

SMES – B
Santé Mentale & Exclusion Sociale-Belgique

Recherche qualitative relative au fonctionnement
de la Cellule d'appui médico-psychologique d'intersection
entre la santé mentale et l'exclusion sociale

RAPPORT DE RECHERCHE

Mars 05

Sous la Coordination du Dr Jean-Pierre ERMANS

Stéphanie BRUNET
Gilles HACOURT
Bernard HORENBEEK
Reza KAZEMZADEH
Dr Jenny KRABBE
Patricia SCHMITZ
Dr Serge ZOMBEK

A l'initiative :

du Collège Réuni de la CCC
Commission Communautaire Commune
représenté par les Ministres Jos CHABERT et Didier GOSUIN

et

du SMES-B
représenté par Paul PREUD'HOMME et le Dr Serge ZOMBEK

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION

1.1.	Partenaires ayant conclu la recherche	1
1.2.	La mission et les limites de la recherche	1
1.3.	Historique de la Cellule : le contexte d'une démarche globale	1
1.3.1.	Les ateliers d'échange et perspectives	2
1.3.2.	Les groupes d'intervision	3
1.3.3.	L'ébauche de la Cellule	3
1.4.	La place du chercheur	3
1.5.	Qui a piloté et rédigé la recherche ?	4

2. LE TRAVAIL DE L'EQUIPE DEPUIS SA MISE EN PLACE

2.1.	La Cellule et ses repères	4
2.2.	Le public	5
2.3.	Le territoire d'intervention	5
2.4.	Les modalités d'intervention de la Cellule	5
2.5.	Les hypothèses de travail et le couple médico-social	7
2.5.1.	Un travail centré sur l'utilisateur	7
2.5.2.	La clarification des zones d'intervention des différents partenaires impliqués dans la prise en charge de l'utilisateur	8
2.5.3.	Un travail d'accompagnement de l'utilisateur et de « son » institution	8

3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE-ACTION

3.1.	La méthode de recherche	9
3.2.	Les outils de recueil des données	10
3.1.1.	La Cellule d'appui	10
3.1.2.	Les organisations partenaires	10
3.1.3.	Les usagers	11

4. OBSERVATION DEGAGEES DE LA RECHERCHE

4.1.	Quelques données statistiques concernant la Cellule d'appui	12
4.1.1.	Les situations	12
4.1.2.	Profil des usagers	13
4.2.	Vignettes cliniques	15
4.2.1.	Introduction	15
4.2.2.	Vignette clinique n°1 : Monsieur Jacques	15
4.2.3.	Vignette clinique n°2 : Monsieur Farzad	19
4.2.4.	Vignette clinique n°3 : Agnès	21
4.2.5.	Observations transversales	23
4.3.	Evaluation de la Cellule par les partenaires institutionnels	24

4.3.1.	Circonstances dans lesquelles les partenaires font appel à la Cellule	24
4.3.2.	Les aspects positifs et négatifs des interventions de la Cellule	25
4.3.3.	Les effets positifs et négatifs des interventions de la Cellule	26
4.3.4.	Suggestions et pistes de travail	27
4.4.	Evaluation de la Cellule par les usagers	27

5. CONCLUSIONS : LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

5.1.	Le processus de fragmentation du lien usager-institution	28
5.2.	Les effets de la Cellule sur les services partenaires	29
5.2.1.	L'intervention de la Cellule introduit une autre parole dans l'institution	
5.2.2.	L'intervention de la Cellule apporte ou renforce une sécurité de base dans l'institution partenaire	
5.2.3.	La capacité de travailler en réseau renforce le réseau lui-même	
5.3.	La méthodologie	30
5.4.	Proposition d'orientation de travail et de priorité politique	30
5.4.1.	Maintenir les institutions sociales dans leur offre de service actuelle, de type généraliste	
5.4.2.	Augmenter les ressources humaines de la Cellule	
5.4.3.	Création d'une pharmacie sociale	
5.4.4.	Création d'une infirmerie dans tous les foyers d'accueil	

6. SAMENVATTING VAN HET ONDERZOEKSRAPPORT 33

7. ANNEXES

Annexe n°1 :	Questionnaire pour les institutions partenaires et autres
Annexe n°2 :	Liste des institutions partenaires
Annexe n°3 :	Tableaux de statistique

**Recherche qualitative relative au fonctionnement de la
Cellule d'appui médico-psychologique d'intersection
entre la santé mentale et l'exclusion sociale**

Rapport de recherche

2. INTRODUCTION

2.1. Partenaires ayant conclu la recherche

La recherche-action dont le rapport suit a été menée à l'initiative conjointe du Collège réuni de la Commission communautaire commune, représentée par Jos CHABERT et Didier GOSUIN, membres du Collège réuni au moment de la signature de la convention, et par le SMES-B, représenté par Paul PREUDHOMME et Serge ZOMBEK, tous deux coprésidents. La recherche a porté sur un dispositif mis en œuvre par le SMES, la Cellule d'appui, pour en étudier les actions et dégager des perspectives de développements et/ou de (ré)orientation. Par extension, les institutions représentées au sein du SMES-B peuvent être tenues pour partenaires de la recherche d'autant qu'elles y apparaîtront en tant que « bénéficiaires relais » des interventions de la Cellule d'appui et, dans ce cadre elles y seront nommées « institutions partenaires ».

2.2. La mission et les limites de la recherche

La convention définit très précisément la mission. Cette dernière inclut : la description du dispositif (la Cellule d'appui dans les fondements de ses actions et les modalités de ses fonctionnements) ainsi que l'évaluation des actions développées en réponse aux demandes des institutions dites « partenaires » du projet en ces moments (en quelque sorte privilégiés) où l'utilisateur présente une souffrance psychique particulièrement difficile à aborder par les équipes de terrain et où une simple réponse de référence risque de produire un peu plus de fragmentation de la prise en charge. En outre, la recherche vise à formuler des propositions d'amélioration de l'organisation des interactions entre la Cellule et les partenaires. Enfin, il s'agit également de produire des propositions d'orientation du travail avec ces populations et des priorités politiques susceptibles d'avoir un impact positif sur ces situations au départ des services concernés (précision de certaines de leur mission, adaptation de leur cadre institutionnel pour répondre mieux à ces problématiques, etc.). La recherche devait être fondée sur des données de type qualitatif et ce, plus particulièrement au travers d'études de cas. Enfin, les situations « cliniques » destinées à étayer la recherche comportent une dimension sociale (la grande pauvreté) et une dimension sanitaire (souffrance psychique majeure).

2.3. Historique de la Cellule : le contexte d'une démarche globale

Le développement de la Cellule n'a de sens que parce qu'elle se conçoit dans la démarche globale du SMES-B. Le travail de la Cellule se fonde dans une histoire longue de 10 ans au cours de laquelle des intervenants du champ 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.

Le SMES-B est né il y a plus de dix ans de la rencontre de professionnels des secteurs de la santé mentale et de ceux du domaine de l'exclusion sociale, plus particulièrement ceux aux prises avec des personnes souffrant de grande précarité.

Le constat fondateur de cette rencontre tient dans la difficulté de répondre de manière adéquate aux difficultés des personnes qui cumulent une situation de précarité extrême et des problèmes médico-psychologiques.

Cette 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 est-ce plutôt l'inverse ? ». 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 :

- elle ne donne pas de piste quant aux processus à mettre en place ;
- elle ne soulage pas les souffrances du public ;
- elle ne donne aucune indication quant à la question de l'origine du problème.

Il fallait qu'ensemble les acteurs des deux champs acceptent ce constat : les problématiques vécues par les personnes en grande précarité sociale et souffrant de troubles psychiatriques présentent des spécificités et une complexité auxquelles les acteurs ne peuvent répondre individuellement.

Comment dès lors construire ensemble des réponses adaptées ?

Il fallait d'abord identifier ce qui empêchait les deux secteurs de travailler ensemble. Les spécificités des cadres et des philosophies de travail des secteurs respectifs rendent difficile l'élaboration de pratiques appropriées. De ce constat, a émergé l'idée d'élaborer ensemble de nouvelles manières de travailler. Il s'agit d'investir l'intersection pour produire des manières de travailler innovantes en se centrant 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'utilisateur ? 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 ?

Ainsi, trois axes d'élaboration ont été empruntés depuis la naissance du SMES-B:

2.3.1. Les ateliers d'échange et perspectives

Ce sont des temps de rencontre organisés autour de thèmes particuliers, avec des invités. Ils offrent l'occasion de dépasser les problématiques concrètes des usagers pour globaliser des questions structurelles, sectorielles, intersectorielles, les enjeux éthiques et politiques.

2.3.2. Les groupes d'intervision

Rassemblant chaque mois des travailleurs des deux secteurs, ils rendent possible la réflexion, l'interpellation et l'élaboration collective autour de situations concrètes. Dans chaque groupe, une dizaine de travailleurs issus des champs de la santé mentale et de l'exclusion sociale, partagent leurs questionnements, certaines impuissances, leurs pistes de réponses, leurs compétences, leurs divergences et convergences. Ensemble, ils tentent de comprendre les impasses des réponses qu'ils mettent en œuvre et esquissent des pistes pour essayer de dépasser les obstacles. Partageant le souci de répondre aux usagers, ces rencontres singulières croisées des regards, des cultures, des pratiques confrontent chacun à ses représentations, ses limites et ses ressources potentielles. Ces groupes génèrent l'intersection : ne plus être seuls pour penser des réalités qui semblent dépasser nos compétences et créer un espace qui permet et autorise à innover ensemble.

Ces rencontres tissent du lien entre les travailleurs qui s'y rencontrent, et par contagion entre les institutions d'où ils viennent, créant en cascade autant d'espaces potentiels de collaborations au bénéfice des usagers, autant de caisses de résonance des questions « importées » par chacun dans le service dans lequel il travaille.

2.3.3. L'ébauche de la Cellule

C'est de ces premières démarches d'intervision qu'émane l'idée de la Cellule mobile. Face à certaines impasses, à l'impossibilité de faire se rencontrer les personnes les plus précarisées et les services susceptibles de les aider, a surgi cette initiative : aller ensemble là où se posent, se vivent les impasses. Ces impasses se vivent le plus souvent ailleurs que dans les espaces socialement construits pour y répondre (l'hôpital, le service de santé mentale, etc.). Il semblait donc indispensable de compléter la démarche d'intervention à celle d'intervision : aller rencontrer les personnes et les intervenants, construire ensemble, en garantissant à l'utilisateur 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 mobile, 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.

2.4. La place du chercheur

Comment intégrer un observateur/analyste dans un processus qui s'impose une dimension d'intervision, c'est-à-dire de construction « collégiale » et circulaire d'un mode d'intervention qui vise avant tout à éviter la fragmentation, le découpage, la délégation, la rupture des liens, si ce n'est par l'inclusion, l'immersion dirions-nous, du chercheur dans le dispositif qu'il doit observer. Au quotidien, c'est-à-dire aux côtés des membres de la Cellule dans leurs actions vers les partenaires et/ou les usagers, le chercheur a fait acte de présence et d'observation « visible », d'interrogations « parlantes » afin qu'une véritable « interaction évaluative » s'instaure. C'est ainsi qu'il a participé à l'étude des situations cliniques depuis l'appel téléphonique demandant une intervention jusqu'à la réunion de synthèse et/ou de coordination

une fois la « crise » dépassée. De même, le chercheur a pu participer aux réunions de « staff de pilotage » qui réunissent régulièrement l'équipe et les promoteurs de la Cellule d'appui et interagir de façon permanente avec l'ensemble des personnes « intéressées ». De ce fait, les difficultés personnelles que le chercheur a présentées au cours de la recherche et qui ont handicapé de façon très significative sa contribution n'ont pas eu les conséquences dramatiques que nous aurions pu craindre. Dans la mesure où les membres de l'équipe et les membres du comité de pilotage ont été de façon continue, en quelque sorte, les premiers « bénéficiaires » du processus d'observation-évaluation/recommandation et ce, au travers de tous les échanges qui se sont déroulés au cours de la vie « naturelle » de la Cellule d'appui, le *modus operandi* de la recherche-action a pu être assez facilement activé par eux lorsque le chercheur fut contraint à l'abandon.

2.5. Qui a piloté et rédigé la recherche ?

Le Comité de pilotage de la Cellule a donc « accompagné » la recherche au mois le mois, au travers de ses rencontres « naturelles » avec le chercheur et son objet d'investigation (la Cellule) ; il a pu régulièrement « interroger » le chercheur sur l'état d'avancement et les orientations en cours et il lui a prodigué conseils et avis en fonction. Ce pilotage rapproché a permis, en fin de convention, lorsque le chercheur a connu une incapacité totale de travail, la réappropriation par les membres du Comité de pilotage de toutes les données d'observation et des analyses intermédiaires en sorte que la rédaction a pu être menée avec succès, in fine.

3. LE TRAVAIL DE L'EQUIPE DEPUIS SA MISE EN PLACE

2.1. La Cellule et ses repères

L'équipe de la Cellule mobile est pluridisciplinaire et composée d'une psychiatre, d'un psychologue et d'une assistante sociale, tous trois à temps partiel, ce qui représente 1,5 ETP pour l'ensemble de l'équipe.

Elle a son siège rue Rempart des Moines n°78 à 1000 Bruxelles.

Une permanence téléphonique est assurée par les membres de l'équipe, de 9 à 17 heures, du lundi au vendredi. Ces plages de permanence, en regard du temps de travail de l'équipe, sont le premier indicateur de la volonté de disponibilité de celle-ci.

Le SMES-B bénéficie d'une double subsidiation de la COCOF, renouvelée chaque année depuis 2 ans, en provenance des Affaires Sociales et de la Santé. Ces subsides permettent d'engager l'assistante sociale et le psychologue. La psychiatre est détachée de « Rivage-den Zaet », service de santé mentale de la COCOM.

Si les trois fonctions professionnelles, assistant social, psychologue et psychiatre, s'articulent pour créer une compétence pluridisciplinaire, cette double subsidiation permet que chacune des fonctions professionnelles soit aussi renforcée par une assise politique appartenant au social ou à la santé. Le jeu de ping-pong laisse la place à un jeu d'interactions dans l'équipe dans laquelle chaque fonction a son inscription propre et autonome tout en étant potentialisée par l'autre.

Le profil des membres de l'équipe n'est pas anodin : chacun assume totalement sa fonction professionnelle.

La Cellule travaille surtout avec le réseau en discutant avec lui d'un projet qui fait sens pour lui en telle sorte qu'il peut se l'approprier. Elle évite ainsi de prendre la place de relayeur. Ce travail s'appuie sur une multitude de référence tant systémique, analytique, que médicale et est agrémenté d'une solide dose de bon sens.

Ce travail est abordé chaque semaine en équipe pluridisciplinaire et tous les mois, un Comité de pilotage réunit les travailleurs de la Cellule et des membres des institutions partenaires et élabore autour d'une ou plusieurs situations cliniques particulière.

2.2. Le public

Il concerne toute personne rencontrée par les institutions ou partenaires du SMES-B (maisons d'accueil, services de santé mentale, gardes psychiatriques, travailleurs de rue, organisation non gouvernementale, etc.) et présentant des troubles mentaux, réactionnels ou non, aux situations d'exclusion prolongées.

Les caractéristiques essentielles de ces personnes sont d'une part, la rupture majeure des liens sociaux (personnes sans abris ou sans domicile fixe) et d'autre part, l'existence d'un blocage du projet social, un épuisement ou des inquiétudes des intervenants à leur égard. Dans 30% de la population des « sans-abri », on peut noter la présence de troubles mentaux. Les problèmes physiques graves sont nombreux dans cette population. Trop souvent, ces personnes n'ont pas de liens stables et refusent toute forme de soins médicaux ; leur « espace de liberté » est à ce prix, pourrait-on dire.

Depuis la création de la Cellule en janvier 2002, le nombre d'institutions faisant appel à la Cellule tend à sortir du cadre des partenaires initiateurs du SMES-B. De plus, on constate qu'au-delà de cette hausse quantitative du nombre d'institutions demandeuses, la nature des activités de ces institutions se diversifie fortement (maisons médicales, logements sociaux, etc.).

2.3. Le territoire d'intervention

Le territoire d'intervention de la Cellule est concentré au centre de Bruxelles mais s'étend à la Région de Bruxelles-Capitale et ses 19 communes ou plus.

2.4. Les modalités d'intervention de la Cellule

Toutes les demandes d'interventions sont sollicitées soit par contact téléphonique, soit par contact direct lors des rencontres avec les institutions partenaires. Elles peuvent être formulées par toute l'équipe ou par des intervenants privilégiés de la situation qui pose problème.

Chaque nouvelle requête est examinée et discutée en réunion d'équipe. Au cours de ces discussions, la Cellule définit les modalités de rencontre avec le « système demandeur » et éventuellement avec le « système client ».

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, un épuisement des intervenants ou des inquiétudes de leur part vis-à-vis de leur usager. Celui-ci n'a parfois pas de demande ou formule des demandes autres que celles qui peuvent être entendues dans le cadre institutionnel. La Cellule 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, etc.

Tout en évitant d'agir dans la précipitation, un temps maximum d'une semaine s'écoule entre la demande et l'intervention proprement dite. Deux membres de l'équipe sont désignés en fonction de leur disponibilité mais, plus prioritairement, en fonction de leurs compétences particulières vis-à-vis de la situation exposée.

En raison de cette caractéristique de « mobilité », la Cellule a fait le choix de rencontrer préférentiellement le « système demandeur » sur son lieu de travail et le « système client » sur son ou ses lieux de vie. Etant donné la diversité des institutions avec lesquelles l'équipe est amenée à travailler, ainsi que des problématiques pluridimensionnelles des usagers, elle ne peut pas appliquer une méthode standardisée mais, au contraire, une approche flexible et créatrice.

La première rencontre avec l'utilisateur se fait, dans la mesure du possible, en présence du travailleur qui le connaît le mieux ou qui a créé, avec ce dernier, le plus de liens.

La prise en compte par la Cellule 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 ».

Les discussions avec les différents intervenants visent à 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). Elles tentent également 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.

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.

De par la « fonction de tiers » et la position spécifique de la Cellule, située à l'intersection entre la santé mentale et l'exclusion sociale, l'objectif principal de l'activité est de créer un espace intermédiaire de travail qui tienne compte à la fois des désirs et besoins des clients, mais aussi des craintes et des limites individuelles et/ou institutionnelles des partenaires demandeurs.

2.5. Les hypothèses de travail et le couple médico-social

Le grand intérêt de « la Cellule d'appui médico-psychologique d'intersection entre la santé mentale et l'exclusion sociale » 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 n'est pas de prendre en charge l'insertion de l'utilisateur ni de se désintéresser de son insertion. Il faut par contre travailler pour rendre l'insertion possible, ce qui implique un travail de clarification spécifique qui se situe à plusieurs niveaux :

2.5.1. Un travail centré sur l'utilisateur

Comme cela sera précisé plus bas, l'utilisateur effectue rarement une demande isolément ; la demande vient le plus souvent de l'institution qui en a la charge. Par expérience, la Cellule sait que si une institution l'appelle, cet appel concerne une situation nécessitant une réponse urgente. En effet, les utilisateurs se trouvent souvent en danger 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. La réponse de la Cellule 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.

S'il peut être opportun de rencontrer l'utilisateur (le plus souvent en présence du travailleur qui le connaît le mieux), la simple prise en compte de l'utilisateur dans sa totalité avec ses aspects médicaux, psychologiques, familiaux, sociologiques, économiques, etc. peut par sa fonction de liaison permettre de transformer une situation de crise en mouvement mutatif pour l'utilisateur. Mais cette même intervention peut aussi avoir des conséquences contraires et exacerber des états de décompensation psychotique, somatique ou comportementale.

Il n'y a donc pas de stratégie généralisable, mais bien 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.

2.5.2. La clarification des zones d'intervention des différents partenaires impliqués dans la prise en charge de l'utilisateur

Comme le dit Siegi HIRSCH, « le plus grand danger que l'on court c'est d'être amoureux d'un modèle de pensée : cela entraîne une attitude paranoïde vis-à-vis des autres modèles (du modèle social pour le médical, du modèle médical pour le social) et peut dégénérer en bagarres institutionnelles ». Cette étape de clarification est essentielle si l'on souhaite éviter des passages à l'acte et notamment une nouvelle exclusion de l'utilisateur.

Il faut garder à l'esprit que si on sollicite la Cellule pour intervenir en institution, cela signifie que les modèles précédents mis en œuvre par l'institution ont été mis en échec. Dit autrement, les envoyeurs sont en échec quand ils envoient, alors qu'ils ont le plus souvent « essayé le maximum ».

Par ailleurs, l'utilisateur qui fréquente ces institutions a le plus souvent établi avec elles une relation qui évolue depuis longtemps ; le travail avec l'envoyeur devient dès lors prépondérant (à l'instar d'une famille qui sollicite pour son enfant) ; 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.

On assiste donc souvent à une mise en échec du modèle de l'institution par l'utilisateur d'une part, et une relation intense et privilégiée entre celui-ci et l'institution d'autre part. Il est donc impératif d'élaborer les causes de l'échec si l'on ne veut pas courir le risque de « se repasser le paquet » : c'est le jeu de ping-pong cité plus haut.

Or il y a souvent un tabou qui pèse sur l'analyse de l'interaction avec l'envoyeur, 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

L'hypothèse est qu'il existe au SMES B, de par sa filiation à un couple constitué par deux compétences politiques distinctes, la santé et le social, un effet de triangulation entre les institutions sociale et médicale : 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 agirait à tous les niveaux de fonctionnement de l'association SMES-B : Conseil d'administration, groupes d'intervision, Comité de pilotage, Cellule, etc. Ainsi, la Cellule serait plus attentive quand survient ces situations bien connues de jeux de ping-pong où l'utilisateur bientôt usagé est renvoyé indéfiniment entre les institutions sociale et médicale sans qu'aucune décision d'aide ne soit proposée, aux institutions ou à l'utilisateur.

En conclusion de cette hypothèse, la Cellule se trouve dotée, structurellement, d'un outil bien utile pour être plus attentive à déjouer les pièges de la « non analyse » des conflits entre institutions sociale et médicale, et à lever quelque peu les tabous propres à chaque institution.

2.5.3. Un travail d'accompagnement de l'utilisateur et de « son » institution

La Cellule 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. Il est évident que lorsque les capacités psychiques d'une personne sont dépassées, il est illusoire d'espérer réinsérer à tout prix dans un cadre donné. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de pression, éducative par exemple, mais c'est une pression, nous l'espérons, qui accepte en même temps la progression, la régression et la stagnation.

Le dépassement de la crise pour laquelle la Cellule a été sollicitée, s'effectue par une élaboration prudente de la relation usager-institution, où chacun va progressivement personnaliser son identité par rapport à l'autre : l'utilisateur, qui devra renoncer un peu à sa place d'exclus social, l'institution qui va devoir soumettre à la question son cadre de travail.

Le credo de la Cellule, « Le but de ses interventions sera de les rendre superflues le plus vite possible », est aujourd'hui toujours valable. Si elle s'efforce de ne pas remplacer les organisations existantes, il apparaît que, parfois, la réorientation prend beaucoup de temps (34% des usagers), même des années, et que la Cellule doit rester disponible pour reprendre le fil après une réorientation.

3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE-ACTION

Conformément à la Convention avec l'Observatoire de la Santé et du Social, cette recherche évaluative comporte plusieurs objectifs. Le premier est « la description et l'évaluation du ou des processus mis en œuvre par la Cellule d'appui en réponse aux demandes des institutions partenaires pour leurs usagers et visant à arrêter le cycle de fragmentation sociale ». Le deuxième concerne « la formulation de propositions visant à l'amélioration de l'organisation et des méthodes de travail des services qui font appel à la Cellule ». Une réunion du Comité d'accompagnement de la recherche a précisé qu'il devait s'agir de propositions d'ordre général au bénéfice du secteur social et du secteur de la santé mentale. Le troisième objectif porte sur « la formulation de propositions d'orientations de travail et de priorités politiques en vue de la prise en charge du public en termes de missions des services concernés, de mandats, de cadre institutionnel, etc. ». In fine, l'objectif sous-jacent est que les personnes exclues socialement souffrant de troubles mentaux auxquelles s'adressent les partenaires de la Cellule d'appui et la Cellule d'appui elle-même soient les principaux bénéficiaires des améliorations qu'une telle évaluation pourrait induire.

Comme nous l'avons précisé dans le chapitre précédent, nous pensons que le travail avec les personnes exclues socialement et présentant des troubles psychiques passe par une compréhension des racines et des mécanismes d'un phénomène qui fondamentalement apparaît de nature médico-psycho-sociale, bien plus que sociale ou médicale.

Dans cette dynamique, et parce que nous pensons que les approches exclusivement symptomatologiques des phénomènes les isolent du contexte global dans lequel ils évoluent, nous avons opté pour la recherche vers une démarche qui se voulait plus explicative que descriptive et plus qualitative que quantitative.

7.1. La méthode de recherche

Pour atteindre les différents objectifs assignés à cette recherche, la méthode choisie a permis de mettre en œuvre différentes techniques de recueil de données, l'analyse s'inscrivant dans une perspective d'évaluation. Évaluer, c'est attribuer de la valeur, produire du sens aux discours et aux actions des partenaires du dispositif étudié en mettant en œuvre des techniques de recherche qui permettent une analyse distanciée de ces discours et ces actions.

Le travail d'évaluation a été mené sur base d'une part, de la littérature scientifique existante en matière d'évaluation et d'autre part, de la littérature émanant de professionnels du travail social qui ont tenté d'établir diverses démarches évaluatives. Ces savoirs et savoirs-faire définissent des balises au travail d'évaluation, ainsi que des procédés éprouvés par ailleurs.

L'évaluation porte sur différentes dimensions : sur la finalité du dispositif qui renvoie à une certaine conception de la prise en charge des personnes souffrant de problèmes psychiatriques et en grande exclusion ; sur les buts du dispositif qui sont la traduction concrète des finalités ; sur les objectifs opérationnels que les promoteurs souhaitent voir mis sur pied et fonctionner matériellement, dans les faits, dans la réalité quotidienne ; sur les moyens du dispositif qui sont les instruments dont les concepteurs du projet pensent devoir et/ou pouvoir disposer pour le rendre effectif. Ces moyens peuvent être d'ordre politique, économique, humain, technique, etc.

Pour appréhender ces différents niveaux, la recherche doit inclure les différents acteurs du dispositif : Cellule d'appui, partenaires, usagers. Les techniques de recherche mises en œuvre diffèrent selon les acteurs considérés, mais toutes relèvent d'une démarche qualitative. Le travail d'évaluation porte sur les pratiques des différents acteurs. La notion de pratiques est à comprendre dans son acception sociologique : elle recouvre tant les actions que les discours, les seconds ayant, tout comme les premières, des effets, directs ou indirects, réels.

7.2. Les outils de recueil des données

7.2.1. La Cellule d'appui

Pour appréhender et analyser les pratiques des travailleurs de la Cellule d'appui, différents outils ont été mis en œuvre.

Tout d'abord, la lecture de tous les documents produits par l'équipe (rapport d'activités, documents internes tels que P.V. de réunion, liste des demandes adressées à la Cellule, etc.) ont permis de comprendre le contexte institutionnel et organisationnel et le fonctionnement de l'équipe. Ces documents apportent aussi un éclairage sur les questionnements de l'équipe quant à l'adéquation des modes d'intervention de la Cellule et son objectif (produire des modes d'intervention appropriés aux personnes en particulier en facilitant l'accès de ces personnes aux soins les plus adéquats) et sur les réponses apportées par l'équipe, en termes de méthode d'intervention.

Le chercheur a également participé aux différentes réunions de travail de l'équipe : réunions d'équipe et réunions du comité de pilotage. Il a également participé aux rencontres avec diverses organisations, dans leurs locaux ou dans celui de la Cellule qui avait comme objectif de faire connaître le travail de la Cellule et de créer ou de faciliter les collaborations.

Cette participation s'inscrit dans une démarche sociologique d'observation « in situ » (ou observation directe) qui repose sur l'observation, l'écoute et des entretiens non-directifs avec les travailleurs de la Cellule. Il ne s'agit pas d'une observation participante dans la mesure le chercheur n'était pas à proprement parlé un membre de l'équipe.

Pour terminer, le recueil de données sur les pratiques de l'équipe s'est complété d'un dispositif particulier : des réunions ont été instaurées entre le chercheur et l'équipe afin de rendre compte de l'évolution de la recherche et de réfléchir ensemble à certaines dimensions du travail. Ce dispositif permet une réappropriation, par les acteurs du travail, en cours.

7.2.2. Les organisations partenaires

Les partenaires sont essentiellement des institutions du secteur social (maisons d'accueil, asiles de nuit, travailleurs de rue, etc.) ou le volet social d'organisations œuvrant dans plusieurs secteurs d'activités. Les acteurs du social sont davantage en demande d'un appui de la Cellule que le secteur de la santé mentale.

Les données recueillies auprès des partenaires l'ont été de deux manières différentes. Tout d'abord, le chercheur a accompagné l'équipe lors de ses interventions auprès des équipes ou membres d'équipes partenaires. Pour des raisons à la fois méthodologiques et déontologique,

cet accompagnement n'a eu lieu que dans les situations où l'intervention se faisait sans la présence de la personne.

Ensuite, le chercheur a procédé à l'administration d'un questionnaire semi-directif et d'un entretien avec une « personne de référence » (document en annexe 1).

À la demande du chercheur, la Cellule a mis à jour une liste des organisations partenaires. On y a distingué 10 partenaires fondateurs et 34 autres services qui sont devenus partenaires par la suite. Pour chacun, une « personne de référence » a été identifiée, essentiellement celle avec laquelle la Cellule a eu le plus de contact (document en annexe 2).

De cette liste, il a été décidé de sélectionner, parmi les partenaires plus récents, ceux avec lesquels la Cellule a effectivement collaboré autour d'au moins une demande depuis un an. L'objectif était de s'assurer la récolte des informations sur des expériences réelles et qui font appel à une mémoire encore existante chez le partenaire (ne serait-ce que par la présence de la « personne de référence »). Les centres hospitaliers n'ont pas été repris, car par leur taille et la séparation marquée entre les services, il a été difficile d'identifier un répondant précis pour l'enquête.

Concernant les partenaires fondateurs, un service a été écarté puisque la nature de son travail ne permettait pas la collaboration autour des usagers. Par contre, des permanences ont été assurées sur le lieu de travail, ainsi que des rencontres avec l'équipe.

Le chercheur a contacté par téléphone chacun des partenaires retenus, au nombre de 16. Il a informé la « personne de référence » du souhait de la voir collaborer à la présente évaluation en répondant à un questionnaire semi-directif. Avec son accord, ce document lui a été envoyé. Pour les partenaires fondateurs, ce dernier devait servir à préparer un entretien (seule, en équipe, etc. selon sa convenance).

7.2.3. Les usagers

Rappelons que le public visé par les interventions de la Cellule d'appui est celui rencontré par les institutions partenaires du SMES-B ou non (maisons d'accueil, services de santé mentale, gardes psychiatriques, travailleurs de rue, organisation non gouvernementale, etc.) et présentant des troubles mentaux. Les caractéristiques essentielles de ces personnes sont d'une part, la rupture majeure des liens sociaux et, d'autre part, l'existence d'un blocage du projet social, un épuisement ou des inquiétudes des intervenants à leur égard.

Il avait été prévu d'évaluer le travail de la Cellule également au départ de l'avis des personnes qui ont bénéficié de son intervention. Mais ces personnes sont dans une situation telle qu'il est difficile de recueillir leur avis. Une telle démarche nécessite un mode d'approche et l'établissement d'une relation de confiance qui demande du temps. Les contraintes liées à l'exécution de la recherche n'ont pas permis de réaliser ce volet de l'évaluation.

8. OBSERVATION DEGAGEES DE LA RECHERCHE

8.1. Quelques données statistiques concernant la Cellule d'appui (tableaux statistiques en annexe 3)

8.1.1. Les situations

Les demandes

Le nombre des demandes fluctue pendant l'année. Il apparaît que les demandes sont plus nombreuses en hiver et juste avant et après les vacances d'été, surtout en 2002.

Le nombre de demandes est plus élevé pour l'année 2002 (N=55). L'équipe, étant plus grande, a pu maintenir un contact intensif avec les institutions fondatrices émanant du secteur social. Pendant l'année 2003 (N=36), la Cellule a vu le départ de l'assistant social et, quelques mois plus tard, la venue de sa remplaçante, tandis que le médecin en formation est devenu psychiatre et a dû quitter la Cellule également. L'équipe, ainsi réduite, a concentré ses efforts sur l'élaboration d'un réseau avec les services de santé mentale. Les contacts avec les équipes des services du secteur social ont diminué, ce qui a engendré une baisse des demandes.

Il faut mentionner également que dans la région de Bruxelles, une équipe spécialisée pour réfugiés s'est mise sur pied (« Ulysse »), composée de psychologues et d'assistantes sociales. Une partie des usagers a été orientée vers cette équipe par les institutions, tandis que la Cellule a pu collaborer pour des cas où leurs usagers présentaient des troubles psychiatriques importants.

Il faut s'attendre à une stabilisation du nombre de nouvelles demandes autour d'une cinquantaine par année. Nombreux sont les dossiers qui restent ouverts d'une année à l'autre (environ 50%), et auxquels s'ajoutent de nouvelles situations.

La réorientation des demandes (N = 91)

34% des personnes pour lesquelles il est fait appel à la Cellule sont réorientées vers des structures permettant une prise en charge pour un plus long terme. Mais il y a encore beaucoup de travail à faire pour que les réorientations deviennent plus courantes.

Les demandes émanant des usagers

La demande abordée ci-dessus ne concerne que celle des institutions avec lesquelles la Cellule travaille. Il faut savoir que dans 90% des cas, il n'y a pas de demande de l'utilisateur. Et par ailleurs, dans 96% des cas, l'équipe montre l'existence d'une problématique psychologique. Dans 4%, il n'y a pas de trouble identifié.

Les demandes sont adressées au départ des inquiétudes des intervenants, et vu ces chiffres, on peut postuler l'adéquation de s'adresser à la Cellule. On peut aussi mettre en corrélation la non demande avec le type de démarche spécifique de la Cellule. Une des questions que cela soulève est celle de la légitimité de l'intervention en dehors de la demande. Question éthique

et souvent aussi institutionnelle, venant bousculer les cadres conceptuels habituels, là la Cellule a pris une optique différente des réponses habituelles du type : si la personne demande, on intervient, sinon il faut attendre qu'elle soit prête.

8.1.2. Profil des usagers

Quelques données générales

Lorsque l'on considère tous les usagers rencontrés en 2002 (N=55) et 2003 (N=36), il y a 18 nationalités différentes et les entretiens ont été menés dans 4 langues différentes ou encore avec l'aide d'interprète. 38% des usagers sont de nationalité belge.

Lorsqu'on analyse les données croisées du sexe et de l'âge pour le même échantillon, on constate que le nombre d'hommes diminue avec l'âge alors que le nombre de femmes augmente. Le pourcentage de femmes au-delà de 50 ans est de 30%.

63% des personnes rencontrées vivent dans une institution, 12% vivent chez des proches, 20% vivent dans la rue.

47% des usagers bénéficient de revenus de remplacement divers, mais aucun de ceux-ci ne peut en profiter au moment des premiers contacts avec la Cellule étant donné leur rupture sociale à ce moment. Cette situation socio-économique est donc à distinguer des 17% d'usagers qui n'ont aucun revenu de remplacement. Notons encore que 23% sont demandeurs d'asile et que la plupart reçoivent une aide matérielle concrétisée au travers d'une prise en charge et d'un hébergement.

Profil psychologique des usagers

54% de la population adressée à la Cellule a déjà effectué une démarche psychiatrique antérieurement à l'intervention de la Cellule d'appui ce qui témoigne de la répétition des tentatives d'établir des liens sociaux et donc des situations de rupture avec les professionnels de la santé mentale. L'autre moitié se partage entre les demandeurs d'asile (21%) qui n'ont pas eu de contact préalable avec les services de santé et un groupe pour lequel il n'y a pas de réponse (25%). Ce dernier groupe correspond vraisemblablement aux usagers ayant un profil psychotique (voir ci-dessous).

La recherche de facteur déclenchant de type environnemental aboutit à la conclusion que dans la majorité des situations, il est question de difficultés liées au logement et à l'environnement social. Il n'est que rarement évoqué des difficultés relationnelles avec la famille ou le conjoint.

Lorsqu'on établit le détail des diagnostics psychiatriques, il apparaît que parmi les femmes, on trouve souvent soit une psychose (schizophrénie ou trouble délirant persistant), soit un trouble dépressif, tandis que chez les hommes, les troubles dépressifs et les troubles liés à l'alcoolisme sont plus fréquents.

Données spécifiques concernant les usagers souffrant de psychose

Dans la population adressée à la Cellule, la psychose est fréquente. Les cas de schizophrénie, de trouble délirant persistant et de psychose représente 28% (15 dossiers sur un total de 91 dossiers traités en 2002 et 2003). Si on retire les demandeurs d'asile, dont le pourcentage de psychose est identique à la population générale, on arrive à 32%. Les commentaires qui suivent sont effectués sur base de ces 28% de patients souffrant de psychose parmi la population qui nous a été adressée.

La répartition de la psychose selon le sexe

La psychose est plus fréquemment rencontrée chez les femmes (58%) que chez les hommes (42%) et nous constatons que ce sont justement les symptômes de la psychose qui causent la perte du logement et entraînent l'errance chez les femmes.

La répartition de la psychose selon l'âge

La psychose est présente dans 35% de la population au-delà de 50 ans avec un creux important entre 41 et 50 ans (9%). Ce creux correspond à l'intersection de la courbe ascendante des femmes et descendante des hommes en fonction de l'âge pour la totalité de l'échantillon. Dans la population tous profils confondus, cela représente 19% au-delà de 50 ans (la moyenne d'âge du psychotique est de 40 ans).

La répartition de la psychose selon l'état civil

Nous constatons qu'aucune des personnes souffrant de psychose n'a de partenaire ; elles sont donc fort isolées.

Démarches psychiatriques antérieures

46% de la population psychotique adressée à la Cellule a déjà bénéficié d'une aide psychiatrique hospitalière ou ambulatoire. Seuls 8% des personnes n'ont eu aucun contact préalable avec un service de santé mentale. Pour 46%, nous n'avons pas pu obtenir ces renseignements.

Difficultés liées aux facteurs d'environnement

Parmi la population souffrant de psychose, plus de la moitié a des problèmes de logement. L'errance internationale est un phénomène que nous avons rencontré dans trois dossiers traités en 2003.

Données spécifiques concernant les usagers demandeurs d'asile

Il nous a semblé pertinent de réserver un chapitre de notre rapport à cette population tant les problématiques qu'elle rencontre sont spécifiques que ce soit au niveau du profil général, du plan psychique ou du point de vue du mode d'intervention de la Cellule à leur égard.

Profil général

23% des personnes rencontrées sont des demandeurs d'asile. Parmi eux, 79% sont des hommes (alors que la proportion d'hommes et de femmes est identique lorsqu'on exclut les demandeurs d'asile).

63% des demandeurs d'asile rencontrés sont iraniens, ce qui s'explique en partie par la présence du psychologue de l'équipe, lui-même originaire d'Iran.

La moitié des demandeurs d'asile sont mariés, 39% sont célibataires et 11% divorcés ou séparés. Dès lors, seuls 5% vivent seuls (contre 20% du reste de la population générale).

53% des demandeurs d'asile vivent dans un centre d'accueil pour réfugiés. La présence des demandeurs d'asile dans notre population, de plus hébergés dans un centre d'accueil, entraîne un travail de consultation plutôt classique : consultations dans les locaux de la Cellule d'appui, prescriptions médicamenteuses si nécessaire et psychothérapie.

Profil psychologique

Les diagnostics les plus souvent posés sont : troubles de l'adaptation, dépressions réactives à la situation et troubles de stress post-traumatique. Il s'agit rarement d'une psychose, mais très souvent de conflits réactionnels. Ainsi, le profil des demandeurs d'asile se démarque très nettement de la population générale et avec un profil épidémiologique différent des psychotiques.

8.2. Vignettes cliniques

8.2.1. Introduction

Les trois situations qui suivent illustrent la méthode de travail de la Cellule. Elles sont présentées avec le souci d'interroger les hypothèses évoquées ci-dessus (*cf.* chapitre 2).

- l'exclus social est soumis à un modèle institutionnel qu'il met en échec activement, passivement, consciemment ou inconsciemment ;
- l'exclu social adopte un mode de fonctionnement qui, au travers d'un comportement, de troubles psychologiques ou somatiques, exprime une position de victime ; ce fonctionnement est par essence incompatible avec la capacité de demander ;
- l'exclusion a une origine qui doit être recherchée par une approche globale et cohérente du système qui interroge la dynamique relationnelle entre l'utilisateur, l'envoyeur et l'intervenant tout en gardant à l'esprit que cette dynamique n'est pas la cause de l'exclusion, mais que l'exclusion prend sens dans la dynamique.

8.2.2. Vignette clinique n°1 : Monsieur Jacques

En juin 2002, un travailleur de rue d'un service bruxellois fait appel à la Cellule pour qu'une rencontre s'organise concernant Monsieur Jacques, 53 ans, vivant en rue depuis 6 ans. La raison de cette demande porte sur l'inquiétude des travailleurs de rue à l'égard de l'état de santé très précaire de ce monsieur. En effet, il est très souvent ivre et présente des troubles de

la mémoire à un point tel qu'il ne reconnaît pas les travailleurs qu'il voit pourtant fréquemment. L'objectif de cette intervention serait de trouver une solution d'hébergement avant l'arrivée de l'hiver.

Il est convenu de rencontrer Monsieur Jacques ensemble afin de travailler avec lui le fait d'intégrer une structure appropriée. Le psychologue de la Cellule, accompagné d'un travailleur de rue, rencontre donc Monsieur Jacques le 02/07/2002. On peut le trouver à un endroit précis, au centre de la ville. Nous apprenons lors de cette rencontre que Monsieur dort parfois dans un centre d'accueil de nuit mais uniquement quand le personnel de ce centre le lui propose, jamais de sa propre initiative.

Quelque temps après, Monsieur Jacques est orienté via les urgences d'un hôpital dans une unité gériatrique où nous l'y rencontrons de nouveau, toujours accompagné d'un travailleur de rue. Les raisons de cette hospitalisation sont, en plus de son alcoolisme, son besoin de soins médicaux, notamment le traitement de la gale, ainsi que d'une série d'exams complémentaires qui révéleront que Monsieur a été victime de coups et blessures à plusieurs reprises. Lors de cette entrevue, Monsieur semble perdu, sa notion du temps est altérée et il exprime son envie de quitter le service dans lequel il se trouve et ceci, le plus rapidement possible. Nous prenons alors contact avec l'assistante sociale de l'unité gériatrique et prévoyons avec elle la remise en ordre de sa mutuelle ainsi que de sa situation sociale globale. Un contact entre le médecin traitant de ce service et le médecin psychiatre de notre Cellule confirme l'état de santé fragile de monsieur. En effet, un retour en rue lui serait sans doute fatal. Une cure de désintoxication lui est proposée mais est très vite remise en question par son désir pressant de quitter l'unité. Une mesure de mise en observation est alors envisagée mais une erreur administrative empêchera cette mesure d'aboutir. Un deuxième essai n'est pas envisagé étant donné l'amélioration de l'état de santé général du patient.

Si l'équipe de l'unité nous communique qu'elle n'est pas en mesure de garder le patient plus longtemps contre sa volonté, alors que tous les soins médicaux nécessaires lui ont été prodigués, elle se montre néanmoins prête à l'admettre de nouveau si cela s'avère nécessaire.

La Cellule et l'assistante sociale de l'unité prennent alors contact avec une maison de repos. Nous proposons à Monsieur Jacques d'aller visiter cet endroit pour qu'il puisse nous donner sa réponse par la suite. En plus de cette visite, nous organisons un entretien entre le responsable de l'institution concernée, l'assistante sociale de l'unité gériatrique, le patient et nous-mêmes. Monsieur nous montre d'emblée sa résistance à l'idée d'être enfermé. Ceci nous amène à renégocier un entretien ultérieur avec le responsable auquel viendront se joindre les travailleurs de rue. Finalement, Monsieur accepte de faire une période d'essai. Etant donné qu'il est très sensible au fait de pouvoir rester libre de ses allées et venues, nous avons négocié qu'il pouvait effectivement quitter la maison de repos quand il le désirait dans les limites du règlement institutionnel.

Quelque temps plus tard, Monsieur est prié de quitter la maison de repos en raison de son comportement agressif. Après un court séjour en rue, il est de nouveau admis au sein de l'unité gériatrique dans laquelle il avait été hospitalisé auparavant mais où un règlement plus strict que lors de son précédent passage lui est imposé par l'assistante sociale (respect des horaires, gestion de son alcoolisme, etc.).

Pendant un certain laps de temps, la Cellule n'a plus de contact direct avec Monsieur. Les travailleurs de rue quant à eux maintiennent ce lien.

En juin 2003, le patient sera vivement encouragé à quitter les lieux étant donné sa propension à ne pas respecter les règles de la maison. Il retourne donc dans la rue. En octobre qui suit, les travailleurs de rue font de nouveau appel à la Cellule car l'hiver approche et la santé de monsieur, qui s'était améliorée avec son hospitalisation, se dégrade fortement.

Quand nous rencontrons alors Monsieur, il ne se souvient ni de nous, ni des travailleurs de rue ; il apparaît inerte jusqu'à ne plus être capable de marcher. Le psychologue de la Cellule décide de reprendre contact avec l'unité gériatrique qui refuse de ré-hospitaliser Monsieur et préconise un lieu plus adapté où le règlement serait plus souple. Une deuxième tentative auprès du médecin de l'unité est faite par le médecin-psychiatre de notre service. Il en ressort que Monsieur peut réintégrer l'unité mais à condition qu'il soit orienté par les urgences d'un hôpital général. Nous faisons part de cette donnée aux travailleurs de rue et nous voyons donc contraints d'attendre que le patient soit dans un état grave pour pouvoir faire appel aux urgences.

Durant l'hiver 2003, une réunion s'organise entre la Cellule et les travailleurs de rue qui semblent avoir trouvé une structure privée plus adaptée à la personnalité et à la problématique du Monsieur Jacques. Celui-ci accepte sans trop de difficultés d'intégrer cette pension mais ses importants troubles de la mémoire entraînent qu'il ne se souvient plus qu'il y est hébergé et donc n'y revient pas quand il part se promener. Ce sont les travailleurs de rue qui, à diverses reprises, le retrouvent en rue et tentent de le ramener dans son logement. De commun accord, il est décidé avec les travailleurs de rue que nous partageons la tâche de retrouver et de reconduire Monsieur Jacques. Nous faisons le souhait qu'à la force de notre détermination, Monsieur finira par s'accrocher à cette structure et à en mémoriser l'adresse. Par ailleurs, la Cellule garantit à la maison d'accueil le suivi de ce patient tant à un niveau psychologique que médical. Nous prenons également contact avec l'administrateur de biens de Monsieur Jacques afin d'avoir la garantie du paiement régulier de son hébergement.

En décembre 2003, alors que monsieur a de nouveau quitté le lieu qui l'accueillait, son responsable nous fait part des difficultés de l'équipe à travailler avec cet usager. Ses absences récurrentes pendant plusieurs jours, son alcoolisme ainsi que des problèmes de cohabitation, sont autant de facteurs qui expliquent que la pension où il vit demande à ce qu'il soit suivi psychiatriquement avant d'être de nouveau admissible chez eux.

Les travailleurs de rue et la Cellule rencontrent alors les travailleurs de la pension afin de redéfinir leur suivi respectif. Pour nous, il faut faire preuve de plus de persévérance avant d'envisager d'exclure Monsieur de nouveau de cette structure. Cette dernière accepte de le reprendre et, pendant deux mois, il y reste de manière régulière et son état de santé s'améliore considérablement.

Le médecin-psychiatre de notre service rencontre Monsieur durant cette période, parvient à obtenir des renseignements sur son anamnèse, inconnus jusqu'alors, et lui prescrit des vitamines B.

Au début du mois d'avril 2004, nous apprenons par les travailleurs de rue que Monsieur a quitté la pension quinze jours auparavant. Un mois après cette « escapade », la structure nous informe qu'il est revenu. C'est la première fois que Monsieur Jacques réintègre son logement de sa propre initiative.

Cette intervention sur le long terme a suscité chez nous des réflexions portant sur trois axes.

Tout d'abord, la question de la demande ressort de cette vignette clinique. Monsieur Jacques, comme une grande partie des usagers de la Cellule, n'a, à la base, exprimé aucune demande. Celle-ci émanait clairement de l'équipe des travailleurs de rue qui a fait appel à notre service. A divers moments de ce suivi, les différents intervenants se sont heurtés au fait que Monsieur Jacques démontrait par ses actes que ce qui avait été mis en place n'était pas adapté à ses souhaits (ou possibilités) mais bien à ceux des professionnels. Dès lors, même s'il est clair que notre méthodologie de travail indique que nous n'intervenons que sur base de la demande d'un professionnel, nous devons dans la plupart des situations nous confronter au décalage entre les différentes demandes. Entre en jeu alors un travail à effectuer autour de ces demandes, qui consiste à faire se rencontrer les attentes et désirs éventuels de l'utilisateur avec les inquiétudes et contraintes institutionnelles des travailleurs. Cette renégociation de la demande peut déboucher sur un remodelage partiel de celle-ci voire à sa redéfinition complète.

Cette problématique de la demande nous amène au second axe de notre réflexion, à savoir la question de l'urgence. Il est évident que pour pouvoir cerner les attentes de l'utilisateur, que celles-ci soient exprimées sous la forme d'une demande ou pas, il convient de créer une véritable relation avec celui-ci. Or, établir une relation authentique n'est envisageable que dans une perspective à moyen ou long terme, d'autant plus quand le partenaire de cette relation vit une précarité importante, avec toute la méfiance et la désillusion que cela implique. Pourtant, il n'est pas rare que les professionnels fassent appel à nous quand ils se sentent eux-mêmes pris dans une certaine urgence. Urgence qui, dans le cas de Monsieur Jacques, nous a été exprimée à un niveau tant psychologique que social et médical. La difficulté avec cette notion d'urgence est qu'il n'existe pas de consensus permettant de la définir de manière unanime. Ce qui revient à dire que chaque secteur de travail avec lequel collabore la Cellule appréhende l'urgence avec une logique qui lui est propre. Conscients de ce fait, nous avons choisi qu'au lieu de « coller » à cette urgence en agissant dans la précipitation, et ainsi risquer de ne pas tisser de lien avec l'utilisateur, nous préférons prendre le temps de créer la relation, d'analyser les desiderata des différents protagonistes et d'élaborer un projet commun à ceux-ci et à notre service. Relativiser l'urgence est parfois la première étape à franchir avant d'entamer toute intervention.

Enfin, le dernier point sur lequel il nous apparaît indispensable de nous arrêter et dont le cas de Monsieur Jacques est une illustration, est celui du travail de collaboration entre professionnels. Loin d'être évident, le travail en réseau est pourtant essentiel pour parvenir à accompagner un usager de la manière la plus adéquate possible. Entre en ligne de compte la personne elle-même avec sa ou ses problématiques, son histoire, ses désirs ou non-désirs ainsi que chaque professionnel intervenant dans la situation donnée, avec sa philosophie de travail propre mais aussi celle de l'institution dont il émane. Sans oublier d'ajouter à ceci nos propres modalités de travail avec toutes les spécificités que cela implique. Pour parvenir à une cohérence dans tout ceci, nous avons jugé plus qu'utile de mettre en place des rencontres fréquentes entre les différents protagonistes gravitant autour d'une situation. Et, au-delà de ces réunions ciblées autour d'un usager, nous tentons de maintenir un contact régulier avec les institutions du réseau.

8.2.3. Vignette clinique n°2 : Monsieur Farzad

Au mois de février 2004, une demande de la part d'un service social néerlandophone pour personnes sans-abri nous a été faite concernant Farzad, 34 ans, d'origine iranienne et souffrant, d'après l'assistante sociale de ce service, de fortes angoisses ainsi que d'une méfiance telle envers la police de son quartier qu'il était inconcevable pour lui de réintégrer son logement de peur de l'y croiser. Par ce fait, Monsieur dormait à cette époque dans un centre d'accueil d'urgence bruxellois ainsi que chez des amis ou, en dernier recours, dans la rue.

La médecin-psychiatre de la Cellule ainsi que l'assistante sociale se sont donc rendues sur place afin de rencontrer ce patient en présence du professionnel demandeur. Il ressort de cet entretien que Farzad est effectivement envahi par la peur de se faire arrêter en vue d'une hospitalisation, voire d'être tué par la police ainsi que par les travailleurs représentant le CPAS en charge de son dossier. Il s'avère, en effet, que Farzad se soit fait contrôler par la police quelque temps auparavant. Il se plaint d'une voiture qui stationnerait devant chez lui régulièrement pour le surveiller. Il souffre d'angoisse paralysante et dort très peu. Toutefois, Farzad ne nous décrit rien qui puisse correspondre à des hallucinations.

D'un point de vue familial, les parents et la sœur de ce patient vivent en Iran alors que son frère vit en Allemagne. Il n'a plus de contact avec sa famille et ceci, depuis six mois au moment de la rencontre.

Notre médecin-psychiatre décide de lui prescrire du Zyprexa à raison de 10 mg par jour.

Nous convenons ensemble que Farzad rencontre le psychologue de la Cellule une fois par semaine, ainsi que notre psychiatre, à un rythme mensuel.

Dès les premiers entretiens psychothérapeutiques, une relation de confiance s'établit avec le patient et celui-ci y assiste toujours de manière régulière.

Nous allons à présent relater les axes principaux de dix mois de suivi de ce patient, car il s'avère important de les rapporter davantage dans le détail.

Au cours des premiers entretiens, nous avons appris que Farzad se trouvait en Belgique depuis avril 2003. Il a introduit une demande d'asile qui s'est conclue, après une première réponse négative, par une acceptation lui permettant de quitter le centre d'accueil qui l'hébergeait et ainsi prétendre à une aide financière du CPAS et donc à la location d'un logement privé.

C'est de cette façon qu'en janvier 2003, il intègre son appartement et s'inscrit à des cours de néerlandais à raison de quatre jours par semaine. Tout se passe bien pour Farzad jusqu'à ce qu'il veuille changer de logement et que son propriétaire refuse de lui rendre sa garantie locative. Il fait alors appel à l'assistante sociale de son CPAS qui ne prend pas sa demande en considération. Un processus de désocialisation s'amorce à travers une impression qu'a Monsieur d'être suivi constamment. Il décide donc de partir en Allemagne où habite son frère. Il y reste un mois et retrouve un logement à son retour en Belgique. Malheureusement, à cause de certains problèmes administratifs, la commune où Farzad fait sa demande de domiciliation refuse son inscription.

En mai 2003, sa problématique s'aggrave. En effet, Farzad se sent de plus en plus épié, d'abord par deux hommes russes, ensuite par deux iraniens travaillant pour la police belge. Au début de l'été 2003, il décide d'aller se plaindre à la police qui ne prend pas ses doléances au sérieux. Afin d'être arrêté et donc mis à l'abri, Farzad cassera le pare-brise d'une voiture de police. Il est donc arrêté et passe une nuit au commissariat. Il dira alors : « Je préfère être arrêté par la police que tué par des espions ».

C'est à partir de ce moment-là que son ressenti paranoïaque prend de l'ampleur à tel point qu'il imagine qu'un complot entre la police, l'assistante sociale du CPAS et un infirmier psychiatrique est monté contre lui, l'objectif de ces personnes étant de le mettre en cage en le désignant comme fou. C'est durant cette période qu'il ne dormira plus chez lui et préférera la rue et les asiles de nuit.

Au moment de notre rencontre avec Farzad, en février 2004, celui-ci ne suit donc plus ses cours, ne dort plus chez lui et ses troubles paranoïaques sont sévères. En entretien, il parle essentiellement de ses craintes de la police.

Après trois mois de suivi thérapeutique et de médication régulière, Farzad accepte de rentrer chez lui de temps en temps. C'est une période durant laquelle il se sent mieux bien qu'il ait encore ses idées fixes. Il nous dit qu'il se sent moins menacé même si cela reste une réalité pour lui.

De notre côté, nous prenons contact avec l'assistante sociale du CPAS et le service social demandeur afin de les tenir au courant de l'évolution de la situation de Monsieur.

En juin 2004, Farzad réintègre son logement définitivement mais demande à un ami de venir vivre avec lui. Afin de lui donner une certaine assurance, notre psychiatre lui délivre une attestation de suivi ainsi que ses coordonnées dans le cas où il rencontrerait un problème quelconque.

En juillet 2004, nous constatons une amélioration significative de son état. Il vit désormais dans son appartement, a repris des cours de néerlandais et a trouvé un emploi à temps partiel dans une école. Toutefois, ses idées paranoïaques l'empêchent d'effectuer certaines démarches à l'extérieur.

En août 2004, son colocataire décide d'aller vivre seul et c'est alors que, suite à un différent avec son propriétaire, Farzad est de nouveau submergé par ses angoisses et son état mental se dégrade autant que son isolement s'accroît. Affolé, il téléphone à la Cellule pour expliquer son mal-être. Il nous apprend que cela fait deux semaines qu'il ne sort plus de chez lui et, de ce fait, ne va plus travailler et n'effectue plus aucune démarche, notamment celle de venir à nos rendez-vous. Le réseau qu'il s'était difficilement construit commence à s'effiloche. Son propriétaire, son employeur, son assistante sociale, ses amis peu nombreux, tous sont sans nouvelles de lui.

A partir de ce moment, nous décidons de changer notre manière de travailler avec Farzad en nous déplaçant à domicile afin de poursuivre son suivi. Nous estimons également important de l'accompagner physiquement dans ses déplacements divers. Nous l'encourageons dans sa prise de médicaments en l'accompagnant à la pharmacie, nous maintenons le contact avec son assistante sociale, nous nous rendons chez son employeur, très compréhensif par ailleurs, afin de lui faire part de la situation difficile de monsieur, une attestation médicale à l'appui, etc.

Grâce à un mois de consultation à domicile et à un travail intensif de maintien de ses liens sociaux, Farzad retrouve une vie sociale ainsi qu'un équilibre certain.

Dans ce cas-ci, nous pensons en effet que le choix d'agir de concert sur la santé mentale du patient ainsi que sur son réseau lui a permis d'éviter une hospitalisation et, par conséquent, un risque de marginalisation complète à sa sortie, très souvent constatée chez des personnes vivant une situation précaire pluridimensionnelle comme celle de ce patient.

8.2.4. Vignette clinique n°3 : Agnès

En février 2004, nous recevons un appel de la Croix-Rouge de Belgique, nous signalant la présence d'une dame sans-abri squattant les escaliers qui donnent accès à leurs bureaux. Elle a élu domicile là depuis près d'un an sans que cela ne pose véritablement problème au personnel. Le problème se situe davantage dans le fait que les bureaux de ce service vont déménager et qu'il semble que cette dame risque de ne plus être tolérée par les locataires suivants. De plus, le personnel de la Croix-Rouge a constaté une dégradation de son état tant au niveau psychique que physique. Son hygiène semble problématique et autant elle sortait encore auparavant autant elle ne bouge pratiquement plus de ces escaliers depuis peu.

La situation présentant un caractère urgent, le déménagement est prévu dans 15 jours, nous décidons en équipe de nous rendre sur place le jour même. Au moment où nous (psychologue et assistante sociale) rencontrons Agnès, elle nous apparaît très incohérente dans son discours et il nous est quasi impossible de tenir une conversation avec elle. Nous pouvons toutefois comprendre qu'elle aurait contracté des dettes par le passé et a, de ce fait, peur de perdre son anonymat. La gravité de son état nous amène à penser à la nécessité d'une hospitalisation et nous décidons de revenir voir Agnès accompagnés de la psychiatre de la Cellule. Entre temps, nous avons eu une conversation avec deux travailleurs de la Croix-Rouge durant laquelle nous avons émis cette option et demandé leur collaboration si cette solution était adoptée. En effet, Agnès a tissé une relation de confiance avec ces personnes qui bavardent avec elle et la nourrissent depuis une année. De ce fait, il nous semblait important d'utiliser ce lien pour optimiser l'accompagnement d'Agnès vers un hôpital le cas échéant.

Une deuxième visite auprès d'Agnès est donc organisée avec notre psychiatre qui constate l'incohérence de la patiente ainsi que des hallucinations auditives et conclut à une psychose de type schizophrénique ou secondaire à des troubles somatiques. Elle souffre également d'un oedème des jambes très important.

De retour dans nos locaux, nous arrêtons ensemble le choix de faire la demande d'une mise en observation pour Agnès qui n'est à l'évidence pas en état de faire une demande d'hospitalisation de son plein gré. Nous contactons alors les travailleurs de rue afin de les interpeller par rapport à cette situation. Notre objectif est que ceux-ci rentrent en contact avec elle afin de maintenir un lien dans le cas où l'hospitalisation ne fonctionnerait pas mais aussi pour qu'elle puisse éventuellement bénéficier d'un suivi à sa sortie d'hôpital si elle se retrouvait de nouveau à la rue. Nous accompagnons donc un travailleur de rue auprès d'Agnès et celui-ci se propose pour aller lui rendre visite lors de son hospitalisation.

Une semaine plus tard, Agnès est hospitalisée. Nous prenons contact avec le service social de l'hôpital afin d'envisager la post-hospitalisation ensemble. Le projet imaginé pour Agnès est

qu'elle intègre un appartement supervisé dès que ses angoisses diminueront et qu'elle se sentira prête. En attendant, elle peut rester autant qu'elle veut au sein de ce service.

Un mois plus tard, nous effectuons la première visite d'une longue série à Agnès. Elle semble aller beaucoup mieux tant physiquement que psychologiquement. Ses propos sont compréhensibles, elle a repris du poids et montre la volonté de prendre soin d'elle. Le travailleur de rue et nous-mêmes sommes les seules visites qu'Agnès reçoit. Elle se dit contente de nous voir.

Au mois de mai 2004, Agnès est en post-cure dans une institution psychiatrique bruxelloise. Nous nous mettons alors en contact avec l'assistante sociale de ce service et mettons le travailleur de rue au courant pour qu'il ne perde pas Agnès de vue.

Lors de notre première visite dans cette institution, Agnès se plaint du fait que personne ne lui explique ce dont elle souffre. Nous lui proposons donc d'en parler à son assistante sociale pour qu'elle puisse trouver réponse à ses questions. Agnès est toujours heureuse de nous voir et nous raconte également les visites de notre collègue travailleur de rue.

Au fur et à mesure de nos visites, la patiente semble aller de mieux en mieux mais est inquiète à propos de sa santé physique car elle souffre de malaises qu'elle ne comprend pas. Nous appuyons donc sa demande d'être auscultée par un médecin.

A la fin du mois d'août 2004, nous prenons rendez-vous avec l'assistante sociale de l'hôpital où Agnès effectue sa post-cure car nous constatons une détérioration de son état. En effet, elle semble triste et ne nouer aucun lien avec d'autres patients. L'assistante sociale nous confirme qu'Agnès ne participe que rarement à des activités internes et ne parle pratiquement à personne. Elle dort très mal et souffre d'angoisses se traduisant par des migraines, des tremblements et des vertiges. Le fonctionnement de ce service fait que les suivis, tant psychologiques que médicaux, ne se font qu'à la demande du patient mais Agnès ne demande rien de peur de déranger les professionnels et bien qu'elle semble en avoir besoin. Nous tentons donc de la rassurer par rapport à cela en lui expliquant qu'elle est en droit de demander un entretien et qu'elle est ici pour être soutenue par les professionnels qui l'entourent. Nous invitons également l'assistante sociale à aller vers Agnès qui est peut-être réticente à l'idée de faire la démarche mais ne refuse pas le contact quand on lui propose.

Fin septembre, un rendez-vous avec l'assistante sociale nous apprend qu'il est envisagé de renvoyer Agnès à l'hôpital qui l'avait accueillie lors de sa mise en observation. En effet, celle-ci ne demandant aucun suivi, il a été jugé préférable qu'elle soit dans une structure plus cadrante d'un point de vue thérapeutique.

Fin novembre 2004, Agnès est de retour en post-cure et bien qu'elle ait toujours beaucoup d'angoisse, son état s'est sensiblement amélioré. Elle-même a fait la demande d'intégrer un appartement supervisé et est soutenue dans son choix par l'institution.

Il apparaît que dans cette intervention, nous n'avons pas pris en charge le suivi thérapeutique d'Agnès à proprement parlé. Toutefois, nous avons tenté d'être là pour elle, à l'écoute de ses besoins et ainsi faciliter la communication et la compréhension de son fonctionnement envers les professionnels de l'institution psychiatrique.

En effet, la tendance d'Agnès à se faire « oublier » des professionnels nous amène à penser qu'il est important de jouer un rôle d'agent de liaison entre elle et eux. Le fait que nous

n'étions pas engagés dans un cadre thérapeutique avec Agnès nous permettait de tenir cette place. Nous tentons également à veiller à ce que son projet à long terme s'inscrive dans une certaine cohérence au travers des institutions qu'elle a traversé et sera amenée à traverser. Nous rendons actuellement encore visite à Agnès car nous pensons qu'elle reste fragile et qu'elle n'est, après cette période de vie en rue, pas à l'abri d'une rechute. Dans ce cas de figure, notre action se situe donc également à un niveau préventif.

8.2.5. Observations transversales

L'exclu social met en échec le modèle des institutions

Le choix des vignettes porte sur des situations suivies par la Cellule durant une période relativement longue ; cela permet d'observer comment l'utilisateur « s'y prend » pour mettre en échec les modèles institutionnels. En effet, tous les usagers, après un moment d'appropriation par la Cellule, sont d'accord de faire une nouvelle expérience institutionnelle. Dans les trois vignettes, après quelques semaines, le modèle institutionnel est questionné : soit l'utilisateur doit mettre un terme à son passage dans l'institution (Monsieur Jacques), soit l'utilisateur s'en va (Farzad), soit il est nécessaire que la Cellule intervienne pour rétablir la communication dans l'institution (Agnès). L'intervention de la Cellule, au moment de la mise en tension du modèle institutionnel, entraîne la triangulation des interactions entre usager et institution et permet alors l'élaboration de la crise qui devient une expérience porteuse de sens tant pour l'utilisateur que pour l'institution. Néanmoins, cette élaboration devra être répétée plusieurs fois, comme dans la vignette de Monsieur Jacques, pour permettre une stabilisation des liens entre l'utilisateur et l'institution.

L'exclus social est placé dans un statut de victime

Qu'il y ait des troubles du comportement comme chez Monsieur Jacques, une angoisse de persécution comme chez Farzad, un fonctionnement schizophrénique comme chez Agnès, il y a diverses modalités de se poser en victime. Comme on l'a vu dans les vignettes cliniques, l'exclus social, quand il est adressé à la Cellule est très souvent une situation à risque (95% des personnes adressées à la Cellule présentent des problèmes psychologiques). Ce risque est lié au danger vital de répéter l'exclusion et d'aggraver la situation comportementale, psychologique ou somatique sous-jacente, situation qui va confirmer l'utilisateur dans son statut d'exclus social. Il est urgent, à ce moment, d'enrayer le cycle de fragmentation du lien social : lever les tabous qui empêchent l'analyse des interactions entre l'utilisateur, l'institution et la Cellule, envisager une aide psychologique ou sur le plan somatique.

L'institution exprime une demande

Les vignettes sont claires à ce propos : les usagers sont placés dans un statut d'objet et ne sont donc jamais demandeurs. Ce sont toujours les institutions qui font les demandes. Ce qui est remarquable, c'est que l'analyse de cette demande montre le plus souvent que l'institution garde le désir de poursuivre son travail avec l'utilisateur alors que cette demande signifie dans le même temps un aveu d'échec dans l'aide apportée à l'utilisateur jusqu'alors. L'institution qui

demande est donc une institution qui a des ressources. Celles-ci vont être bien nécessaires pour mettre l'utilisateur dans un processus relationnel de changement.

L'exclus social avec une problématique psychologique n'appartient plus à aucun réseau

Comme on peut le constater dans les trois vignettes, avant l'intervention de la Cellule, les usagers avaient perdu toute inscription sociale. Il n'y avait plus d'accrochage social ou médical, même la vie de clochard n'était plus envisageable (Agnès). Il est à peu près certain que chacune des trois situations aurait abouti dans un service d'urgence quand les affections mentales ou somatiques se seraient dégradées, service duquel ils auraient été rapidement refoulés.

On pourrait donc dire que la Cellule travaille dans un espace qui n'est occupé par aucune institution, qu'elle soit de type social ou de type médical. Cela est certainement vrai pour les patients ayant des troubles mentaux graves. Ce point justifie à lui seul la mise en place d'une Cellule d'appui à Bruxelles.

8.3. Evaluation de la Cellule par les partenaires institutionnels

Quinze institutions partenaires de la Cellule d'appui ont rempli un questionnaire d'évaluation portant sur la nature de la collaboration avec le SMES-B, les motivations à faire appel à la Cellule, le mode de collaboration activée sur le terrain et les effets de celle-ci sur l'institution et sur les usagers.

Ces quinze institutions se situent pour la grande majorité dans le secteur social (11), les autres dans le secteur de la santé générale (1) et de la santé mentale (3).

Dans le champ du social, ce sont les associations intervenant au niveau de l'hébergement des personnes précarisées (4) et le logement accompagné ou social (3) qui sont les plus représentées. Les autres institutions font du travail de rue (2), du travail social général (1) ou encore de l'accueil de jour (1).

Le questionnaire se présentait sous la forme de questions ouvertes. Le partenaire le remplissait dans ses conditions de travail et le renvoyait à l'évaluateur qui le complétait s'il y avait lieu lors d'une rencontre.

Les résultats de l'enquête sont regroupés en quatre catégories permettant d'approcher les motivations du partenaire à faire appel à la Cellule, les aspects positifs et négatifs des interventions, les effets observés et les suggestions pour la suite du travail. On trouvera entre parenthèse le nombre de fois qu'un item est cité. Toutefois les questions étant ouvertes, des items différents peuvent se rapprocher d'une même idée et un item cité une fois peut être en concordance avec les réflexions d'autres institutions. C'est pourquoi les items sont regroupés autour de thèmes centraux et le nombre de citations est donné à titre indicatif.

8.3.1. Circonstances dans lesquelles les partenaires font appel à la Cellule

Deux grands types de circonstances poussent les partenaires à faire appel à la Cellule d'appui : d'une part, la nécessité de soutenir l'équipe elle-même face à une situation vécue

comme difficile et d'autre part, la nécessité ressentie d'une intervention spécialisée pour un usager. Plus ponctuellement, la Cellule peut servir de lien avec le réseau d'intervenants.

Le soutien de l'équipe

Face à une situation, l'équipe est perdue et épuisée (1), coincée (1), dépassée (3) par la situation posée par un hébergé ou un usager. Elle a besoin d'un appui (2) et de ressources externes (3), soit pour obtenir un avis extérieur et neutre émanant d'un tiers (4), soit pour réaliser un travail d'intervention ou de supervision qui permette de faire évoluer ses pratiques (4) face à la situation difficile.

Le soutien aux usagers

Les partenaires font appel à la Cellule d'appui lorsqu'ils soupçonnent des troubles mentaux (3), voire un risque de décompensation (2) qui nécessite une évaluation (2) par un service outillé en la matière. Cela devient particulièrement utile lorsque la personne est en situation d'urgence ou de crise (4). On fait également appel à la Cellule pour des interventions plus spécifiques en matière de santé mentale, telles qu'un besoin de médication (2), un suivi psychiatrique (3) ou une mise en observation (2). Enfin, si la personne ne veut pas se rendre dans un service de santé mentale (1) ou est en incapacité de le faire au vu de son état (1), la mobilité de la Cellule permet d'entamer un travail.

Le soutien au travail collectif ou communautaire

Les partenaires font parfois aussi appel à la Cellule lorsqu'une personne, de par son état mental, met en péril la vie collective dans l'institution (2). D'un point de vue plus communautaire, la Cellule est en contact avec nombre de services du réseau socio-sanitaire. On fait ainsi appel à elle pour retrouver un usager qui a disparu de la structure et pour lequel on a des inquiétudes (2) ou pour créer plus généralement des liens avec d'autres services (2).

8.3.2. Les aspects positifs et négatifs des interventions de la Cellule

Le travail de la Cellule est apprécié en fonction du positionnement de la Cellule comme un tiers dans l'intervention, en fonction de ses connaissances et compétences, de ses méthodes d'interventions et de sa capacité à travailler en partenariat.

Le positionnement institutionnel

Les partenaires apprécient particulièrement ce rôle de tiers (4) que peut prendre la Cellule dans une intervention et qui permet d'envisager la situation autrement et pour l'équipe demandeuse de prendre du recul (2) indispensable pour rebondir.

Les compétences

On reconnaît à la Cellule des compétences en matière de complémentarité entre l'action psychologique et l'action sociale, notamment grâce à la polyvalence de l'équipe. Par ailleurs, la Cellule dispose d'une série de compétences de base qui sont appréciées par les partenaires au fur et à mesure de leur découverte dans les situations concrètes : connaissances médicales, connaissances de plusieurs langues, capacité de développer des approches

interculturelles, d'avoir une approche globale et systémique des situations, bonne connaissance du réseau d'intervenants.

La capacité à travailler en partenariat

La Cellule offre la possibilité de négocier un cadre de travail (2) avec le partenaire qui crée des contacts positifs (2) et permet une adaptation à l'institution demandeuse et à ses méthodes de travail. Les partenaires se sentent ainsi en confiance (1), entendus et soutenus (3). Ils reconnaissent ainsi à la Cellule une ouverture d'esprit (1) et une qualité de travail (1).

La méthodologie

Seul point sur lequel des aspects négatifs sont pointés, mais le plus souvent comme étant des points à améliorer que comme de réels problèmes de fonds.

Les partenaires apprécient tout particulièrement la rapidité (5) et la disponibilité (4) de la Cellule. On souligne l'importance de sa mobilité (2), de sa souplesse (1) et de sa flexibilité (1). On apprécie le travail préparatoire avant la rencontre avec l'utilisateur concerné par l'intervention (1) ainsi que les suivis et orientations apportés (2) ou les feed-back rendus à l'institution demandeuse.

En terme d'amélioration, les partenaires soulignent l'importance d'élargir le projet en termes de nombre d'emplois consacrés au projet (4) ou d'extension à un travail de nuit (1) pour les structures d'hébergement. On relève également des souhaits d'amélioration sur la manière d'entrer en contact et de s'entendre au départ sur une gestion du temps et de la perception de l'urgence et de la rapidité de réponse et/ou d'intervention. Les partenaires relèvent les flous existants et parfois déconcertants des méthodologies nouvelles en termes de suivi et d'évolution du travail (1) et dans la difficulté à théoriser et formaliser les pratiques de terrain.

8.3.3. Les effets positifs et négatifs des interventions de la Cellule

Pour les institutions

L'intervention de la Cellule modifie le climat de travail. Elle soulage les équipes en débloquent des situations. Les travailleurs se sentent compris et soutenus. Ils savent qu'ils peuvent compter sur la Cellule et se sentent rassurés.

Par ailleurs, les interventions de la Cellule ont modifié des méthodologies de travail. Les partenaires perçoivent un approfondissement de leur réflexion sur le travail mené, constatent un élargissement de leur approche de la personne, la stimulation de nouvelles pratiques.

Pour les usagers

Le premier constat est que les effets sur l'institution ont une influence sur les usagers par l'amélioration qualitative du travail réalisé. Plus spécifiquement, il n'est pas évident de pouvoir pointer clairement plus de « réussite », faute de comparaison possible tout d'abord et, ensuite, de définition claire et commune de ce que peut être une réussite. Plus encore que pour les autres points, les partenaires font état d'impressions subjectives. Sur le plan thérapeutique, les partenaires relèvent une amélioration de la prise en charge et du suivi. Il y a plus souvent une réconciliation avec le monde médical qui se caractérise par une poursuite d'un traitement au-delà de l'intervention avec la Cellule et même une amélioration du lien entre l'institution

et l'utilisateur qui se prolonge dans le temps. La mobilité de la Cellule a pour effet de rassurer la personne et de diminuer l'angoisse du contact avec le monde psychiatrique. Elle permet également plus aisément de faire un travail en urgence ou dans un temps plus adéquat par rapport à la demande de la personne.

Pour les travailleurs

Les travailleurs sociaux ont l'impression de pouvoir « aller plus loin » dans leur travail d'accompagnement des personnes. Très concrètement, les travailleurs sociaux ont la possibilité d'évoquer avec l'utilisateur l'accès à un médecin-psychiatre de façon réaliste et praticable. Cela permet soit l'accès pour l'utilisateur, soit une clarification du refus, pouvant aussi servir de point d'appui pour la suite de l'accompagnement. Certains travailleurs sociaux restent cependant sceptiques face à une intervention psychologique.

Pour le travail en réseau

La Cellule a ouvert les institutions vers l'extérieur et vers le réseau, facilitant ainsi les réorientations des usagers et la mise en place de nouveaux partenariats. Il en suit qu'une meilleure délégation des tâches a pu parfois se construire avec des services spécialisés. Pour des usagers plus « difficiles » à prendre en charge, le fait qu'ils soient suivis par la Cellule a facilité l'acceptation ou l'orientation dans des institutions qui se sentent moins seules et moins impuissantes face aux difficultés. De plus, le lien réalisé par la Cellule dans des réorientations permet de poursuivre un travail malgré le changement d'institution d'hébergement et d'assurer une continuité des soins.

8.3.4. Suggestions et pistes de travail

- Le premier type de suggestions des partenaires touche à l'organisation de l'équipe : augmenter le temps de travail disponible et en particulier la disponibilité des médecins-psychiatres, compétence totalement absente des services sociaux.
- Augmenter la rapidité d'intervention et de réponse et veiller à s'adapter plus au rythme des usagers. Améliorer la communication dans les premiers moments de l'appel. Ensuite, améliorer le retour de l'information après l'intervention et les feed-back.
- Développer des rencontres spontanées, des visites de la Cellule dans les institutions même en l'absence de demande. Cette suggestion rejoint une remarque sur la façon dont la Cellule peut se présenter plus clairement aux usagers dans ce qu'ils sont et ce qu'ils font.
- Développer des modules de formation et de recyclage à l'intention des travailleurs sociaux. Reprendre et promouvoir les groupes d'intervision du SMES.
- Créer un lieu pour recevoir les gens (cette suggestion nous éloigne cependant très fortement de la raison sociale de la Cellule).

8.4. Evaluation de la Cellule par les usagers

Comme cela est précisé dans le chapitre consacré à la méthodologie de la recherche, il est très difficile de s'appuyer sur les témoignages des usagers pour questionner le bien fondé des interventions de la Cellule.

On pourrait alors être tenté d'essayer d'évaluer le degré de réussite ou d'échec des interventions par l'utilisation d'échelle par exemple. Cette démarche risquerait de nouveau de polariser l'attention sur le statut d'exclu social plutôt que de donner du sens aux interactions que l'exclu social génère autour de lui. Cette démarche favorise la reconstruction de l'objet aux dépens de la position de sujet dans lequel la Cellule tente de placer l'exclu social.

On pourrait aussi s'appuyer sur la capacité de l'utilisateur à maintenir une stabilité des liens avec son l'institution qui le suit. Cette évaluation a été tentée en 2003. On y montrait notamment que sur l'ensemble de la population rencontrée, 55% avaient un état psychique en progrès ou stabilisé, 44% un état somatique en progrès ou stabilisé et 42% un état social en progrès ou stabilisé. Mais ces chiffres reflètent une période relativement courte dans une vie entière et la situation peut changer très rapidement.

9. CONCLUSIONS : LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

9.1. Le processus de fragmentation du lien usager-institution

La recherche montre que l'activité de la Cellule d'appui, en réponse aux demandes des institutions partenaires, produit un effet très important sur les processus de fragmentation du lien entre usager et institution. Là où une simple réponse de référence risque de produire un peu plus de fragmentation de ce lien, la Cellule va, dans près de 90% des situations, utiliser les ressources du système pour permettre une réinsertion de l'utilisateur. Deux tiers de ce groupe vont rétablir un lien avec l'institution qui a fait la demande, lien qui, il est vrai, reste fragile; un tiers de ce groupe restera suivi par la Cellule qui aura pour objectif de permettre la réorientation de l'utilisateur vers une autre institution.

L'évaluation des vignettes cliniques montre que dans toutes les situations rencontrées, autant l'utilisateur que l'institution présente ont des ressources, mais celles-ci ont tendance à se retourner contre l'établissement de la relation au point de rendre tout le monde incompetent et de freiner la restauration de la relation entre usager et institution. En effet, d'un côté, l'institution qui effectue une demande à la Cellule d'appui démontre, par sa capacité de signifier son échec dans l'aide apportée à l'utilisateur, qu'elle possède des ressources qui lui permettent de requestionner son cadre de travail vis-à-vis de l'utilisateur. D'un autre côté, lorsque l'utilisateur met en échec le modèle institutionnel, il démontre également qu'il possède des ressources lui permettant, par son fonctionnement psychologique souvent très archaïque, de rester dans un lien ténu avec l'institution qui le prend en charge.

Il est à noter que l'impact de l'intervention de la Cellule est le plus significatif chez les exclus sociaux ayant des pathologies mentales graves qui représentent environ 30% des situations rencontrées.

Enfin, la stratégie d'intervention de la Cellule ne peut en aucun cas être généralisée. Il y a une nécessité absolue de pouvoir compter sur du personnel spécialisé, très compétent et expérimenté dans ce type d'intervention pour écouter et apprécier quels sont les paramètres qui vont permettre la relance d'un processus de défragmentation du lien entre l'utilisateur et l'institution.

5.2. Les effets de la Cellule sur les services partenaires

Les effets sur l'organisation et les méthodes de travail des services qui font appel à la Cellule peuvent être décrits comme suit :

5.2.1. L'intervention de la Cellule introduit une autre parole dans l'institution

Cette parole permet de se décentrer du symptôme « exclus social » vers la personne de l'utilisateur. La possibilité pour l'institution de faire appel à un tiers qui ne va pas juger et qui va apporter une compétence très diversifiée permet l'émergence, dans l'institution, d'une parole plus personnalisée qui va permettre d'identifier tous les acteurs avec leur propre souffrance.

Les institutions interrogées sont unanimes. D'une part, cette autre parole permet de relancer le processus relationnel avec l'utilisateur et donc modifie fondamentalement l'approche de l'institution à l'égard de l'utilisateur. D'autre part, l'apport d'une autre parole induite par l'intervention de la Cellule modifie la méthodologie de travail des partenaires qui perçoivent un approfondissement de leur réflexion sur le travail mené, un élargissement de leur approche de la personne et la stimulation de nouvelles pratiques.

5.2.2. L'intervention de la Cellule apporte ou renforce une sécurité de base dans l'institution partenaire

L'insécurité dans les institutions ayant comme mission l'aide sociale et psychomédicale est bien connue. Elle est le plus souvent liée à l'objet même de leur mission qui confronte de manière répétitive le personnel à des situations de plus en plus complexes et chaque fois éprouvantes psychologiquement. Dans ces institutions, l'intervention de la Cellule modifie le climat de travail. Elle soulage les équipes en débloquent des situations. Les travailleurs se sentent compris et soutenus. Ils savent qu'ils peuvent compter sur la Cellule et se sentent rassurés. La possibilité d'évoquer avec l'utilisateur l'accès à un médecin-psychiatre, absent de leur cadre structurel, est aussi très apaisant pour l'institution.

5.2.3. La capacité de travailler en réseau renforce le réseau lui-même

Il est important de rappeler que l'objectif de la Cellule n'est pas d'apporter une solution à la question de l'exclusion sociale à laquelle les institutions sociales de Bruxelles sont confrontées. La Cellule rend possible l'élaboration d'une parole co-construite avec la collaboration de tous les partenaires ainsi que de l'utilisateur. C'est cette co-construction qui deviendra un moteur de la collaboration entre institutions partenaires et permettra la mise en place de liens plus fonctionnels entre celles-ci. Il s'agit là de la construction d'un véritable réseau.

La Cellule a ouvert les institutions vers l'extérieur et vers le réseau, facilitant ainsi les réorientations des usagers et la mise en place de nouveaux partenariats.

Il en suit qu'une meilleure délégation des tâches a pu parfois se construire avec des services spécialisés. Pour des usagers plus « difficiles » à prendre en charge, le fait qu'ils soient suivis par la Cellule a facilité l'acceptation ou l'orientation dans des institutions qui se sentent moins seules et moins impuissantes face aux difficultés. De plus, le lien réalisé par la Cellule dans des réorientations permet de poursuivre un travail malgré le changement d'institutions d'hébergement et d'assurer une continuité des soins.

5.3. La méthodologie

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 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. A noter que la Cellule organise aussi une présence minimum la nuit permettant de rencontrer les travailleurs de nuit.

5.4. Proposition d'orientation de travail et de priorité politique

5.4.1. Maintenir les institutions sociales dans leur offre de service actuelle, de type généraliste

Le travail de la Cellule impose, autant à l'utilisateur qu'aux institutions de sortir de leur modèle de fonctionnement habituel et confirme l'idée qu'on a besoin d'une équipe spécialisée pour venir en relais d'une équipe généraliste et non de créer des institutions spécialisées pour des institutions spécialistes. Le service généraliste à tout ce qu'il faut pour fonctionner. Comme cela a été montré plus haut, ce qui peut faire défaut dans l'institution, à certain moment de son histoire et dans la rencontre de certains usagers, c'est du tiers. Et pour mettre du tiers, il faut une équipe de spécialistes. La Cellule agit dans l'institution comme si elle proposait des travaux pratiques d'un certain type entre l'utilisateur, l'institution et la Cellule.

5.4.2. Augmenter les ressources humaines de la Cellule

Les institutions partenaires soulignent l'importance d'élargir le projet en termes de nombre d'emplois consacrés au projet et d'étendre, pour les structures d'hébergement, l'activité de nuit. Il y a une demande particulière pour augmenter la disponibilité du médecin-psychiatre, compétence totalement absente des services sociaux. Cela permettrait d'augmenter la rapidité d'intervention et de réponse, de mieux s'adapter au rythme des usagers et d'améliorer la communication dans les premiers moments de l'appel, le retour de l'information après l'intervention et les feed-back.

5.4.3. Création d'une pharmacie sociale

La présence d'un médecin-psychiatre oriente bien sûr une part importante des demandes. 90% des demandes formulées nécessitent une intervention médico-psycho-sociale. Le médecin-psychiatre est amené à prescrire dans 30% de ces situations et la plupart des usagers sont dans l'impossibilité de se fournir les médicaments prescrits.

Dans ces cas, les médicaments sont donnés par les firmes et Médecins Sans Frontières. Il est donc indispensable de rendre ce service structurel en organisant une pharmacie sociale.

5.4.4. Création d'une infirmerie dans tous les foyers d'accueil

Un nombre important d'utilisateurs, présentant des troubles somatiques ou psychologiques importants, nécessitent des soins difficilement dispensables sur les lieux même de l'hébergement de l'utilisateur par manque surtout d'infrastructure adéquate. La Cellule est souvent appelée dans ces situations qui nécessitent le plus souvent que la personne soit prise

en charge par une institution hospitalière ; seul le service d'urgence les prendra en charge et bien sûr durant un temps tellement limité qu'aucun soin véritable ne pourra être prodigué. La mise en place dans les institutions qui pratiquent l'hébergement, d'une infirmerie avec un lit réservé strictement à ces patients décompensés permettrait à l'usager de rester et d'être traité convenablement dans l'institution et ce, avec le concours de services du type « soins à domicile ». Par ailleurs, la mise en place de ce dispositif, qui répond à une demande de ces institutions, aura une incidence directe sur le taux d'occupation des lits d'urgence occupés par ces « cas sociaux » puisque l'hébergement n'est pas soumis à des contraintes de rentabilité.

**SAMENVATTING VAN HET ONDERZOEKSRAPPORT
UITGEVOERD VANAF 1ste SEPTEMBER 2004
TOT 31 OKTOBER 2005**

**KWALITATIEF ONDERZOEK BETREFFENDE DE WERKING VAN DE
CELLULE d'APPUI MEDICO-PSYCHOLOGIQUE d'INTERSECTION ENTRE
LA SANTE MENTALE ET l'EXCLUSION SOCIALE**

1. INLEIDING

De onderzoeksactie, waarvan de samenvatting van het rapport volgt, werd uitgevoerd op gezamenlijk initiatief van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, vertegenwoordigd door Jos CHABERT en Didier GOSUIN, toen leden van het Verenigd College, en van de SMES-B, vertegenwoordigd door Paul PREUD'HOMME en Serge ZOMBEK, beiden co-president van de SMES-b. Het betreft het onderzoek van de « cellule d'Appui », opgericht door de SMES. Dit onderzoek werd uitgevoerd conform aan de conventie opgesteld met het gezondheids- en sociaal observatorium en beoogde meerdere doelstellingen.

De eerste is de omschrijving en de evaluatie van de verschillende werkmethodes, ontwikkeld door de « cellule d'appui » in antwoord op de vragen gesteld door de partnerorganisaties betreffende hun gebruikers en heeft tot doel de cyclus van sociale fragmentatie te doen stoppen.

De tweede is de formulering van de voorstellen met als doel de werk- en organisatiemethodes van de diensten die op de cel beroep doen te verbeteren.

De derde doelstelling is de formulering van de voorstellen betreffende werkoriëntering en de politieke prioriteiten met het oog op de behandeling van deze bevolkingsgroep en in overeenkomst met de doelstellingen van de betreffende diensten, de mandaten, het institutioneel kader enz...

Gezien de cel een verduidelijking probeert te brengen in de mechanismen, die vooral van medisch-psycho-sociale aard zijn, veel meer dan sociaal of medisch, heeft het onderzoek een meer verklarende dan wel beschrijvende, een meer kwalitatieve dan wel kwantitatieve lijn gevolgd.

Vanuit dit perspectief heeft de onderzoeker, samen met de leden van de cel, de klinische situaties mee beleefd (vanaf de telefonische oproepen met een vraag voor interventie tot de samenvattende vergadering en of coördinatie).

Hij heeft eveneens deelgenomen aan de regelmatige vergaderingen van de « staff de pilotage » die de teamleden en de promotoren van de cel bijeenbrengen.

De persoonlijke problemen van de onderzoeker hebben hem gedwongen het werk op te geven. Dat heeft het onderzoek, bij gebrek aan zijn aandeel, veel schade berokkend zonder de nochtans gevreesde dramatische gevolgen.

2. DE CELLULE D'APPUI

Doel van deze cel is aangepaste interventies uit te werken voor sociaal uitgesloten personen met psychische problemen voornamelijk door de toegankelijkheid tot de best aangewezen hulp te vergemakkelijken. Om dit te verwezenlijken probeert de cel een betere luisterbereidheid en een grotere beschikbaarheid in de sociale en medische diensten te bewerkstelligen zodat de toegang, door een goed onthaal en- of een geslaagde opname in

- ofwel een onthaaltehuis voor deze personen ondanks hun psychische problemen ;
- ofwel in een ziekenhuis, voor deze personen ondanks un sociale problematiek, beter zou verlopen.

Een van de belangrijkste kenmerken van de cel is dat zij zich verplaatst naar de plaats waar de vraag geseld wordt. Deze vraag komt meestal van de instelling voor de persoon die bij hen verblijft en die, « sociaal afhaakt ».

De activiteiten van de cel omvatten alle personen ontmoet door de al dan niet partnerorganisaties van de SMES-b (onthaaltehuizen, diensten voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische wachtdiensten, straathoekwerkers, niet gouvernementale organisaties). Deze personen hebben psychische, somatische of reactionele problemen al dan niet gelinkt aan hun langdurige sociale uitsluiting.

Het team bestaat uit een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk assistente. In totaal 60/uur per week. Ze is gevestigd in de Papenvest, waar een telefonische permanentie van 9 uur tot 17 uur verzekerd wordt door de leden van het team, en dit van maandag tot vrijdag.

Het territorium van de cel bestrijkt vooral het centrum van Brussel, maar ze bereikt eveneens de 19 gemeenten van het Brussel-Hoofdstedelijk Gewest en verder.

Alle aanvragen gebeuren ofwel telefonisch ofwel tijdens de ontmoetingen met de partnerorganisaties. Ze worden onderzocht en voorgelegd tijdens de teamvergaderingen waarbij de cel de ontmoetingsmodaliteiten voor de « systeemaanvrager » of eventueel « de systeem cliënt » bepaalt.

Het grote belang van de « cellule d'appui » ligt in het feit dat er niet noodzakelijk naar de oplossing van een probleem wordt gewerkt maar dat er middelen aangeboden wordne, en tijd genomen wordt, om zijn plaats te bepalen binnen een sociaal dynamisch kader zodat er aan iedereen de mogelijkheid geboden wordt op de best aangepaste wijze de vragen te beantwoorden, hetzij door het herorganiseren van de bestaande middelen, hetzij door het oprichten van nieuwe middelen.

3. BESLUIT VAN HET ONDERZOEK

De besluiten zijn zeer bevredigend zowel wat betreft de positieve gevolgen bij de gebruikers als deze geuit door de sociale instellingen. Gezien er per jaar in 15 à 20 Brusselse instellingen (hetzij 50 nieuwe aanvragen per jaar) tussenkomsten plaats vonden is het bestaan van de cel zeer belangrijk.

1) het proces van fragmentatie

Het onderzoek toont aan dat de antwoorden die de cel geeft aan de partnerorganisaties belangrijke gevolgen hebben op het psychische, somatische en relationele fragmentatieproces van de gebruiker. Daar waar een eenvoudig antwoord nog meer opsplitsing (fragmentatie) van de hulpverlening riskeert gaat de cel voor meer dan 90 % de bestaande hulpmiddelen aanwenden die de gebruiker kunnen helpen zich terug te integreren. Tweederde van deze groep gaat terug de band aanknopen met de instelling die een vraag heeft gesteld, band die weliswaar fragiel blijft. Een derde van de groep zal door de cel verder gevolgd worden met als doel een heroriëntering naar een andere instelling.

Noteren we dat de impact van de interventies van de cel het belangrijkste zijn voor sociaal uitgesloten personen met zware psychische problemen. Ongeveer 30 % onder hen vertonen deze zware problematieken.

2) Invloed van de cel op de partnerorganisaties

De partnerorganisaties zijn unaniem over de volgende punten :

2.1. Als « derde » kan de cel op een eigen persoonlijke wijze luisteren naar het lijden, veeleer dan naar het symptoom van « sociaal uitgesloten persoon » zodat de mogelijkheden van de gebruiker en deze van de instellingen terug aangesproken kunnen worden. De mogelijkheid een « derde » aan te spreken die niet zal oordelen, iemand met een degelijk, verscheiden en volledige vakkundigheid is zeker en vast een belangrijke troef.

2.2. De mogelijkheid samen te werken in een netwerk maakt de uitbouw van een echt netwerk mogelijk.

2.3. De zeer specifieke methode van de cel wordt door de partnerorganisaties erg gewaardeerd : een snel antwoord op een aanvraag, de cel verplaatst zich naar de plaats waar de vraag wordt gesteld, hetzij naar de gebruiker, hetzij naar de instelling.

Respect voor de reeds en gedane interventie van de instellingen. Belang van een goede voorbereiding voor de opvolging, aanwezigheid van de gedeelde situaties, een minimum aanwezigheid s'nachts voor de onthaalhuizen.

4. VOORSTEL VAN WERKORIENTERING EN POLITIEKE PRIORITEIT

4.1. Behoud van de sociale instellingen wat betreft hun huidig aanbod, als algemene dienst. Door het werk van de cel worden zowel de diensten als de gebruikers verplicht hun gewone manier van functioneren op te geven. Dit bevestigt ons dat we een gespecialiseerd team nodig hebben die de algemene diensten ter hulp komen daar waar nodig. Zo vermijdt men het stichten van gespecialiseerde instellingen.

De algemene dienst heeft alles om te kunnen werken. Zoals hierboven werd aangetoond kan er in een instelling op een bepaald ogenblik in de loop van zijn ontmoeting met de gebruiker precies deze « derde » ontbreken. Om hen deze « derde » te kunnen geven moet men een team van specialisten hebben.

De cel treedt in de instelling op alsof zij bepaalde praktische oefeningen tussen de gebruiker, de instelling en de cel voorstelt.

4.2. Vraag van de instellingen meer personen ter beschikking te stellen van de cel.

4.3. Oprichten van een sociale apotheek voor deze gebruikers voor wie medicatie noodzakelijk is maar geen middelen hebben zich deze aan te schaffen, of afhankelijk zijn van giften.

4.4 Oprichting van een ziekenzaal in alle onthaalhuizen.

- oprichting van een ziekenzaal (met één bed) in ieder onthaalhuis, voorbehouden voor een gebruiker in decompensatie. Deze moet de gebruiker toelaten verder in de instelling te verblijven en geeft hem correcte verzorging eventueel met hulp van thuiszorgdiensten. Het oprichten hiervan beantwoordt aan de vraag van de betrokken instellingen en zou een directe invloed hebben op het aantal bezette urgentiebedden in de ziekenhuizen anders door de sociale gevallen gebruikt.

De opname in een instelling is niet onderworpen aan rentabiliteitsnormen.

Questionnaire pour les institutions partenaires et autres

Cellule d'appui du SMES : questionnaire d'évaluation par les institutions partenaires et autres
Gilles Hacourt, chercheur

Ce questionnaire est proposé à 40 institutions, qui ont travaillé avec la Cellule d'appui du SMES.

Les résultats seront présentés de manière globale, c'est-à-dire qu'il ne sera pas possible d'identifier votre institution et qui a répondu quoi. En échange, je vous demande de répondre avec sincérité aux questions. Merci d'avance.

- 1. Dans quelles circonstances faites-vous appel à la Cellule ?**
- 2. Que diriez-vous de la pratique actuelle de la Cellule ? Ses points positifs et négatifs.**
- 3. La collaboration que vous avez avec la Cellule donne-t-elle de bons résultats...**
Pour votre institution ? (Expliquez, svp)
Pour les personnes, les usagers ? (Expliquez, svp)
- 4. La pratique de la Cellule a-t-elle modifié quelque chose dans la manière d'agir de votre institution...**
Envers les usagers ? (Expliquez, svp)
Entre les travailleurs ? (Expliquez, svp)
Au sujet des contacts que vous avez avec d'autres institutions ? (Expliquez, svp)
- 5. Que souhaitez-vous que la Cellule modifie dans sa pratique ?**
- 6. Avez-vous d'autres remarques ou suggestions ?**

INSTITUTIONS PARTENAIRES ET AUTRES

- ⇒ « CASU » asbl
- ⇒ Home Du Pré
- ⇒ Centre d'Accueil d'Urgence « Ariane »
- ⇒ « Diogenes »
- ⇒ Médecins Sans Frontières
- ⇒ « Accueil Eglises » (Cathédrale Saint Michel, Eglise Saint Nicolas,)
- ⇒ Service de Santé Mentale « Rivage – den Zaet »
- ⇒ Service de Santé Mentale « La Gerbe »
- ⇒ Service de Santé Mentale « Exil »
- ⇒ CPAS de Molenbeek
- ⇒ « Adzon »
- ⇒ « Source » - Fami-Home
- ⇒ Asile de nuit « Pierre d'Angle »
- ⇒ « Clos Sainte-Thérèse »
- ⇒ Espace social « Télé-Service »
- ⇒ « La Fontaine »
- ⇒ Home Baudouin
- ⇒ « Nativitas »
- ⇒ « SEPSUD »
- ⇒ Le Foyer Bruxellois
- ⇒ Croix-Rouge de Belgique
- ⇒ CAW « Groot Eiland »
- ⇒ Medisch Steunpunt Mensen zonder Papieren
- ⇒ Service Social des Etrangers
- ⇒ Projet « Ulysse »
- ⇒ Clinique Fond'Roy
- ⇒ Psy – Support – Cel (Commissariat des Réfugiés)
- ⇒ Centre « Transit »
- ⇒ Centre Hospitalier Jean Titeca
- ⇒ Institut Pachéco
- ⇒ Unité de Crise du C.H.U. Saint-Pierre (PL3)
- ⇒ C.H.U. Brugmann
- ⇒ Maison Médicale de la Senne
- ⇒ Maison Médicale des Marolles
- ⇒ Maison Médicale des Riches-Claires
- ⇒ SORELO (Société de logements sociaux)
- ⇒ Ulysse asbl
- ⇒ Médecins généralistes
- ⇒ De Schutting
- ⇒ Armée du Salut
- ⇒ Petit Château
- ⇒ Centre d'hébergement pour demandeurs d'asile de la Croix-Rouge
- ⇒ Entr'Aide des Travail