avancées et les commente. Il a un avis consultatif.

Le Comité d'accompagnement Housing First Belgium s'est réunit le 19 décembre 2013. Il s'est couplé d'un Séminaire Housing First Belgium, dont l'objectif était de permettre aux équipes de terrain d'échanger entre elles et de mieux comprendre le cadre général du projet dans lequel elles intervenaient.

Le Comité de Pilotage du projet Housing First du SMES-B, constitué des directeurs des associations partenaires, décide des grandes lignes du projet. Il nomme le SMES-B pour les demandes et réception des subsides, pour le traitement des salaires et de toute autre dépense, ainsi que pour la location des logements au Foyer Schaerbeekois. Il se réunit tous les mois en début de projet.

Le Comité de pilotage du projet Housing First du SMES-B s'est réuni les 4 septembre 2013, 4 octobre 2013, 4 novembre 2013 et 5 décembre 2013.

Le Comité d'accompagnement du projet Housing First du SMES-B, composé de travailleurs de terrain des associations partenaires, vise à offrir du support à l'équipe. C'est un lieu de prise de recul par rapport aux situations difficiles. Il se réunit toutes les six semaines.

Le Comité d'accompagnement du projet Housing First du SMES-B s'est réuni les 6 septembre 2013, 11 octobre et 22 novembre.

## **11.2. Réunions d'échange et d'information**

Le Housing First est un modèle novateur en Belgique. Il convient donc de l'articuler aux initiatives existantes, pour qu'il se développe de manière cohérente avec les secteurs concernés. En tant que nouveau projet, il suscite également beaucoup de questions et de demandes d'information. Les institutions et personnes rencontrées sont les suivantes :

- 29 juillet 2013: Fami-home
- 13 août 2013 : Projet de cohésion sociale Marbotin
- 20 août 2013 : Puerto – Huis van Vrede
- 27 août 2013 : Infirmiers de rue
- 4 septembre 2013 : Centre Ariane
- 6 septembre 2013 : Groupe de travail « Hivers » de l'AMA - projet "Objectif: un chez soi"
- 24 septembre 2013 : Groupe de travail "logement et santé mentale" de la Plate-forme de la Santé Mentale
- 1er octobre 2013 : Commune de Molenbeek
- 2 octobre 2013 : Service social de l'Inspection du logement de la Région de Bruxelles-capitale
- 14 octobre 2013 : Projet Hestia
- 23 octobre 2013 : Experts du vécu du SPP Intégration Sociale
- 12 novembre 2013 : Centre de Santé Mentale La Gerbe
- 26 novembre 2013 : Maison médicale l'Aster
- 16 décembre 2013 : visite d'une délégation de la Generalitat de Catalunya, organisée par le SPP IS.

## **11.3. Présentations publiques**

Afin de mieux faire connaître le modèle Housing First ainsi que les spécificités du projet porté par le SMES-B, nous avons réalisé des présentations dans les lieux suivants:

- 20 septembre 2013 : Strada - Concertation Sans-abris
- 15 octobre 2013 : Strada - Espace de parole
- 19 décembre 2013 : Comité d'accompagnement Housing First Belgium – présentation spécifique concernant le lien entre accompagnement en logement et Réduction des risques.

## **11.4. Participation à des colloques**

Dans un but de formation et d'échange, l'équipe a participé aux colloques suivants :

- 13 et 14 juin 2013 : Conférence Housing First Europe à Amsterdam
- 17 septembre 2013 : Enjeux logement et santé à Forest
- 7 octobre 2013 : Accompagnement social en logement à Charleroi

Le projet Housing First du SMES-B a, à chaque fois, été mentionné.

### 11.5. Articles et interviews

La communication autour du projet a également pris la forme d'articles et d'interviews destinés aux professionnels et au grand public :

- Un article est présent sur le site internet des Petits Riens, et a été diffusé dans le « Journal des Petits Riens »
- Un article a été publié dans le journal du Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad (BWR)
- Une interview téléphonique a été donnée au journal « Le Soir »
- Une interview filmée est passée au JT de « La Une ».

## 12. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Ce rapport ne porte que sur les quatre premiers mois du Projet Housing First, bien que cette mise en œuvre fasse suite à plus d'un an de construction de cette implémentation par différents acteurs du réseau SMES-B.

Il n'en reste pas moins que cette « épreuve du réel » ne peut encore être réellement source de conclusions, mais plutôt de constats :

- Les demandes sont nombreuses et les besoins des locataires élevés.
- Le temps de travail est très réduit et permet peu les visites en binôme, pourtant nécessaires.
- La recherche de logements supplémentaires est ardue.
- Le financement est précaire et ne couvre que la durée de l'expérimentation.

Malgré ces difficultés,

- Les locataires sont satisfaits : ils se sentent respectés et gagnent en estime d'eux-mêmes.
- Les locataires vont globalement mieux, même si les difficultés sont nombreuses.
- L'évolution de certains est très impressionnante : à la fois rapide et dans de nombreux domaines.
- La confiance s'est installée et permet un travail de fond sur du long terme.

Ces éléments sont encourageant et nous poussent à souhaiter la poursuite de cette expérience sur du long terme, dans des conditions plus adaptées aux besoins nombreux et complexes du public.

---

## IV. RESEAU

---

### 1. INTRODUCTION

Dans la sphère sociale ou psycho-médico-sociale, le travail en réseau ne va pas de soi. Il est le fruit d'une construction méthodologique basée non seulement sur une faisabilité – est-il possible philosophiquement et pratiquement pour des secteurs de travailler ensemble ? – mais également d'une confiance réciproque – confiance en ce réseau et en sa coordination et confiance en les partenaires. Une des principales missions du Réseau SMES est de permettre, soutenir et faciliter une prise en charge transversale et continue rendue possible par le renforcement de la connaissance réciproque des acteurs des secteurs de la santé mentale et de la précarité.

Pour ce faire, les missions du Réseau Santé Mentale et Exclusion Sociale se sont, d'une part, poursuivies à travers le cycle des Intervisions, les Tables d'échanges et les différentes rencontres individuelles avec les partenaires. Leur objectif est de réunir des acteurs psycho-sociaux autour de thématiques précises, afin de partager des expertises et bonnes pratiques, de se former sur des sujets choisis par les participants, de tenter de résoudre ensemble des problématiques rencontrées sur le terrain à travers des vignettes cliniques. D'autre part, une meilleure réflexion sur le travail en réseau a été entamée en renforçant les partenariats intra et inter Réseau. Les groupes de travail – Intervisions et Tables d'échanges – se sont étoffés en accueillant de nouveaux partenaires, et la coordination a inscrit le Réseau dans différentes collaborations externes – Ligue Bruxelloise Francophone de Santé Mentale, Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale, réunions Inter Réseaux... Le travail réalisé acquiert ainsi une meilleure visibilité et accentue la réflexion sur l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale.

### 2. FONDEMENTS DU TRAVAIL EN RESEAU

Le Réseau tente de répondre aux nouvelles exigences de notre système de soins et de santé par une meilleure adaptation aux attentes du public, mais aussi des partenaires, acteurs de terrain, confrontés de plus en plus à une complexification du paysage psycho-médico-social. D'une part, le public arrive sans cesse à de nouvelles questions, de nouvelles problématiques intriquées dans les champs de la santé, de la santé mentale, du logement, mais également de ce que nous pourrions appeler le « vivre ensemble », ce droit social de plus en plus difficile à construire dans un contexte économique difficile. D'autres part, les acteurs de terrain soulignent les difficultés dues à la multiplication des projets psycho-médico-sociaux. Attention, il ne s'agit pas ici de se plaindre de l'existence de tels projets qui viennent colmater les manques existant dans le suivi des usagers. Ces projets – appelons les comme cela au sens large – remplissent une fonction charnière entre les différentes structures. Ils viennent renforcer un paysage parfois morcelé pour y donner de la consistance, y créer un lien, une référence en termes de centralisation de l'information et de la volonté de travailler en partenariat. Il ne s'agit donc pas d'une plainte mais d'un constat où les partenaires marquent du doigt la multiplication de projets – intéressants c'est certain – mais n'ayant qu'une visibilité limitée, voire cellulaire, par exemple ne concernant qu'un quartier ou une zone communale plus ou moins restreinte.

### 3. MISSIONS DU RESEAU

Le travail en réseau replace le professionnel au cœur du fonctionnement du système de soins et de santé par un décloisonnement à différents niveaux. La collaboration se fait entre le champ social et celui de la santé. Il s'agit d'une mise en commun plus opérante et formelle et d'une approche plus globale des problèmes psycho-sociaux. Cette volonté de coopérer dans une conception non hiérarchique mobilise des pratiques davantage fondées sur les possibilités techniques, un respect mutuel et une reconnaissance de la compétence de l'autre.

Le but du Réseau SMES est de répondre à un triple objectif. Il cherche à faire circuler l'information à l'intérieur de la sphère psycho-médico-sociale en insufflant une volonté d'échange de pratiques et de savoir-faire. Il sert d'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.

Deuxièmement, le Réseau appelle au décloisonnement des secteurs sociaux et de la santé mentale en soutenant des pratiques innovantes et intersectorielles au plus proche des besoins des patients cumulant exclusion sociale et difficulté psychique. La complexité accrue des situations sociales et pathologies rencontrées par les professionnels de terrain a amené les acteurs de la santé mentale et du social à collaborer depuis de nombreuses années. Le travail du Réseau SMES est de renforcer ces partenariats en favorisant les rencontres.

Troisièmement, il articule les projets au sein même du SMES-B, renforçant les collaborations internes entre la Cellule d'appui et le Projet Housing First. Le travail de terrain de ces deux services étant essentiel et prioritaire, il est important que la coordination du Réseau puisse représenter l'ensemble des activités du SMES-B, lors de réunions ou de présentations externes ou lors de rencontres avec les différents partenaires ou partenaires potentiels, augmentant ainsi la visibilité des projets.

## 4. METHODOLOGIE

Pour remplir ses missions fondatrices – nécessité d'améliorer l'offre de services et l'accueil des usagers en raison de la complexité des demandes, nécessité de renforcer les collaborations entre les différents partenaires et renforcement des collaborations entre les différents projets du SMES-B – le Réseau Santé Mentale et Exclusion Sociale a poursuivi sa méthodologie. Celle-ci vient soutenir la coordination dans son travail de légitimation, de développement et de visibilité du projet.

Cette méthodologie s'articule autour de quatre axes constituant des objectifs opérationnels pouvant être définis comme suit :

- Poursuite de l'organisation d'Intervisions constituant un espace de rencontre entre les professionnels du social et de la santé mentale en vue de faciliter et d'augmenter leur capacité d'accompagnement du public-cible ;
- Poursuite des Tables d'échanges offrant un lieu d'information, de réflexion, de débat et de propositions techniques – mises en œuvre pratiques – et politiques, à l'intersection des secteurs de la santé mentale et du social ;
- Développement du site internet – [www.smes.be](http://www.smes.be) – en vue d'offrir une borne permanente d'information et de réflexion sur les bonnes pratiques de décloisonnement des secteurs psycho-médico-sociaux ;
- Travail en Réseau tissant des liens entre les acteurs de terrain et les différents dispositifs formels afin d'accroître la cohérence et l'efficacité du projet.

## 5. OBJECTIFS OPERATIONNELS

### 5.1. Cycles d'Intervisions

Les Intervisions tentent d'apporter une/des réponse(s) ou pistes de réponse à l'accompagnement social lorsque le public-cible est en difficulté psychique, ou inversement – mais aussi souvent conjointement – lorsque le manque de conditions matérielles minimales freine le traitement psychique. Ces groupes d'Intervention rassemblent chacun une dizaine de professionnels de la santé mentale et du social, confrontés à un public très fragilisé psychologiquement. Les professionnels y confrontent leurs points de vue et co-élaborent des pistes de savoir-faire et de savoir-être à partir de situations cliniques qui les ont mis en difficulté sur le terrain. Des situations institutionnelles y ont également leur place.

Les Intervisions fonctionnent sous forme de groupes fermés d'intervenants de première ligne qui se réunissent mensuellement. Un seul travailleur par institution est accepté par groupe d'Intervention afin de garantir la circulation et la richesse de partage. Les groupes sont co-animés par un binôme d'animateurs issus du social et de la santé mentale. Ces co-animateurs n'adoptent pas une position d'expert mais veillent principalement à stimuler les échanges et à faciliter la compréhension mutuelle. Il ne s'agit pas de supervision.

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 deux secteurs.

### *5.1.1. Compositions des groupes de 2013*

Le premier semestre 2013 a compté 5 rencontres, achevant ainsi le cycle d'Intervisions 2012 – 2013. Le deuxième semestre 2013 a vu débuter le cycle d'Intervisions 2013 – 2014, avec les trois premières rencontres.

Les groupes du cycle d'Intervisions du premier semestre 2013 – session 2012-2013 – se sont organisés de la manière suivante :

- Co-animateurs :
  - Groupe 1 (francophone) :
    - Oum-Chikh DAHOU du SMES-B
    - Emmanuel BOUVIN du Home Baudouin
  - Groupe 2 (francophone) :
    - Laurence LEROY du Centre de Guidance d'Ixelles
    - Alain CAUFRIEZ de l'Entr'Aide des Marolles
  - Groupe 3 (néerlandophone) :
    - Elke COENE du Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGGZ Brussels)
    - Roel BOONEN d'Albatros
  
- Participants :
  - Groupe 1 (francophone) :
    - Centre Social Protestant
    - Talita
    - Home Victor du Pré
    - Babel asbl
    - Habitations Protégées Bruxelles
    - Prisme Nord-Ouest (SPAD)
    - Médecins du Monde CASO
    - Transit asbl
    - Projet Lama
    - Home Baudouin
    - Chèvrefeuille
    - Service de Santé Mentale de Wavre
    - Samu Social
  - Groupe 2 (francophone) :
    - L'Ilot
    - Home Baudouin
    - Samu Social
    - Fami-Home
    - CPAS de Braine-l'Alleud
    - Foyer Georges Motte
    - Transit asbl

- Equipe Eolia du Centre Hospitalier Jean Titeca
- La Porte Verte
- Mission Locale de Schaerbeek
- Similes
- Groupe 3 (néerlandophone) :
  - Talita
  - Actiris
  - Open Deur
  - Diogènes
  - Den Teirling
  - Huis van Vrede
  - Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGGZ Brussels)

Les groupes du cycle d'Intervisions du deuxième semestre 2013 – session 2013-2014 – se sont organisés de la manière suivante :

- Co-animateurs :
  - Groupe 1 (francophone) :
    - Oum-Chikh DAHOU du SMES-B
    - Emmanuel BOUVIN du Home Baudouin
  - Groupe 2 (francophone) :
    - Laurence LEROY du Centre de Guidance d'Ixelles
    - Alain CAUFRIEZ de l'Entr'Aide des Marolles
  - Groupe 3 (néerlandophone)
    - Joy VAN DE WIELLE de Huis van Vrede
    - Steven BAEKE du Service de Santé Mentale Antonin Artaud
- Participants :
  - Groupe 1 (francophone) :
    - Transit asbl
    - Maison d'Accueil Socio-Sanitaire – MASS de Bruxelles
    - Talita
    - Equipe Mobile TELA – Projet 107 Titeca–Saint-Luc Est de Bruxelles
    - Woman do asbl
    - Espace social Télé-Service
    - Maison Médicale Calendula
  - Groupe 2 (francophone) :
    - Les Foyers d'accueil
    - Talita
    - Hôtel social
    - Projet Housing First – SMES-B
    - CPAS de Charleroi
    - Infirmiers de Rue
    - Clinique Fond'Roy
    - L'Ilot
    - Source asbl
    - Maison Médicale Les Primeurs
    - Espace social Télé-Service
    - CPAS de Molenbeek-Saint-Jean
    - Foyer Georges Motte
    - Bruxelles Laïque
  - Groupe 3 (néerlandophone) :

- Open Deur
- Lhiving
- Pigment / Meeting

### *5.1.2. Evaluation*

Le cycle des Intervisions 2012 – 2013 a pris fin en juin 2013 et a été évalué aussi bien par les participants que par les animateurs. Sur le premier semestre 2013, trois groupes ont été constitués, dont un néerlandophone. Ils ont réuni de 7 à 12 professionnels, pour un total de 30 personnes, en plus des six animateurs.

L'évaluation que les participants ont pu produire par un questionnaire anonyme allait dans le sens de ce que les animateurs ont pu exprimer lors d'une réunion d'évaluation, en l'occurrence une satisfaction générale du cycle d'intervision. Même si les méthodes d'animation peuvent s'avérer différentes d'un groupe à l'autre, les diverses dynamiques semblent toujours répondre aux intérêts des travailleurs sociaux et de la santé mentale.

Le cycle 2012-2013 a poursuivi son travail de réflexion sur les lacunes ressenties par les professionnels du terrain social ou de la santé mentale, par rapport au cumul des problématiques. Les groupes ont notamment constitué un terrain d'expérimentation de nouvelles méthodologies. Ainsi, un groupe a proposé d'amener du contenu audiovisuel pour favoriser les discussions ; un autre a usé d'une méthode de « prise de parole dans un groupe », permettant d'approfondir l'analyse de chacun en obligeant un respect strict de la parole de l'autre.

L'été 2013 a été l'occasion de conclure le cycle 2012-2013 et d'organiser celui de 2013-2014. Les interventions ont débuté en novembre – au lieu d'octobre. Huit séances ont malgré tout été programmées pour ce nouveau cycle. Comme d'habitude, trois groupes de 8 à 12 personnes ont été constitués sur le deuxième semestre 2013, dont un néerlandophone, pour un total de 29 professionnels, en plus des animateurs.

L'animateur francophone ayant assuré les remplacements lors du cycle 2012-2013 a décidé de s'investir dans un cycle d'Intervisions complet. Le binôme néerlandophone a été renouvelé. Trois des six animateurs assurent cette fonction depuis plusieurs années, ce qui souligne un attachement constant de la plupart des animateurs au dispositif des Intervisions du Réseau SMES.

### *5.1.3. Perspectives*

L'année 2014 sera, comme chaque année, divisée en deux périodes, la première terminant le cycle d'Intervisions 2013-2014 et la seconde, après les vacances d'été, entamant celui de 2014-2015.

Depuis plusieurs années, nous demandons à chaque groupe d'Intervisions de rédiger un procès verbal après chaque rencontre. En accord avec les animateurs, nous avons décidé d'alléger ce dispositif par la rédaction d'une note synthétique comprenant à chaque fois les trois thèmes importants et les trois questions principales abordés lors de chaque rencontre. Le contenu de cette note étant défini au terme de chaque Intervention. Comme chaque année, nous procéderons à une évaluation du cycle d'intervision par les participants et les animateurs, en fin de cycle – à savoir fin du premier semestre 2014.

## **5.2. Tables d'échanges**

L'idée de Tables d'échanges découle naturellement des Intervisions. Elles sont nées de la volonté des partenaires – participants à ces Intervisions – de poursuivre les pistes de réponse venant du champ plus pratique de l'action de terrain. Ces espaces de débats 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 psychiquement et des professionnels qui les accompagnent.

Chaque Table d'échanges s'organise autour d'une question/problématique qui émerge de manière récurrente des groupes d'Intervisions ou des partenaires de terrain avec lesquels le Réseau SMES 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.

Les Tables d'échanges peuvent, selon la demande du groupe ou la complexité de la situation abordée, se dérouler sur une ou plusieurs rencontres et réunir un nombre différent d'invités. Dans tous les cas, c'est la diversité des points de vue qui en est la base de réflexion. A cette fin, les Tables d'échanges ambitionnent de dépasser les secteurs de la santé mentale et du social, dépassant également le cadre des partenaires, pour s'ouvrir plus largement à des acteurs concernés directement ou indirectement par la question traitée. Il peut s'agir de décideurs politiques, de citoyens, de journalistes, d'usagers de services, d'étudiants ou de professeurs, d'experts... Chaque Table d'échanges est pilotée par un comité dont la composition varie en fonction de la question traitée.

### *5.2.1. Tables d'échanges 2013*

En 2013, une Table d'échanges, répartie sur deux rencontres a réuni les partenaires du SMES. La demande, émanant de l'asbl Répères et du Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles – CLPS – concernait une recherche sur l'intersectorialité avec comme constat moteur que, dans le champ de l'action sociale, culturelle, des soins de santé, mentale ou physique, de l'éducation... les professionnels de terrain sont de plus en plus confrontés à des problématiques complexes qu'ils ne peuvent résoudre dans le cadre de leur seul mandat – ou de celui de leur institution – et avec leur(s) seule(s) compétence(s). La collaboration avec d'autres professionnels, issus d'autres secteurs apparaît de plus en plus nécessaire, tantôt mise en place dans la spontanéité, tantôt organisée de manière plus pro-active et formelle – coordinations, réseaux...

L'asbl Repères, active depuis plusieurs années dans le champ de la formation en Promotion de la Santé, a obtenu un financement pour mener durant deux années une recherche action qui tente de mieux préciser les enjeux, les besoins, le soutien à apporter à l'action intersectorielle. Cette recherche se déroule sur le territoire de Bruxelles capitale. Elle est menée en partenariat étroit avec le Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles, avec le soutien d'un Comité d'accompagnement.

Ce projet est né de constats issus de terrains divers et relayés tant au sein des espaces de formation animés par Repères que des divers suivis de projets assurés par le CLPS de Bruxelles. Ces constats mettent en évidence des besoins mais aussi des difficultés vécues par les professionnels pour intégrer dans leur travail une collaboration intersectorielle.

Afin de mieux comprendre les enjeux de ce type de collaborations, l'asbl Repères et le CLPS de Bruxelles ont décidé de creuser cette question en allant à la rencontre des différents dispositifs intersectoriels, en s'appuyant sur la méthode d'analyse en groupe – appelée MAG. En concertation avec Sébastien Alexandre, coordinateur du Réseau SMES jusqu'en septembre 2013, ces deux structures ont décidé de regrouper pour deux demi-journées, les partenaires du SMES, acteurs de terrain, et de les « interroger » sur leurs pratiques de collaborations intersectorielles.

A côté de cela, un impressionnant travail de rédaction a été accompli cette année ; la brochure « A la rencontre de la personne sans-abri : Complexité et intrication des précarités sociales et mentales – Table d'échanges 2010 du Réseau SMES-B », écrite et publiée dans le cadre de l'année européenne de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale et de la Présidence belge du Conseil de l'Union Européenne, a été finalisée.

Cette brochure, publiée en trois langues (Français/Anglais et Néerlandais/Anglais), fait état du travail réalisé dans les Tables d'échanges de 2010. Après une présentation du SMES-B, de son Réseau et de la manière dont fonctionnent et

s'articulent ces Tables, elle présente les conclusions du groupe de travail au travers de quatre axes – appelés également événements – organisés sous la forme de quatre questions issues des acteurs de terrain. Ces quatre questions étaient les suivantes:

- Axe éthique : Promouvoir la liberté et la responsabilisation de l'utilisateur, mais jusqu'où, lorsqu'elles peuvent lui être difficiles à porter ?
- Axe pratique : Passer du « cure » au « care », mais jusqu'où, lorsque la contrainte s'avère nécessaire ?
- Axe « systémique » : Désinstitutionnaliser les soins, mais jusqu'où, lorsque la personne a besoin d'un cadre structurant ?
- Axe sociétal : Intégrer, mais jusqu'où, lorsque l'obligation d'intégration devient déterminant de l'exclusion ?

De ces échanges fructueux, est sorti le projet d'une publication qui a été présentée en mai 2013 et est diffusée depuis au sein du Réseau.

### 5.2.2. Perspectives

Les Tables d'échanges génèrent des gains d'efficacité en faisant jouer deux mécanismes ; celui de la rencontre – porte ouverte sur la collaboration – et celui de la recherche/action – terreau d'études et de recommandations en matière de bonnes pratiques. Il s'agit de les perpétuer. La nouvelle coordination, entrée en fonction en avril 2014, y veillera avec le soutien de son Comité de pilotage.

## 5.3. Site Internet et stratégie de communication

Outre l'organisation de rencontres entre partenaires et autres acteurs de terrain, l'élément le plus important dans un réseau est la visibilité qu'il apporte aux projets – reconnus ou innovateurs – qui se développent dans le champ de ses secteurs d'activités. Le SMES-B, par l'intermédiaire de son Réseau, développe et améliore d'année en année sa stratégie de communication.

Tout d'abord, 2013 a vu la poursuite du travail d'amélioration du site et des publications numériques qui avait débuté l'année précédente. Le travail de mise à jour a été entamé ; cependant, malgré les améliorations apportées, il est encore loin de correspondre à nos souhaits et à ceux de nos partenaires. Le SMES-B ressent le besoin de modifier la structure du site, la rendant ainsi plus souple et conviviale.

Cette année, une large part de nos campagnes de communication s'est tournée vers la mobilisation des secteurs de la santé et du social pour soutenir la pérennisation financière de la Cellule d'appui du SMES-B. Cette campagne, menée par le Réseau SMES et relayée largement à travers ses partenaires, a permis de diversifier nos outils de communication. Un groupe Facebook a, par exemple, été créé. Nommé « So Smes » et accessible via [www.facebook.com/groups/sosomes](http://www.facebook.com/groups/sosomes), il réunissait nos membres et des sympathisants, soit près de 500 affiliés. Cet outil nous a permis de communiquer nos revendications et diffuser une pétition.

Le troisième moyen utilisé pour la diffusion de l'information et le renforcement de la connaissance – et reconnaissance – réciproque des secteurs de la santé mentale et du social est la publication. Comme nous l'avons déjà expliqué dans le volet consacré aux Tables d'échanges, 2013 est l'année qui a accueilli la parution de la brochure « A la rencontre de la personne sans-abri : Complexité et intrication des précarités sociales et mentales – Table d'échanges 2010 du Réseau SMES-B ». Ce travail, fruit de rencontres entre acteurs de terrain et invités spécialisés, a été rendu possible par une mise en débat soutenu par des orateurs de qualité, dont l'implication montre que les préoccupations du Réseau SMES sont bien l'écho des problématiques rencontrées.

### 5.3.1. Perspectives

Une des préoccupations de l'année 2014 sera de développer ce volet de visibilité des projets intersectoriels temporaires ou non dont nous parlions ci-dessus, via la création en ligne d'une bibliothèque de documentation mettant en avant les pratiques innovatrices à la frontière du social et de la santé mentale.

Il s'agit également de poursuivre les réflexions sur la modification du site internet, avec l'aide pratique de l'asbl Vertige, en collaboration avec les partenaires. Dynamiser le Réseau demande de pouvoir renforcer sa visibilité auprès de ses membres et de communiquer avec pertinence ainsi qu'avec des moyens concordant avec les évolutions technologiques actuelles. Nous disposons maintenant des moyens de répondre à cet objectif. Notre ambition pour 2014 est aussi de parvenir à intégrer ce projet au sein d'une stratégie de communication cohérente et globale.

## 5.4. Animation du Réseau

La coordination du Réseau SMES facilite la synergie entre les différentes activités du SMES-B et relaye les informations de et vers ses partenaires des secteurs du social et de la santé mentale. Elle constitue l'axe autour duquel s'articulent les demandes et préoccupations des acteurs de terrain confrontés à la complexification des situations traitées avec le public-cible. Elle offre également différents espaces de rencontres intersectorielles mettant en réflexion et en débat des problématiques cliniques – comment travailler la demande sociale d'un usager en difficulté psychique ? – ou institutionnelles – comment faciliter la collaboration entre des institutions aux missions et champs d'actions qui ne se rencontrent pas naturellement ou pas forcément ?.

Dans les faits, cette animation se traduit par l'organisation de cycles d'Intervisions et de Tables d'échanges avec la recherche d'intervenants ou d'orateurs, la création d'un agenda, la promotion des événements et la récolte des formulaires d'inscription. Plusieurs rencontres avec les orateurs ou intervenants sont nécessaires afin de poser le cadre de ces rencontres. La coordination du Réseau SMES n'y étant pas présente – bien qu'elle puisse y être si sa présence est requise par le groupe – il est important qu'elle s'assure que le cadre des rencontres est compris par tous. La coordination organise également un débriefing avec les co-animateurs, après chaque cycle d'intervisions.

Ce travail de facilitation des liens entre les différents professionnels/institutions se manifeste également par une présence de la coordination du Réseau SMES sur le terrain – entendez par là sa visibilité et son accessibilité aux acteurs de terrain. Un numéro de gsm et une adresse mail sont largement diffusés au bénéfice des associations. La coordination sert ici de centralisation des demandes et, si elle n'est pas toujours capable d'offrir une réponse, est chargée de les orienter vers les acteurs pertinents. Elle agit comme une « base de données », un « répertoire » de l'intersectoriel.

Le Réseau SMES-B a également poursuivi son implication dans plusieurs projets d'envergure dont celui du RAPS – Réseau d'Accompagnateurs Psycho-Sociaux.

En 2013, une des missions importantes allouées à l'animation du Réseau SMES-B constituait à mobiliser le secteur associatif et les citoyens en vue d'appuyer une demande de subvention plus structurelle de la Cellule d'Appui du SMES-B. Environ 500 personnes ont marqué leur soutien en devenant membres du groupe Facebook « So SMES ». 1.143 personnes ont, quant à elles, signé la pétition « SO SMES : soutien aux professionnels travaillant avec les plus précaires ».

En 2013, la coordination du réseau SMES a participé à différents groupes de travail, d'une part, renforçant la visibilité du projet et, d'autre part, renforçant la circulation des informations, questionnements, constats, inquiétudes et bonnes pratiques entre les secteurs de la santé mentale et du social. Quelques exemples de groupes de travail :

- « Soins psychiatriques à domicile » – Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale de Bruxelles – Capitale (PFCSM) ;

- « Logement et Santé Mentale » – Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale de Bruxelles – Capitale (PFCSM) ;
- Structures d'Hébergement Non Agréées (SHNA) – La Strada ;
- Inter Réseaux – Réseau Bruxelles Est et Projet 107 Titeca–Saint-Luc Est de Bruxelles ;
- Concertation Sans-Abri – La Strada ;
- Collaborations avec le Projet 107 Hermès Plus ;
- « Coordination précarité » - Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale » ;
- SMES – Europe.

La coordination du Réseau SMES est également intervenue lors de deux présentations de résultats de rapports :

- Intervention sociale et santé mentale : problématiques intriquées, métier renouvelé. Présentation de la recherche-action « réseau d'accompagnateurs psycho-sociaux », 14 avril 2013 ;
- Présentation de la publication : « A la rencontre de la personne sans-abri : Complexité et intrication des précarités sociales et mentales », SMES-B, mai 2013.

#### *5.4.1. Perspectives*

Dans le futur, la coordination du Réseau SMES devra se pencher sur la mise en ligne, via le nouveau site internet, d'un répertoire d'acteurs – qu'ils soient inscrits comme partenaires ou non – de la santé mentale et du social. Celui-ci devra donner la possibilité de rejoindre le site des associations – en cliquant sur un lien – afin de trouver de plus amples renseignements et devra, au minimum, offrir une classification thématique des institutions, allant bien au-delà de « acteurs du social » ou « acteurs de la santé mentale ». Le champ étant étendu et la liste des acteurs gargantuesque, une solution – qui devra être discutée avec les partenaires et peut-être même avec un groupe de travail spécifique – pourrait être de renvoyer – en cliquant sur un lien – l'internaute vers le site des différentes Fédérations, Plateformes... détenant déjà la plupart de ces informations.

Le travail de lien intersectoriel devra être poursuivi à travers le développement et la mise du jour du nouveau site, l'organisation des rencontres – Intervisions et Tables d'échanges – et la participation aux groupes de travail initiés par d'autres acteurs/partenaires.

#### *5.4.2. Exemples de collaborations*

##### *5.4.2.1. Première rencontre Inter Réseaux*

Le travail en Réseau est d'abord et avant tout connaître et reconnaître l'autre – l'autre institution, l'autre association ou service, l'autre professionnel – dans sa particularité, son domaine d'expertise et son professionnalisme. C'est aussi respecter l'autre dans ce qu'il a de différent, dans la manière différente dont il s'est organisé, dans la philosophie différente qui le sous-tend, dans son travail de terrain et dans sa singularité à créer les outils nécessaires à sa légitimation et à son développement. C'est sur base de cette évidente nécessité d'un « autre » pour travailler en Réseau que la coordination du Réseau du SMES-B a participé à la première rencontre Inter Réseaux organisée par les coordinateurs du Projet 107 Titeca–Saint-Luc Est de Bruxelles et du Réseau Bruxelles Est.

La première étape était de constater que, sur un territoire aussi limité que l'Est de Bruxelles, treize réseaux cohabitaient. Treize réseaux actifs – au minimum – sur cette zone, avec leurs missions et objectifs spécifiques, avec leurs méthodes de travail, leurs groupes de travail et leurs outils particuliers que nous ne connaissions pas – ou du moins sur lesquels nous n'avions parfois qu'une connaissance théorique. Autant d'opportunités de rencontres et de partages – éventuels – de savoir-faire et expertises...



#### 5.4.2.2. Participants à la rencontre

Sur ces treize Réseaux, tous ont répondu positivement à la proposition de rencontre faite par les coordinateurs du Projet I07 Titeca–Saint-Luc Est de Bruxelles et du Réseau Bruxelles Est. Dix initiatives étaient effectivement présentes ou représentées autour de la table, le 10 octobre 2013 :

- Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale
- Projet ABC – VBH
- Réseau Dépendance Bruxelles Est
- Réseau Internement à la Cour d’Appel de Bruxelles (Santé Publique)
- Réseau Multidisciplinaire Local
- Santé Mentale et Exclusion Sociale : Réseau et Cellule d’Appui
- Trajet de Soins Internés Medium Risk
- Trajet de Soins pour Adolescents pour la zone de la Cour d’Appel de Bruxelles
- Projet I07 Titeca–Saint-Luc Est de Bruxelles
- Réseau Bruxelles Est

#### 5.4.2.3. Objectif

L’objectif de cette rencontre Inter Réseaux actifs – au minimum – sur l’Est de Bruxelles était de se connaître et de se reconnaître les uns les autres, dans nos spécificités, nos différences, mais également dans ce qui nous rassemble dans une certaine définition de la prise en charge. Les trois heures de rencontre ont permis à chacun de présenter son réseau dans ses missions et objectifs, une méthode à la fois simple et efficace qui a clôturé la réunion sur deux questions : Nos initiatives sont-elles sous-tendues par une philosophie commune ? Et, si oui, est-il possible de partager des outils – brochures, site internet, groupes de travail, Intervisions, concertations... ? La rencontre s’est clôturée par un tour de table manifestant unanimement le désir de se retrouver pour continuer le travail. En 2014, plusieurs rencontres sont planifiées.

### 5.5. Projet Réseau d’Accompagnateurs Psychosociaux – RAPS

Le Projet Réseau d’Accompagnateurs Psychosociaux réunit huit institutions différentes, chacune détachant un membre de son personnel 4 heures par semaine, pour favoriser le décloisonnement et le travail intersectoriel entre la santé mentale et le social. Concrètement, l’assistante sociale d’un hôpital, par exemple, a eu l’opportunité de sortir des murs de son établissement pour faire du travail à l’intersection du social et de la santé mentale en compagnie d’autres travailleurs émanant de structures très diversifiées. Concrètement, le projet s’est réalisé en partenariat avec le service social de la psychiatrie du CHU St Pierre, Diogènes, Pierre d’Angle, la Maison d’Accueil Socio-Sanitaire – MASS –, le service de santé mentale Rivage / Den Zaet, le Réseau Hépatite C, Entr’Aide des Marolles et l’Espace Social Télé-Services.

Les accompagnateurs psycho-sociaux étaient épaulés par la Cellule d’Appui du SMES-B, notamment par des rencontres permettant de mettre « sur la table » des situations problématiques, pour lesquelles les travailleurs se sentaient dans l’impasse. Ce projet novateur s’est doublé d’une recherche menée par Anne SLIMBROUCK, médecin diplômé en Santé Publique, qui a suivi ces travailleurs. Elle a pu procéder à des interviews individuelles et à l’animation de réunions de réflexion quant à la pratique d’accompagnement psycho-social.

Cet événement a été l’occasion d’étudier les diverses manières de mettre en pratique le nouveau métier d’accompagnateur psycho-social. Le Réseau SMES a proposé de le mettre en pratique dans le cadre du projet Housing First.

Le rapport de cette recherche-action a été présenté publiquement le 19 avril 2013. Il est disponible sur le site internet du SMES-B – <http://www.smes.be/que-disons-nous/recherches-publiees-par-le-smes-b>).

## 6. Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique

Le SMES-B s'est associé à l'étude menée par l'INAMI et Médecins du Monde, concernant l'accès aux soins des populations vulnérables en Belgique. Même si le Livre Vert qui en découlera ne sera publié et présenté que l'année prochaine, en 2013, les coordinateurs de la Cellule d'Appui – Patricia Schmitz – et du Réseau – Sébastien Alexandre – en ont coécrit la partie traitant de l'importance du travail intersectoriel entre Santé Mentale et Exclusion Sociale, relayant ainsi les constats et préoccupations des travailleurs de première ligne.

Ce texte traite des difficultés de prises en charge d'une population cumulant diverses précarités – psychique, sociale et financière – par des travailleurs de terrain qui ne sont pas toujours sensibilisés à la dimension intersectorielle du travail en réseau. Ce cumul de précarités – complexes et intriquées – rend difficile l'accès aux soins de santé mentale, d'une part parce les institutions – de la santé et du social – travaillent selon des logiques différentes, et, d'autre part, parce que cette population en grande précarité est souvent dans le déni de la maladie psychiatrique. Les professionnels de la santé mentale sont ainsi souvent rejetés par les personnes sans-abri davantage préoccupés par la satisfaction de leurs besoins primaires.

Toutefois, cette complexité de prise en charge n'est pas uniquement liée à la grande précarité. Elle est de plus en plus visible chez les populations financièrement « sur le fil », entraînant des comportements aux conséquences psycho-médico-sociales désastreuses où, même si l'accès aux soins semble possible – et facilité par certaines politiques en matière de santé – il n'en est pas moins retardé trop fréquemment par un budget trop étreint. Les travailleurs sociaux deviennent de plus en plus souvent le détecteur d'un problème psychique qui n'est pas encore pris en charge.

---

## V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES DU SMES-B

---

Même si le SMES-B a connu des moments difficiles, il n'en a pas moins poursuivi ses missions, dans sa philosophie de travail à l'intersectorialité de la santé mentale et de la précarité. Il s'intègre parfaitement dans le paysage associatif bruxellois. Il contribue au rassemblement de constats et recommandations qu'il relaye de manière intersectorielle et vers les pouvoirs publics. Il offre un lieu de concertation aux travailleurs de terrain malmenés par la complexification des situations vécues par le public-cible dans sa double problématique sociale et psychique.

2014 verra un élargissement et une stabilisation, en tout cas provisoire, de l'équipe de la Cellule d'appui : reconduction de la convention Outreach avec Source et Sint-Alexius, reprise du projet SASLS, remplacement de l'infirmière psychiatrique, engagement d'un travailleur social. Ce nouveau cadre permettra à la Cellule d'appui de développer ses modes d'intervention autour de différents axes – intervention clinique autour de situations individuelles, interventions et formation collectives – et d'élargir son réseau de partenaires, notamment vers les institutions « connexes » aux partenaires initiaux qui s'adressent de plus en plus à elle (CPAS, SAJ, AIS, maisons médicales...). Cela dit, le déploiement et la pérennisation des activités de la Cellule d'appui repose la question de son financement. Obtenir un financement plus structurel permettrait non seulement de stabiliser l'emploi existant mais également de l'augmenter en diversifiant les fonctions professionnelles.

Par une formalisation de son expertise en matière de santé mentale avec un public précarisé, la Cellule d'appui participera activement à la redéfinition de l'identité du SMES-B, essentielle dans la recomposition en cours dans le champ de la santé mentale.

Avec l'appui de la coordination du Réseau, elle travaillera à la diffusion de sa méthodologie spécifique à l'intersection entre la santé mentale et le social, tant sur le terrain que dans des lieux de concertation et de réflexion. Elle visera

enfin à articuler ses activités cliniques et réflexives à celles des autres dispositifs du SMES-B entre autres sur les aspects de communication, de représentation et d'interpellation politique.

2013 a vu la concrétisation du Projet Housing First, pensé et défendu depuis plusieurs années par les membres du Réseau SMES-B. Les moyens sont fort limités et les besoins du public très élevés, mais les premiers constats sont encourageants. Ils témoignent d'une bonne adhésion de la part des locataires, d'une amélioration déjà tangible de leur état et de l'amorce d'un travail de fond sur du long terme seul à même de soutenir le maintien en logement des plus fragiles et précarisés. Gageons que les financements du projet pourront permettre cet accompagnement au long cours et inscrire le modèle Housing First comme nouveau pilier des politiques sociales et de santé de prise en charge des sans-abris.

2014 sera pour le Housing First l'année de l'extension. Au moins trois personnes supplémentaires seront mises en logement et accompagnées, sans doute davantage grâce à la poursuite de nos contacts avec différents opérateurs de logements. Nous œuvrerons à consolider la place du projet au sein du secteur et à mettre en place des synergies permettant d'asseoir sa complémentarité avec les autres services aux sans-abris. L'équipe affinera encore ses méthodologies d'intervention, adaptant son accompagnement aux réalités des locataires et au tissu psycho-médico-social bruxellois. Nous développerons la communication sur le modèle et sa mise en œuvre, afin de partager nos constats et pistes de réflexions.

En 2014, le Réseau poursuivra son travail dans le respect des quatre missions qui lui sont assignées : décloisonnement des secteurs de la santé mentale et du social, soutien de pratiques intersectorielles innovantes, poursuite de la création d'une boîte à outils favorisant l'intersectorialité et intensification des liens entre partenaires.

La coordination du Réseau travaillera également à la facilitation des collaborations entre les différents projets du SMES-B afin de permettre aux coordinations respectives de la Cellule d'appui et du Housing First de se reposer sur la possibilité d'une représentation extérieure, leur offrant ainsi la possibilité d'une plus large visibilité sans pour autant compliquer leur travail de terrain. Pour ce faire, le SMES-B organisera, en 2014, une journée de réflexion institutionnelle, rassemblant tous les salariés des différents projets et les membres du Conseil d'Administration.