



Recherche - Action

Réseau d'Accompagnateurs Psycho-Sociaux

RAPS

**Rapport de recherche
Version finale du 14 décembre 2012**

Colophon

Chercheur

- Anne Slimbrouck

Accompagnateurs psycho-sociaux

- Anne Wezel
- Annick Leducq
- Antoin Galle
- François Poncin
- Jennifer Limage
- Mahdiya El Ouiali
- Michèle Delewarde
- Sarah Vanderwaeren
- Sophie Berruyer
- Sophie Liemans

Promoteur de recherche

- SMES-B

Bailleur de fonds

- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission Communautaire Commune

Comité scientifique

- Annalisa Casini (Faculté des Sciences psychologiques et de l'Éducation de l'ULB, Unité de psychologie sociale)
- Céline Nieuwenhuys (Fédération des Services Sociaux Bicommunautaires)
- François Wyngaerden (Institut de Recherche Santé et Société, UCL)
- Jean-Louis Linchamps (La Strada)
- Monique Van Dormael (ITG-IMT Anvers)
- Murielle Deguerry (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale)
- Youri Caels (Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale de Bruxelles)

Comité de pilotage

- Begonia Cainas, CHU Saint-Pierre
- Jacques Verstraeten, Entr'Aide des Marolles
- Jean-Pierre Ermans, Rivage - den Zaet
- Jerry Werenne, Réseau Hépatite C
- Laurent Demoulin, Diogènes
- Mathieu Vansantvoet, Pierre d'Angle
- Michel Kesteman, Espace Social Télé-Service
- Pierre Schoemann, Projet Lama
- Sébastien Alexandre, SMES-B
- Serge Zombek, MASS de Bruxelles, CHU Saint-Pierre, SMES-B

Participants de la Cellule d'appui du SMES-B

- Dominique Daniel
- Jenny Krabbe
- Oum-Chikh Dahou

Sommaire

Liste des abréviations utilisées	4
1. Introduction	5
2. Hypothèse et objectifs de la recherche	7
3. Méthodologie	8
3. 1. Modèle conceptuel : Méthodologie de la recherche-action	8
3. 2. L'action	8
3. 3. Méthodologie de la collecte de données	10
3. 4. Méthodologie de l'analyse des données	11
3. 5. Considérations éthiques	11
4. Processus de la recherche-action	13
5. Recherche documentaire	15
6. Résultats	19
6. 1. Diversité des pratiques et particularités du travail de chaque APS	19
6. 2. Différences dans la prise de notes dans les carnets de route	23
6. 3. Caractéristiques des personnes accompagnées	23
6. 4. Confrontation avec la problématique sociale et mentale	24
6. 5. L'accompagnement psycho-social mobile : Objectifs	24
6. 6. L'accompagnement psycho-social mobile : Mise en place et déroulement	26
6. 7. L'accompagnement psycho-social mobile parmi d'autres pratiques	27
6. 8. L'accompagnateur psycho-social et son institution	27
6. 9. L'accompagnateur psycho-social et le réseau	29
6. 10. L'accompagnateur psycho-social comme témoin des défaillances institutionnelles et du changement sociétal radical	31
6. 11. Conditions d'un bon accompagnement	32
6. 12. Avenir du RAPS	36
7. Discussion	38
7. 1. Limitations de la recherche-action	38
7. 2. Définition des concepts de la précarité sociale et du trouble mental	39
7. 3. Difficultés rencontrées lors de l'accompagnement psycho-social mobile	40
7. 4. Caractéristiques essentielles chez l'accompagnateur psycho-social	42
7. 5. Identification des meilleures pratiques de l'accompagnement psycho-social mobile	43
8. Conclusions	47
9. Résumé	49
10. Recommandations	50
<i>Annexe 1. Indicateurs relevés dans les carnets de route</i>	52
<i>Annexe 2. Résultats de recherche documentaire</i>	53
<i>Annexe 3. Références bibliographiques</i>	64

Liste des abréviations utilisées :

ACT :	Assertice Community Treatment (suivi intensif de proximité).
APS :	Accompagnateur psycho-social / Accompagnateurs psycho-sociaux.
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire.
CPAS :	Centre Public d'Action Sociale.
Fédasil :	Agence Fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile.
MASS / MSOC :	Maison d'Accueil Socio-Sanitaire / Medisch-Sociaal OpvangCentrum (de Bruxelles).
RAPS :	Réseau d'Accompagnateurs Psycho-Sociaux.
SMES-B :	Santé Mentale & Exclusion Sociale – Belgique, asbl soutenue par la COCOF, la COCOM et le Fédéral ; le SMES-B est également un Réseau Santé reconnu par la COCOF.
SPAD :	Service de Soins Psychiatriques à Domicile.

1. Introduction

Bruxelles, ville capitale, concentre, en plus de ses institutions régionales et bicommunautaires, des institutions politiques et administratives de l'état fédéral et des communautés.

La Région Bruxelloise est caractérisée par une grande hétérogénéité sociale, qui se reflète dans d'importantes inégalités sociales et de santé. Plus d'un quart de la population bruxelloise (28,3%) vit avec un revenu inférieur à celui du seuil de risque de pauvreté ; le taux de chômage des bruxellois est 2 fois plus élevé que le taux national et 5% de la population bruxelloise de 18 à 64 ans dépend d'un revenu du CPAS (près de 3 fois plus que dans l'ensemble du pays). Le logement y est très coûteux. Le nombre croissant de familles sur liste d'attente pour un logement social est très important : il y a presque autant de ménages en attente d'un logement social que de logements sociaux existants (Observatoire de la Santé et du Social, 2011).

L'isolement social est une réalité pour beaucoup d'habitants de la Région Bruxelloise : 23% des bruxellois déclarent n'avoir que peu de personnes sur qui compter en cas de besoin. Quant à l'accès aux soins de santé, plus de 40% des ménages bruxellois dans le quintile de revenus des « plus pauvres » doivent postposer ou renoncer à des soins pour raison financière.

Des facteurs sociaux comme l'urbanisation, la pauvreté et le progrès technologique ont été associés à l'apparition de troubles mentaux et du comportement (OMS, 2001). Les troubles de santé mentale représentent la première cause d'invalidité des bruxellois (c.à.d. une incapacité de travail de plus d'un an) (Observatoire de la Santé et du Social, 2010). En Région bruxelloise, le taux de personnes présentant des difficultés psychologiques (34%) et des troubles sévères (19%) est plus élevé que dans les autres Régions. C'est à Bruxelles que la prévalence des troubles dépressifs a connu la plus forte augmentation dans le temps (de 10% en 2004 à 14% en 2008) et celle-ci est davantage observée chez les femmes, les personnes à faible niveau socio-économique et les chômeurs (Gisle, 2008).

La notion de *santé mentale* est un continuum qui va d'un aspect positif à un aspect négatif, tandis que le concept de *maladie mentale* est bien défini par des critères précis. C'est le cas pour les troubles psychotiques, qui sont plus diagnostiqués en Région bruxelloise. Ces troubles sont plus fréquents en zone urbaine et accentués par la précarité socio-économique (Verhaegen et Deschietere, 2012).

Accès aux soins de santé mentale

Les personnes combinant exclusion sociale et trouble mental semblent se trouver dans l'incapacité de se reconnecter au réseau d'aide, de soins et de traitement. Le travail de de Coninck et Platteeuw (2006) sur l'articulation des réseaux ambulatoire et hospitalier dénonce les exigences (en termes d'accès, de fréquentation, d'autonomisation, d'activation, de responsabilisation et de motivation) de la société civile et des dispositifs psycho-médico-sociaux vis-à-vis des patients, dont beaucoup disposent insuffisamment de ressources personnelles, environnementales et financières. De plus, la saturation des réseaux de soins constitue un frein à la continuité des soins.

Beaucoup de patients en situation de précarité sociale et en besoin de soins psychiatriques se trouvent donc dans des lieux de vie non spécialisés (maisons d'accueil, lieux d'hébergement collectif, maisons de repos et de soins, ...) ou à la rue (Morenville, 2009), où ils risquent de développer des tableaux que les professionnels de première ligne ne peuvent pas traiter, d'où les recours réitérés aux services d'urgence.

Cadre socio-politique de la santé mentale à Bruxelles

La réforme des soins de santé mentale de 2009 en Belgique privilégie une prise en charge du patient dans son milieu de vie, par l'intermédiaire de réseaux de soins. Le financement pour l'adaptation des structures existantes à ce nouveau dispositif est prévu par le « gel de lits psychiatriques », prévu par l'article 107 de la loi de financement des hôpitaux. La réforme vise une articulation des réseaux de soins autour de cinq fonctions, dont l'une est la création de structures mobiles qui favorisent le maintien à domicile des patients en besoin de soins psychiatriques (Moens et Karler, 2010). Selon Verhaegen et Deschietere (2012), cette réforme ne vise pas seulement la désinstitutionnalisation, mais également la déstigmatisation et la réinsertion des personnes avec troubles mentaux dans la société, mais « ... à l'instar des politiques d'insertion, la norme d'autonomie se montre exigeante quand elle s'exerce sur des individus fragilisés qui vivent en ville ».

En réponse à l'appel à projets, le Projet « Psy 107 Santé – Précarité » a été développé par un réseau d'intervenants travaillant à l'intersection du social et du mental, en collaboration avec le Service de psychiatrie du CHU Saint-Pierre. Plutôt que de viser un public sur simple base territoriale, le projet ciblait des personnes *précarisées avec troubles mentaux*, considérées comme prioritaires à bénéficier de soins intensifiés. Ce projet n'a pas été retenu.

Dans les institutions travaillant avec ce public très précarisé, on a pourtant constaté l'absence de pré-conditions pour que leurs usagers puissent bénéficier de soins prestés dans les réseaux classiques : absence de logement ou logement très précaire, désinsertion sévère, voire totale, sur le plan social (isolement absolu, absence de revenus, de mutuelle, de papiers en ordre, ...), absence de demande, réticence à investir un lien avec un travailleur. L'association de ces problèmes sociaux sévères à des troubles mentaux fait que l'utilisateur en question n'arrive que difficilement à se déplacer sans aide dans le réseau de soins existant, pour s'adresser aux institutions adéquates.

Des concertations intersectorielles entre acteurs travaillant à l'intersection du social et de la santé mentale ont abouti à une réplique, sous forme de la fonction d'accompagnateur psycho-social (APS) mobile, qui aurait comme mission d'accompagner physiquement les usagers du public-cible pour les amener d'une structure à l'autre et ainsi faciliter leur accès à l'aide, aux soins et aux traitements adéquats, notamment sur le plan psychiatrique.

2. Hypothèse et objectifs de la recherche

Hypothèse de la recherche-action

L'accompagnement psycho-social mobile par des intervenants travaillant en réseau concerté peut améliorer l'accès à l'aide, aux soins et aux traitements des personnes en situation de grande précarité présentant des problèmes de santé mentale.

Objectif général

L'objectif général est d'évaluer la pertinence du renforcement des institutions actives dans les champs du social et de la santé mentale, par une fonction d'accompagnement psycho-social mobile, afin d'augmenter l'accessibilité à l'aide, aux soins et aux traitements ambulatoires, résidentiels et hospitaliers en santé mentale des usagers en grande précarité sociale.

Objectifs spécifiques

- Identifier et décrire les éléments facilitateurs et les limites et contraintes de cette approche, identifier et tester des solutions aux difficultés rencontrées ;
- Identifier les meilleurs pratiques en vue de l'élaboration d'une base de données objective, soutenant l'approche étudiée ;
- Identifier des caractéristiques, compétences essentielles à cette fonction d'accompagnateur psycho-social.

3. Méthodologie

3. 1. Modèle conceptuel : Méthodologie de la recherche-action

La méthodologie de la recherche-action est une forme de recherche opérationnelle s'appliquant à des systèmes sociaux particuliers et complexes. Il s'agit d'une recherche évolutive, dont le contenu, le protocole et la méthodologie peuvent changer en cours d'exécution. En général, il s'agit d'une recherche à moyen terme. Sarantakos (1998) souligne que la recherche-action critique la base théorique et méthodologique de la recherche sociale conventionnelle, en terme d'autorité de l'observateur externe et du chercheur indépendant.

Cette approche participative associe directement les acteurs du système, et notamment les acteurs de terrain, à l'identification et à l'élaboration de changements qui les concernent. Ainsi, on mobilise les compétences, les expériences et la créativité des individus et des groupes, au profit de solutions innovantes adaptées au contexte et aux enjeux de la situation donnée.

3. 2. L'action

L'action se déroule du 15 janvier au 15 décembre 2012.

Des accompagnateurs psycho-sociaux mobiles accompagnent, 4 heures par semaine, des usagers qui font partie du public de leur institution et qui combinent des difficultés d'ordre social et mental. Les accompagnateurs prennent note d'une série d'indicateurs de ressources, de processus et de résultats, indicateurs sujets au développement au cours de la recherche-action. Ils notent, entre autre, les difficultés qu'ils rencontrent, l'élaboration et l'éventuelle mise en œuvre des interventions et des nouvelles stratégies testées, ainsi que leur vécu.

Ils essayeront d'identifier un éventail de ressources possibles pour les soutenir dans leurs activités. Ils peuvent notamment faire appel à la Cellule d'appui du SMES-B, structure dont la mission est d'appuyer les professionnels en impasse dans leur travail à l'intersection du social et de la santé mentale.

Choix des partenaires

Le choix des structures participantes a, d'une part, été guidé par leur statut bicommunautaire (la recherche-action bénéficiant d'une subvention de la Commission Communautaire Commune) et, d'autre part, par un souci de représentation des constituants du réseau travaillant avec la population-cible à Bruxelles-Capitale :

- Le Service de psychiatrie d'un hôpital bicommunautaire, lié par des conventions sociales (CPAS) à accueillir des personnes en précarité sociale (CHU Saint-Pierre) ;
- Un centre de santé mentale (Rivage – den Zaet) ;
- Un centre de rééducation fonctionnelle pour personnes toxicomanes (MASS de Bruxelles) ;
- Un centre de jour pour personnes sans domicile (Consigne Article 23 de l'Espace Social Télé-Service) ;
- Une association de travailleurs de rue (Diogènes asbl) ;
- Un centre d'hébergement d'urgence (Pierre d'Angle asbl).

Deux partenaires non couverts par la convention ont souhaité participer à la recherche dans le cadre de leurs missions habituelles : Le Centre d'Action Sociale globale Entr'Aide des Marolles et le Réseau Hépatite C – Bruxelles.

Critères d'inclusion des personnes à accompagner

Les personnes accompagnées devaient répondre aux critères suivants : il devait s'agir d'adultes des deux sexes, faisant partie du public-cible d'une des huit institutions « acteurs » et combinant des difficultés dans le domaine social et dans celui de la santé mentale, d'une ampleur suffisante pour que les accompagnateurs psycho-sociaux (APS) et/ou leurs équipes respectives jugent pertinente une intervention sous forme d'accompagnement psycho-social mobile.

Activités étudiées

Les institutions participant à la recherche-action ont désigné un membre de leur équipe comme accompagnateur psycho-social pour planifier et mettre en œuvre des accompagnements mobiles. Il s'est agi d'une personne par institution hormis pour le Réseau Hépatite C et la Consigne Article 23 de Télé-Service qui ont détaché deux personnes qui se sont réparti le travail.

Les APS se sont rencontrés une fois par mois dans le cadre d'une intervison animée par deux travailleurs de la Cellule d'appui du SMES-B. Cette Cellule était également à disposition des APS qui auraient pu se trouver, au cours de la recherche-action, en difficulté lors d'un accompagnement particulier.

Il s'agit ici d'une structure pluridisciplinaire de seconde ligne, se profilant comme un dispositif d'appui aux professionnels travaillant avec le public concerné. Cette structure peut être activée à la demande de tout professionnel se trouvant dans une impasse et souhaitant bénéficier d'une aide pour tenter de débloquer la situation.

Cette structure, qui existe depuis 2002, est composée d'une psychiatre, d'un psychologue, d'une infirmière psychiatrique, d'une assistante sociale et d'une coordinatrice ; un médecin généraliste a quitté l'équipe au cours de la recherche-action.

Chaque appel émanant d'un professionnel en difficulté est discuté en équipe, cette dernière programmant ensuite la rencontre d'un binôme de travailleurs avec le demandeur, afin de trouver des pistes et de débloquer la situation. Ce n'est qu'après cette rencontre que les travailleurs de la Cellule décident, éventuellement, de rencontrer le patient / client en présence du professionnel pour mieux l'orienter. Il arrive que la Cellule propose une prise en charge en intérim (diagnostic et traitement) afin de travailler une réorientation et ce, toujours en partenariat avec le travailleur de terrain qui a initié la demande.

En plus de son travail clinique, l'équipe de la Cellule d'appui participe à l'animation d'intervisions, que le SMES-B organise chaque année et qui s'adressent à tous les professionnels confrontés à des situations à l'intersection du social et de la santé mentale.

3. 3. Méthodologie de la collecte de données

Le choix s'est porté sur une combinaison de méthodes, permettant une récolte de données d'ordre individuel et de groupe, dans le but de trianguler les données, de pouvoir mieux placer les résultats obtenus dans le contexte institutionnel de chaque APS et de préserver la confidentialité dans les échanges avec le chercheur.

Observations du chercheur lors des interventions

La méthodologie de l'intervision encourage et facilite les échanges entre « pairs » et la création d'une atmosphère de travail productif en groupe, dans le but d'élargir les compétences individuelles ainsi que d'engendrer un travail de réseau. Des interventions d'une durée de 2 heures ont été programmées chaque mois. L'observation de ces échanges par le chercheur constitue une méthode de récolte rapide de données très riches, notamment quant aux problèmes rencontrés, aux tentatives d'intervention et à l'attention portée au cadre contextuel. Les échanges mettent en relief les similitudes et les différences entre le vécu des différents APS.

Carnets de route

Les APS ont pris des notes individuelles qu'ils ont ensuite transmises au chercheur, notes qui reprennent leurs observations et leur vécu tout au long du processus de l'accompagnement mobile. Ces études de cas permettaient de manière prospective d'étudier en détail le processus de l'accompagnement psycho-social mobile, comme perçu par les APS.

Une liste provisoire et non exhaustive d'un nombre d'indicateurs, notamment de ressources et de processus, a été proposée lors de la deuxième intervention par le chercheur et discutée avec les APS. Cette liste était conçue comme une check-list pour aider les APS lors de la prise de notes dans les carnets de route ; elle est reprise en annexe 1.

Entretiens de groupe

Quatre groupes de travail, d'une durée de 2 heures chacun, ont été organisés pour permettre au chercheur d'échanger avec les APS sur les pratiques de l'accompagnement psycho-social mobile. Il a été opté pour la méthodologie de l'entretien de groupe structuré (*Structured Focus Group*), développée par Dick (2003) et utilisée ici comme une méthodologie de récolte de données complémentaire, visant l'exploration des grands thèmes identifiés au cours de l'analyse des données obtenues par les autres méthodes précitées.

Il s'agit ici d'une méthodologie qui allie un processus structuré à un contenu non structuré. Chaque séance est composée de plusieurs phases. Au début de chaque phase, le chercheur pose une question-clé aux participants, question préparée sur base des données récoltées par les méthodes utilisées précédemment. Les participants doivent prendre quelques notes et un tour de table est ensuite réalisé. Seules les questions d'éclaircissement sont permises. Le débat est ensuite ouvert, ce qui permet d'identifier les thèmes et opinions majeurs puis d'interpréter ce qui vient de se dire. Le chercheur introduit ensuite la question suivante.

Cette méthodologie part de la reconnaissance des savoirs et des capacités de réflexion, d'interprétation et de synthèse des participants. Elle se focalise, lors des tours de table, sur l'éventail des opinions et des points de vue des participants, puis sur les nuances des diverses interprétations au moment de la synthèse. L'intérêt de cette méthode réside dans le fait que les participants sont partenaires dans la recherche car ils participent à l'interprétation des informations dont ils sont les

sources principales, ce qui favorise l'appropriation des conclusions. Le *structured focus group* permet d'investiguer des concepts, de sonder la nature et l'intensité des préoccupations et de déterminer les besoins.

Entretiens individuels semi-structurés et visites sur les lieux de travail

Quelques visites dans les institutions ont été organisées dès le départ.

En début de recherche, un entretien (prise de contact, éclaircissement sur les rôles de chacun) s'est déroulé avec l'ensemble de l'équipe de la Cellule d'appui, en présence du coordinateur du Réseau SMES-B. La collecte de données s'est ensuite clôturée par un entretien de groupe avec les 3 travailleurs de la Cellule qui ont animé les interventions et qui ont reçu, au cours de la recherche-action, les demandes individuelles de soutien de certains APS. Lors de cet entretien, les travailleurs de la Cellule ont donné leur point de vue sur le processus de l'intervention et sur les demandes individuelles des APS, ainsi que sur la pertinence des outils dans le cadre de la recherche-action.

Le chercheur a également rencontré individuellement chaque APS sur le lieu de son institution. Dans certains cas, cet entretien était accompagné d'une courte visite des lieux de travail. Dans le cas du travailleur de l'asbl de travail de rue Diogènes, le chercheur a accompagné l'APS lors de sa tournée près de la Gare du Midi.

Pour chaque cas, un guide d'entretien reprenait quelques questions générales et d'autres plus particulières visant à éclaircir l'un ou l'autre sujet abordé dans le carnet de route.

Pour des raisons éthiques, une version préliminaire et confidentielle de ce rapport a été soumise pour approbation aux APS. Cette première lecture a également permis aux APS d'émettre des commentaires qui ont ensuite été intégrés dans la version ultérieure.

3. 4. Méthodologie de l'analyse des données

Les différents écrits ont été analysés par la méthode d'*analyse du contenu* (Taylor-Powell et Renner, 2003). Au fur et à mesure que les récits et les différentes notes d'observation, de focus groups et des entretiens étaient développés, le chercheur a procédé à l'identification de thèmes, puis de sous-thèmes émergeant des données récoltées. Chaque (sous)catégorie a été codée. Les codes étaient développés de manière inductive et les données codifiées stockées dans un système de tableaux afin de permettre des comparaisons.

3. 5. Considérations éthiques

Lors du premier Comité scientifique, les considérations éthiques en rapport avec la recherche-action ont été longuement débattues. Après clarification des rôles de chacun, il a été décidé que le focus de la recherche était l'accompagnateur psycho-social, dans le contexte de son travail comme accompagnateur mobile. Les personnes accompagnées n'étaient pas directement concernées par la recherche-action et il n'a pas été jugé pertinent de les impliquer individuellement. Le contenu du dossier clinique de la personne accompagnée n'a été divulgué ni au chercheur ni aux autres participants. Les données à visée de recherche communiquées au chercheur concernaient les modalités et les difficultés dans le processus de la pratique d'accompagnement mobile. Les données en lien avec la situation des personnes accompagnées ont été rendues anonymes.

Il n'a pas été demandé de tenir un carnet précisant le déroulement des activités dans le temps. La recherche-action ciblait les réflexions des APS par rapport au processus de l'accompagnement psycho-social mobile. Pour cette raison, une importante marge de manœuvre a été laissée aux APS dans la production des écrits et la formulation de leurs réflexions et de leur activité. Les thèmes distillés par le chercheur à partir des carnets de route ont nourri les discussions lors des *structured focus groups*. Les carnets de route ont été uniquement transmis au chercheur et traités de manière confidentielle.

Après discussion avec le Comité scientifique, il a été décidé de demander aux APS, avant toute divulgation à d'autres instances, de lire et d'approuver une première version confidentielle du rapport de recherche et ce, afin de préserver la confidentialité des opinions et des expressions exprimées par les APS lors de leurs communications avec le chercheur. Les données qu'ils trouveraient trop explicites ou qui pourraient mettre en difficulté leurs relations avec des collègues ou des supérieurs, ont été, à leur demande, modifiées, voire supprimées, par le chercheur.

4. Processus de la recherche-action

Activités des APS

Les 10 APS ont accompagné physiquement des usagers qui se présentaient à leur institution dans le cadre de leur travail quotidien. Pour la majorité des APS, il s'agissait d'un outil de travail qu'ils connaissaient. C'est, par contre, l'activité principale du travailleur de rue de Diogènes et des APS du Réseau Hépatite C. Pour les APS travaillant dans d'autres structures, comme la MASS, Rivage – den Zaet ou la Consigne 23 de Télé-Service, l'accompagnement mobile fait partie des pratiques institutionnelles, mais sans en être la principale approche. L'accompagnement mobile constituait par contre une nouveauté pour d'autres, comme Pierre d'Angle et l'Entr'Aide des Marolles. Dans le dernier cas, l'accompagnement mobile faisait l'objet d'une recherche interne dans l'institution.

Il était prévu que les institutions libèrent les APS pendant 4 heures par semaine pour programmer, mettre en œuvre, décrire et évaluer le processus de leurs accompagnements mobiles, pour identifier les ressources, pour tenter de résoudre les problèmes qui pouvaient surgir et pour échanger avec leurs pairs lors des différentes rencontres prévues à cet effet.

Tableau 1. : Ligne de temps de l'action

<i>Mois</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>
Accompagnement mobile		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Carnets de route			X	X	X	X	X	X				
Intervisions		CA	T	H	M	D	X		R		CA	M
Focus Groups					X				X	XX		

CA = Cellule d'appui ; T = Télé-Service ; H = Réseau hépatite C ; M = MASS ; D = Diogènes ; R = Rivage - den Zaet.

Comité scientifique

Un Comité scientifique, constitué de six membres et présidé par un représentant de l'Observatoire du Social et de la Santé, s'est réuni trois fois au cours de la recherche-action, en présence d'un représentant du promoteur. Les membres ont participé à la clarification des rôles des participants, des objectifs, du choix des méthodes utilisées, à la recherche de documents en lien avec le sujet étudié, ainsi qu'à la lecture du rapport de recherche.

Comité de pilotage

Le Comité de pilotage s'est réuni huit fois et a veillé à l'avancement du protocole de recherche, au déroulement de la recherche-action, ainsi qu'au respect des différentes étapes du processus. Ce Comité, présidé par le promoteur, était constitué des directeurs des huit institutions participant à la recherche-action.

Aménagements au cours du processus de la recherche-action

Peu de temps après le démarrage de la recherche-action, il a été décidé, suite aux remarques du Comité scientifique, de reclarifier le rôle des participants. En effet, le représentant du promoteur et coordinateur du Réseau SMES-B, impliqué durant tout le processus de préparation de la recherche-action, avait, dans un premier temps, participé comme secrétaire aux premières interventions. Il a été jugé préférable de surseoir à cette pratique pour maintenir une séparation entre le promoteur et les APS afin d'éviter tout conflit d'intérêt.

Lors de la deuxième intervention, les APS ont été mis au courant de l'adaptation du dispositif : l'intervention suivrait dorénavant le même modèle que celui des interventions organisées chaque année par le SMES-B, à savoir que chaque séance commencerait par la présentation d'une vignette clinique par un participant, présentation suivie par des échanges en groupe animés par les participants de la Cellule d'appui.

Après quatre interventions, il a été décidé que le chercheur n'assisterait plus aux interventions comme observateur, d'une part vu la superposition avec les données récoltées via les carnets de route et, d'autre part, pour des raisons d'économie de temps. Il a été décidé de préserver le temps du chercheur pour l'analyse du contenu des écrits, les focus groups et les entretiens individuels. Les interventions ont été poursuivies afin d'offrir aux APS un lieu de réflexion et d'échanges stimulant. Ce processus a été évalué lors du dernier focus group, vers la fin du cycle. Au total, les APS ont participé à 9 interventions.

Pour les trois dernières interventions et suite au départ du médecin généraliste de la Cellule d'appui, l'équipe d'animateurs a été modifiée : c'est la psychiatre de l'équipe qui a pris le relais.

Tableau 2. : Ligne de temps de la recherche

<i>Mois</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>
Comité de pilotage	X	X	X		X	X			X	X	X	X
Comité scientifique		X				X				X		
Observations / Interventions		X	X	X					X			
Focus Groups					X				XX	X		
Visites	CA	P, T					E		D	R, C		
Entretiens							E		D, M	H,C, T,P,R ,CA		
Analyses			X	X	X	X	X	X	X	X		
Littérature	X	X	X				X	X	X			
Rédaction rapport								X	X		X	X

CA = Cellule d'appui ; P = Pierre d'Angle ; T = Télé-Service ; E = Entr'Aide des Marolles ; H = Réseau hépatite C ; M = MASS ; D = Diogènes ; R = Rivage - den Zaet ; C = CHU Saint-Pierre.

5. Recherche documentaire

Difficultés dans le repérage des accompagnements psycho-sociaux mobiles s'adressant aux usagers combinant exclusion sociale et trouble mental

La recherche documentaire a été handicapée par l'existence d'une multitude de dénominations d'approches apparentées à l'accompagnement psycho-social « mobile », « physique », « individuel ». En Belgique, ce type d'accompagnement est décrit dans le contexte du travail des équipes de soins psychiatriques à domicile (SPAD), mais qui ne s'adressent pas exclusivement au public-cible de cette recherche-action.

Le terme « accompagnement », dans la littérature francophone, peut notifier une série d'approches fort différentes, variant d'un accueil et d'un accompagnement « face à face » à une approche « côte à côte » de l'utilisateur. Des modèles d'*assertive outreach*, d'*assertive community treatment* et de *case management*, en français souvent repris comme tels ou sous le dénominateur de *service ou soins de santé mentale de proximité*, sont décrits depuis des dizaines d'années dans la littérature anglo-saxonne. La notion d'*exclusion sociale* combinée à des troubles mentaux renvoie souvent au statut de *sans-abri*. Les textes belges réfèrent à une définition plus générale, notamment la perte de droits sociaux (absence de sécurité sociale, présence illégale sur le territoire, SDF [les usagers sont parfois logés chez des amis]).

Place de l'accompagnement psycho-social mobile dans le cadre des politiques de soins de santé mentale

Dans le cadre des politiques de soins de santé mentale, il y a de nombreux exemples de plaidoyers pour des soins de santé mentale dans la communauté, tant sur le plan international (Thornicroft & Tansella, 2003) que national (Psy 107, 2012 ; Mariage, 2010).

Beaucoup d'auteurs décrivent des initiatives d'accompagnement, dans la communauté, de personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Le système paraît particulièrement défaillant pour des usagers combinant des troubles sévères d'ordre mental et social. Pour obtenir des soins médicaux (somatiques et mentaux), les usagers s'adressent surtout à de coûteux services de soins urgents (Stefancic & Tsemberis, 2007). Il est pointé la fragmentation du système de soins (Randolph et al., 2002), le manque d'intégration et d'interfaces fonctionnelles, l'illisibilité de l'offre de soins dans son ensemble (Van Den Eynde, 2005), l'offre de soins trop exigeants (Mariage, 2010) ou inadéquats dans des situations de crise (Van Den Eynde, 2005 ; Similes, 2012).

Dans le contexte de conjoncture économique actuelle, s'y ajoutent le prix du logement, la pression sur les prestataires de soins de santé pour faire mieux avec moins de moyens, les coûts des soins (catastrophiques pour ceux qui ont perdu leurs droits sociaux, mais pesants aussi pour des usagers couverts par une mutuelle mais en difficulté financière). Van Den Eynde (2005) conclut en dénonçant les concepts d'autonomisation et de responsabilisation de l'individu comme nouvelles valeurs de la société, ce qui risque de faire porter la responsabilité du problème d'inclusion sociale aux plus vulnérables.

Exemples d'accompagnement psycho-social (mobile)

De multiples approches communautaires de santé mentale ont été développées, destinées à une population présentant une maladie mentale (sévère).

L'approche du *case management* (gestion de cas) émerge dès les années '60 aux USA comme alternative à l'hospitalisation et, dès les années '80 au Royaume-Uni, suite à une réforme des soins de santé (Grech, 2002). Le concept de Housing First (HF) a réussi à introduire dans un cadre contextuel pourtant plutôt hostile des notions comme la réduction des risques, le parcours non linéaire du rétablissement ou encore le constat que le professionnel paraît tout à fait incompetent à juger si, oui ou non, une personne sans-abri est « prête pour un logement » (Padgett et al., 2011). De l'approche dite ACT (*Assertive Community Treatment*, en français souvent traduit comme *suivi intensif de proximité*) sont décrites plusieurs variantes.

Des services de soins psychiatriques à domicile et/ou sur les lieux de vie ont été développés dans nombre de pays : les SPAD (Soins Psychiatriques à Domicile) et le PZT (*Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie*) en Belgique, les équipes *Bemoezorg* aux Pays-Bas (Van de Lindt, 2006 ; Tielens et Verster, 2010), ainsi que les projets de soins à domicile utilisant des « accompagnateurs personnels » (Brook et al., 1998). Un exemple en France est le dispositif Diogène à Lille, une équipe mobile et pluridisciplinaire de santé mentale et précarité, qui a été créée comme une approche intersectorielle de soins de santé mentale destinés à un public sans-abri (Guesdon et al., 2003).

Certains auteurs plaident pour une distinction claire entre les différents modèles, d'autres révèlent la confusion parmi des chercheurs et dans la littérature (Gournay, dans Grech, 2002). Mais les étiquettes s'avèrent parfois trompeuses (Burns et al., 2006), de là l'importance de décrire en détail les pratiques étudiées.

Différents objectifs des accompagnements mobiles mis en place sont mentionnés dans la littérature : développement d'un lien de confiance avec l'utilisateur, liaison avec des services adéquats, amélioration de l'accès à des soins divers et/ou continus dans la communauté (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001), maintien de l'utilisateur dans son logement (Stefancic et al., 2007), alerte et orientation, soutien aux proches de l'utilisateur (Henrard, 2004).

Les tâches des accompagnateurs décrites dans la littérature varient : établissement et maintien du contact, screening / diagnostic des troubles mentaux, identification des besoins, planification du traitement, procuration d'un service continu (Morse et al., 1996). Dans la plupart des cas, il s'agit d'équipes pluridisciplinaires, avec psychiatre, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, parfois des ergothérapeutes et d'autres professionnels. En Belgique, il y a, quant à la composition des équipes, une grande liberté dans le choix des formules (Henrard, 2005). Certaines équipes travaillent plus avec l'approche d'un référent (*key-worker*), dans d'autres cas l'utilisateur est pris en charge par l'équipe dans son ensemble. Les *case-loads* sont d'autant plus petits s'il s'agit d'un accompagnement intensif.

Une ressource extrêmement précieuse est le temps : en général, l'accompagnement signifie un travail à long terme, bien qu'il soit parfois demandé un investissement intensif dans un laps de temps relativement court (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001) ; d'autres auteurs mentionnent des approches de longue durée (Freeman, 2000, dans Grech, 2002), voire à durée indéterminée (Marks et al., 1994, dans Grech, 2002).

Impact des approches décrites

Selon Ng & Mc Quiston (2004), « ... nul ailleurs le travail de proximité est plus pertinent que dans l'offre des services aux personnes sans-abri avec troubles mentaux ».

Les conséquences de l'accompagnement psycho-social mobile ont été bien documentées, notamment en ce qui concerne la nécessité d'une hospitalisation des usagers, leur santé physique et mentale, l'accès au logement et le coût. L'effet sur la qualité de vie de l'utilisateur a été peu documenté.

Certaines études confirment un effet des approches d'accompagnement de proximité sur la durée d'hospitalisation, mais dans des conditions précises, comme l'adhérence stricte au concept de ACT, la prise en charge de longue durée, la prise en charge globale et non seulement psychiatrique (Grech, 2002 ; Burns et al., 2001) ou l'emprise de l'équipe ACT sur le moment de sortie de l'hôpital (Marks et al., 1994). Un tel impact n'a pas été documenté pour les sans-abri avec trouble mental (Marchall et Lockwood, 1998, dans Grech, 2002).

Mais Burns et al. (2006) dénoncent la nature « boîte noire » des modèles, y compris les branches d'études placebo dans des recherches comparant l'efficacité de différentes approches.

Plusieurs études démontrent que les services de soins de santé mentale de proximité résultent en un meilleur accès aux soins, en des contacts plus fréquents avec les services de santé mentale et en une amélioration sur le plan du logement, du fonctionnement social et de l'état mental (Lam & Rosenheck, 1999 ; Rosenheck et al., 2002 ; Thornicroft et al., 1998).

Il est à noter que beaucoup de chercheurs paraissent préoccupés par la question du coût – efficacité. Grech (2002) fait remarquer que l'hypothèse de faire des économies par la mise en place de soins psychiatriques communautaires semble peu remise en question par les chercheurs : « ... on ne semble que peu contester la notion que les praticiens devraient appliquer une approche « evidence-based », non dans un but de promouvoir des pratiques de qualité car scientifiquement validées, mais plutôt avec l'objectif d'être plus compétitifs pour les rares ressources ». In fine, les soins communautaires de bonne qualité semblent coûter autant que les soins à l'hôpital (Marchall & Lockwood, 1998, dans Grech, 2002).

Les initiatives *Housing First* paraissent réellement efficaces pour réduire les troubles liés à la consommation, les frais d'incarcération et d'hébergement d'urgence et le recours aux services d'urgences médicales (Larimer et al., 2009). Ces initiatives permettent aux usagers de vivre dans un logement autonome, soutenus activement par une équipe ACT intégrée dans le projet (Stefancic et al., 2007 ; Tsemberis et al., 2012 ; Gilmer et al., 2010).

Par contre, peu de chercheurs se sont pour l'instant préoccupés de l'impact des approches de proximité sur le bien-être et sur la qualité de vie de l'utilisateur. Smith et al. (1999) et Philips (2001) mettent en garde contre le risque de glisser vers un modèle coercitif et paternaliste (notamment par rapport à l'administration de médicaments). D'autres critères de succès des approches de proximité, comme leurs incidences sur la psycho-pathologie, la qualité de vie et la satisfaction de l'utilisateur, méritent d'être investigués (Priebe et al., 2004).

Travail sur le terrain

Beaucoup d'attention est prêtée aux qualités souhaitables, non seulement chez les travailleurs de proximité (*outreach worker*) (Pates & Blakely, 1994 ; Stefancic & Tsemberis, 2007 ; Brook et al., 1998), mais également chez leurs coordinateurs et responsables (Pates & Blakely, 1994 ; Friedman et al., 1990).

La complexité des problèmes de la population-cible peut rendre le travail sur le terrain compliqué (McHugo et al., 2006 ; Drake et al., 2006, dans Padgett et al., 2011 ; Delvaux, 2005). Aussi, les conditions de travail peuvent être difficiles. Certains auteurs discutent du caseload : il n'existe pas de consensus par rapport aux limites concernant le nombre de personnes à prendre en charge. Le besoin d'instruments de contrôle de qualité est souligné par plusieurs auteurs (The Sainsbury Centre of Mental Health, 2001 ; Brook et al., 1998). La gestion du risque de violence, de la sécurité des travailleurs et des clients, est discutée par The Sainsbury Centre of mental Health (2001) et Brekke (2001). D'autres auteurs s'intéressent aux risques de nature psychique, voire de burn-out pour les travailleurs (Philips, 2001 ; Delvaux, 2005).

Les difficultés de travail et de réseau, notamment dues à la méconnaissance des réseaux existants et à la saturation de certains d'entre eux, sont évoquées par certains auteurs (Mariage, 2010 ; Delvaux, 2005).

Voir l'annexe 2 pour plus de détails.

6. Résultats

6. 1. Diversité des pratiques et particularités du travail de chaque APS

Huit institutions ont participé à cette recherche-action. Elles diffèrent quant à leur mission, leur philosophie de travail, la composition des équipes, le lieu de travail, les caractéristiques de leur public-cible, le mode d'initiation des contacts avec les usagers, le mix des approches et des interventions. Ces particularités influencent les objectifs et les pratiques sur le terrain des APS.

Les conditions d'accueil varient, d'un accueil inconditionnel et gratuit chez les uns, à tout un éventail de formes d'accueil payant, que ce soit sous forme d'interventions complètes ou partielles de la mutuelle, des requisitoires du CPAS, de l'aide médicale urgente ou des participations personnelles des usagers.

Certaines institutions offrent un accueil anonyme, d'autres s'attendent à ce que l'utilisateur dévoile, dans des degrés variables d'intensité, son identité, son passé, son présent, en proposant des rendez-vous nominatifs, en exigeant des pièces d'identité en ordre et/ou demandent l'expression explicite d'une demande par l'utilisateur.

L'accompagnement psycho-social mobile est soit, dans certains cas, une pratique unique, soit une pratique parmi d'autres ; dans d'autres cas encore, il s'agit d'une approche rare, voire inexistante au début de la recherche-action.

Les activités extra-muros décrites par les APS sont multiples : contacts ponctuels ou répétitifs dans la rue afin de maintenir un lien, d'écouter et d'observer ; accompagnements physiques de l'utilisateur à la commune, au CPAS, chez l'avocat, en consultation médicale ou pour une admission à l'hôpital, en visite d'un lieu de vie ou d'un centre de jour. Dans un cas, l'APS n'a pas seulement accompagné l'utilisateur pour l'aider à arriver à son rendez-vous, mais également pour être la « mémoire de ce patient » qui avait des problèmes cognitifs irréversibles. Dans d'autres cas, l'APS s'est déplacé dans le but de visiter l'utilisateur à domicile ou à l'hôpital, ou de se concerter avec un proche de l'utilisateur ou avec d'autres intervenants formant un réseau autour de la personne.

L'association de travailleurs de rue Diogènes a été créée il y a 17 ans. L'équipe est composée de travailleurs de différents horizons dont la majorité sont des travailleurs sociaux ; l'accompagnateur psycho-social participant à la recherche-action est infirmier avec un Master en soins de santé mentale. La mission de Diogènes est de créer un lien avec les habitants de la rue, dans le respect de leur demande, en tenant compte de leur rapport au temps, du rythme et des aspirations des personnes sans-abri, et ce dans le but de lancer une dynamique de changement en vue d'une reconstruction des liens sociaux. Contrairement à d'autres structures de travail de rue, Diogènes ne se limite pas à un territoire donné, mais suit, aussi longtemps que nécessaire, les habitants de la rue dans l'ensemble de Bruxelles-Capitale et l'aéroport. Les membres de l'équipe ne se limitent pas aux demandes formulées par les personnes sans-abri, mais formulent activement des propositions, afin d'améliorer, en partenariat, le confort de vie de la personne concernée. Les travailleurs doivent donc posséder des connaissances sur une multitude de services et de procédures, que ce soit au niveau juridique, logement, santé, ... L'accompagnement psycho-social mobile fait donc partie intégrante du travail quotidien de l'ensemble des travailleurs de cette institution.

L'ASBL Pierre d'angle est un asile de nuit qui existe depuis 25 ans. L'équipe est composée d'un directeur, d'éducateurs (dont certains encore en formation) et d'assistants sociaux, dont six travaillent en binôme la nuit ; d'autres font uniquement des soirées. La philosophie de travail de cette institution sous-tend l'accueil inconditionnel, anonyme et gratuit de maximum 48 personnes adultes à qui est garantie une nuit au chaud et en sécurité. Si plus de 48 personnes se présentent à l'ouverture

des portes (20 heures), un tirage au sort détermine qui entrera. Du fait de la sélection des usagers dans les deux autres structures d'hébergement d'urgence à Bruxelles-Ville (Ariane et le Samu Social), Pierre d'Angle accueille un plus grand nombre de personnes sans papiers, dont certains expriment de la détresse sur le plan mental.

Les usagers ne sont pas contraints de dévoiler (une partie de) leur vie pour mériter un accueil. L'équipe ne tient aucune trace écrite du passage des usagers. Les contacts avec les usagers se déroulent au rythme des passages des personnes et en fonction de la capacité d'accueil du centre. A la demande des personnes accueillies, les membres de l'équipe fournissent des informations et une éventuelle orientation vers des structures appropriées.

L'accompagnement mobile ne fait pas du tout partie des approches de cette institution et ne figure dans aucune description de poste des travailleurs. L'APS qui participe à cette recherche-action est une assistante sociale qui a également une maîtrise en travail social et une expérience professionnelle de 8 ans dans ce milieu de travail. Elle a été intéressée par cette initiative afin d'expérimenter cette approche dans le contexte particulier du public-cible et de la mission de Pierre d'Angle.

La Consigne Article 23 de l'asbl Espace Social Télé-Service a traversé une période difficile de remaniement au cours de la recherche-action. L'équipe était composée de 10 travailleurs : 4 salariés et 6 personnes travaillant comme bénévoles. Aujourd'hui, les salariés ne sont plus que 2. L'accueil collectif, qui s'adresse à des personnes sans-abri, y était inconditionnel pendant 4 matinées par semaine. Les personnes peuvent déposer des affaires dans une consigne, se poser et prendre un café, et faire diverses demandes qui peuvent aboutir à un accompagnement plus structurel. Le débordement et les conflits de plus en plus fréquents dans le collectif (jusqu'à 50 usagers à la fois) ont poussé l'équipe et la direction à repenser cet accueil. L'accès au service est actuellement limité en nombre et précédé par un entretien individuel qui permet de mieux accueillir la personne individuellement et de lui présenter le cadre de l'accueil. L'usager reçoit une carte de membre après s'être déclaré d'accord avec les règles de l'institution. La Consigne Article 23 est essentiellement fréquentée par un public masculin dont la majorité est sans papiers ; certains sont de passage et ne créent pas ou peu de lien d'attache avec l'institution ; avec d'autres, un lien se tisse progressivement entre les « disparitions » et les retours. Des accompagnements psycho-sociaux sont proposés à la demande des usagers. Ils peuvent prendre la forme de moments d'écoute et d'échange dans l'espace collectif ou en individuel, de démarches par téléphone ou par courrier. Il peut s'agir d'aide à la gestion budgétaire et, parfois, d'accompagnements mobiles à l'extérieur, par exemple à l'hôpital, au CPAS, dans des centres d'hébergement, rarement à domicile.

Deux travailleuses ont participé à la recherche-action. Elles ont chacune une formation d'assistante en psychologie, suivie d'une Licence en Sciences de la famille et de la sexualité. Elles travaillent depuis plusieurs années dans l'institution. L'une travaille mi-temps comme accompagnatrice psycho-sociale à la Consigne Article 23, et mi-temps au Service des Jeunes pour le rattrapage scolaire à domicile. L'autre est responsable du projet interne *Sur le Fil* comme personne ressource pour les travailleurs salariés et bénévoles de première ligne, lorsque ceux-ci sont en questionnement par rapport à leurs accompagnements. Elle co-anime les supervisions de la Consigne Article 23 et est aussi la personne de confiance dans l'institution.

L'équipe « Adultes » du **Centre de Santé Mentale Rivage - den Zaet** est composée de 10 thérapeutes: des travailleurs sociaux, des psychologues, un psychiatre et un médecin généraliste ; le directeur est un psychiatre qui n'exerce pas en tant que médecin dans l'institution. L'institution s'adresse à toute personne présentant une souffrance psychique et demandeuse de s'inscrire dans un suivi à moyen, voire long terme. Les demandes émanent des patients eux-mêmes, de médecins généralistes et de maisons médicales, de maisons d'accueil, de l'équipe du Petit-Château (Fédasil) et de toute autre institution. Le patient doit être capable de venir aux consultations sur rendez-vous ; il arrive qu'on rappelle leur rendez-vous aux personnes en difficulté, par téléphone. Il est convenu avec le patient une participation financière par entretien. La participation financière ne

peut cependant pas être un frein à la consultation, la gratuité est possible. Des personnes très chaotiques sont en général orientées vers la Cellule d'appui du SMES-B, le psychiatre responsable de l'équipe « Adultes » de Rivage travaillant également à la Cellule d'appui. Dans l'équipe, beaucoup de thérapeutes travaillent avec une lecture psychanalytique, certains ont d'autres approches de la maladie mentale.

Après une décortication de la situation, l'usager est orienté soit vers le travailleur qui semble le plus pertinent vu la problématique, soit vers une structure externe. Des co-consultations interdisciplinaires sont parfois organisées. Les thérapeutes tiennent un dossier de chaque personne.

L'APS du SSM Rivage - den Zaet est assistante sociale et possède une longue expérience professionnelle dans des structures offrant des soins de santé mentale. Elle s'inscrit par ailleurs à plusieurs types de formation continue en santé mentale. La majorité de son travail se déroule dans le cadre d'accompagnements dans l'institution, mais les accompagnements vers l'extérieur, et principalement des visites au domicile du patient, font partie des approches tout à fait intégrées dans le travail quotidien. L'APS n'accompagne toutefois à l'extérieur que ses propres patients, avec lesquels elle a tissé un lien au fil du temps.

La **Maison d'Accueil Socio-Sanitaire / Medisch-Sociaal Opvang Centrum (MASS/MSOC)** de Bruxelles est une structure ambulatoire d'accompagnement de personnes toxicomanes. L'équipe est composée de 5 médecins généralistes, 7 éducateurs, 5 assistants sociaux, 2 psychologues, 2 infirmières et d'un médecin directeur psychiatre.

Un espace d'accueil est à la disposition des usagers ; de là, ils sont orientés vers leurs différents thérapeutes. La prise en charge est pluridisciplinaire et basée sur l'identification d'un projet thérapeutique sur mesure pour chaque usager. L'accompagnement se veut holistique, s'adressant à la personne en souffrance dans sa globalité et en accord avec des principes de bas seuil d'accueil et de réduction des risques.

L'APS participant à la recherche-action est assistante sociale ; elle possède une riche expérience dans plusieurs domaines et est en voie de terminer un Master en Coopération au développement. Elle travaille mi-temps à la MASS depuis 2007 et s'est investie dans plusieurs groupes de réflexion concernant l'accès aux droits sociaux de base, et notamment le RAPS. Dans ses pratiques au quotidien, l'accompagnement psycho-social mobile s'articule avec ses autres activités d'accompagnement dans l'institution, comme c'est le cas pour certains autres collègues de travail.

Le **Service hospitalier psychiatrique du CHU Saint-Pierre** a été délocalisé sur le site César de Paeppe et, de ce fait, s'est éloigné des autres services psychiatriques de l'hôpital (Urgences psychiatriques, Liaison-Alcool, Liaison-Toxicomanies et Parentalité-Addiction), ce qui ne favorise pas l'intégration et la fluidité des soins. Le service met en place des hospitalisations volontaires de personnes souffrant de toutes sortes de problématiques mentales. La majorité des patients se trouvent en grande précarité sociale: personnes sans-abri, illégaux sur le territoire, personnes en grande difficulté financière, patients qui risquent de perdre leur logement.

L'équipe hospitalière est composée d'une quinzaine d'infirmiers, d'une éducatrice, d'un aide logistique, d'un kinésithérapeute, de quatre psychiatres, d'un médecin généraliste et d'une assistante sociale. La direction entreprend des concertations pour tisser de meilleurs liens avec les autres unités psychiatriques et les structures *extra muros*.

L'unité d'hospitalisation psychiatrique dispose actuellement de 30 lits et offre un accueil de relativement courte durée d'environ 3 semaines.

L'APS est la seule assistante sociale du service. Elle a également bénéficié de plusieurs formations en santé mentale. Son rôle est d'accompagner des candidats à l'hospitalisation en difficulté sociale, ce qui signifie notamment de trouver un financement pour l'hospitalisation et de préparer l'accès à la

continuité des soins après l'hospitalisation. Un dossier complet est tenu pour chaque patient. L'accompagnement psycho-social mobile ne fait pas partie de ses activités ; le service fait appel à une accompagnatrice sociale. La recherche-action a permis à cette APS de mettre personnellement en œuvre des accompagnements individuels à l'extérieur du service, en sus de ses tâches habituelles.

L'asbl Réseau Hépatite C a été créée en 2002 comme un réseau bruxellois regroupant des hépato-gastro-entérologues, des médecins généralistes, des travailleurs exerçant dans divers hôpitaux, maisons médicales, associations spécialisées dans la réduction des risques liés à l'usage de drogues et centres médicaux adaptés à la prise en charge de personnes toxicomanes. En 2006, une fonction d'accompagnateur psycho-social y a été rajoutée afin d'améliorer l'accès au suivi médical spécialisé et au traitement des personnes infectées par le virus de l'Hépatite C. La population des (ex-)toxicomanes injecteurs est actuellement le principal réservoir de ce virus.

Les deux accompagnateurs du Réseau Hépatite C ont participé à la recherche-action. L'une est psychologue, travaillant également mi-temps dans une structure ambulatoire prenant en charge des usagers avec problème de dépendance ; elle continue une formation étudiant la santé mentale dans un contexte de multiculturalité et de précarité. L'autre accompagnateur est assistant social ; il possède également une expérience dans le domaine de l'exclusion sociale et de la prise en charge pluridisciplinaire de la toxicomanie. Les accompagnateurs sont, dans la grande majorité des cas, contactés par des médecins travaillant dans des structures ambulatoires spécialisées dans la prise en charge de la toxicomanie, afin que leurs patients soient accompagnés dans le long suivi de la prise en charge spécialisée de l'Hépatite C, tout en liant les différents acteurs impliqués dans un réseau autour du patient. Ils ont un local à leur disposition sur le site César de Paepe du CHU Saint-Pierre et combinent travail de prises de contact et accompagnement dans et hors de l'institution. Leur participation dans la recherche-action s'est inscrite dans un souci d'échanger et de partager leurs compétences avec des collègues accompagnateurs.

L'Entr'Aide des Marolles : L'APS qui participe à la recherche-action est une sociologue qui a suivi des formations en médiation et en santé mentale en contexte social. Elle a plusieurs expériences de travail, notamment dans l'hébergement de mineurs placés en institution, au sein d'une maison médicale, en santé communautaire, dans l'accueil des patients et dans la coordination de projet. La fonction d'accompagnatrice *médico*-sociale qu'elle assume s'inscrit dans un projet ayant débuté fin 2010 visant à améliorer l'accès aux soins dans le quartier Rouppe à partir de 3 axes : soutien aux usagers, soutien aux professionnels et augmentation de l'offre de médecine générale dans le quartier. Ce projet est construit et mené en partenariat avec la Maison Médicale des Marolles, l'Entr'Aide des Marolles et le CPAS de la Ville de Bruxelles. L'accompagnatrice a pour but de favoriser l'accès aux soins des usagers en partant de leur demande et de participer à l'évaluation de la pertinence de cette fonction. Par ailleurs, à partir des accompagnements, elle nourrit la réflexion globale du projet sur les freins à l'accès aux soins et les pistes de solutions.

Les accompagnements peuvent être activés à la demande de trois partenaires: l'Entr'Aide des Marolles, la Maison Médicale des Marolles et les antennes Artois et Miroir du CPAS de Bruxelles-Ville.

La participation de l'accompagnatrice de l'Entr'aide des Marolles à la recherche-action est motivée par le souhait de nourrir et de se nourrir de la réflexion autour de la pratique d'accompagnement mobile et de son éventuel extension vers une fonction plus globale, incluant d'autres champs d'action.

6. 2. Différences dans la prise de notes dans les carnets de route

La méthodologie dans la rédaction des notes personnelles dans les carnets de route a été fort différente d'un APS à l'autre. Certains APS ont opté pour le suivi du canevas proposé (utilisant une liste non exhaustive d'indicateurs comme check-list), d'autres s'en sont plus ou moins écartés. Lors des interviews individuels avec les APS, il est devenu clair qu'il existait des différences d'un APS à l'autre dans la sélection des personnes à accompagner et à décrire. Certains limitaient le nombre de personnes à accompagner pour privilégier un travail en profondeur, d'autres accompagnaient beaucoup d'usagers (c'était la mission principale de leur institution et leur travail principal), mais choisissaient de décrire des personnes qu'ils considéraient les plus représentatives de la multitude et de la complexité des problématiques. D'autres encore décrivaient un grand nombre d'accompagnements. Dans presque tous les cas, il s'agissait d'une sorte de feuilleton, avec des descriptions qui s'inscrivaient dans le temps, au fur et à mesure que les accompagnements se déployaient ou que des personnes perdues de vue réapparaissaient.

6. 3. Caractéristiques des personnes accompagnées

Au total, 26 cas (10 femmes et 16 hommes) ont été décrits par les APS dans les carnets de route. Un cas a été couvert par deux APS, suite à une mission conjointe. L'âge moyen est de 46 ans. Pour 3 personnes, la nationalité n'est pas mentionnée ; 5 personnes sont d'origine belge, 18 d'origine étrangère. Par rapport au lieu de vie, 17 usagers se trouvent sans logement : 11 sont à la rue, 4 vivent en maison d'accueil, 2 sont logés par la famille. Des 9 personnes ayant un logement, 3 usagers bénéficient d'un logement social et 6 ont un logement privé. La majorité des personnes combinent des difficultés sociales : absence de logement ou logement précaire, problèmes d'inscription sociale (sans papiers, sans mutualité ni aide médicale urgente), problèmes financiers (absence ou perte de revenus, revenu d'intégration sociale, perte d'allocations d'invalidité, dettes). Dix personnes ont une histoire de violence.

Sur le plan de la santé mentale, 7 personnes ont une psychose confirmée ; pour 11 personnes, il est signalé un abus ou une dépendance aux substances psychoactives ; 4 personnes présentent des troubles de l'humeur (y compris des tentatives de suicide), 2 des troubles cognitifs sévères, 5 des troubles non spécifiés et 2 des antécédents de mise en observation.

En ce qui concerne les problématiques somatiques, les problèmes d'hygiène sont très fréquents, entraînant des plaies (notamment chez une personne se déplaçant pieds nus). Un nombre de problèmes de santé physique graves est mentionné, comme un cas d'insuffisance rénale nécessitant une dialyse, une hépatite C chronique active compliquée de cirrhose, un cas de cécité causée par un diabète non contrôlé, une gangrène nécessitant une amputation partielle du pied et un cas de la maladie de Crohn.

L'APS de l'Entr'Aide des Marolles était impliquée dans une autre recherche et n'a pas produit d'études de cas dans le cadre de cette recherche-action. Des 43 personnes accompagnées dans le cadre de sa recherche investiguant l'accès aux soins dans le quartier Rouppe, 21 répondaient au critère de la combinaison d'exclusion sociale et de trouble mental. Plus de 80% dépendaient du CPAS pour des revenus et/ou une couverture sociale.

6. 4. Confrontation avec la problématique sociale et mentale

La raison primaire du contact de l'APS avec l'usager varie ; dans certains cas, il s'agit plutôt d'un problème social (absence de revenus, de logement, de couverture de soins de santé), dans d'autres d'un problème de santé (intoxication permanente et/ou dépendance, décompensation psychotique, maladie somatique) et, parfois, l'accumulation de plusieurs problèmes est d'emblée saillante.

Chaque institution accueille des usagers sur base de sa mission, de son mode de financement, de ses pratiques et de sa philosophie de travail. Le contact est initié soit par une demande quelconque de l'utilisateur, soit par l'identification d'un besoin par un travailleur. D'une institution à l'autre, la réaction par rapport à une demande de l'utilisateur peut varier. Ainsi, à Rivage - den Zaet, les patients se présentent avec une demande d'aide dans le domaine de la santé mentale et sont tenus de respecter leur rendez-vous. Le thérapeute met en place un cadre favorisant la régularité du patient, le rappelle par téléphone ou se déplace à domicile. La contribution du patient est négociable en fonction de ses revenus. Des personnes qui paraissent trop chaotiques pour se plier à ces exigences sont réorientées, par exemple vers la Cellule d'appui du SMES. Cette stratégie est facilitée par le fait qu'un même psychiatre combine des activités professionnelles dans les deux structures précitées.

Le type de demande des usagers diffère d'une institution à l'autre et peut varier dans le temps. Une personne qui se présente dans un asile de nuit, par exemple, à la recherche d'une nuitée gratuite au chaud et en sécurité, peut formuler d'autres demandes au cours de la nuit ou le lendemain matin, avant de partir. Dans le cas du travail de rue de l'asbl Diogènes, le contact est souvent initié par l'APS qui identifie de graves problèmes d'ordre social et mental sur base de récits de vie et d'observations.

D'un côté, l'accès aux soins et au traitement est conditionné par la situation sociale, par exemple la couverture par une mutuelle, une carte médicale, une procédure d'aide médicale urgente, mais aussi la capacité financière de payer le transport, d'avancer l'honoraire du médecin et de payer une partie du coût du traitement. L'état mental peut conditionner l'aide que l'on peut apporter et d'éventuels résultats que l'on ose espérer des interventions auprès de chaque usager. Les APS soulignent que la présence d'un trouble mental rend difficiles les démarches sociales, et les exigences de la sphère sociale augmentent parfois la frustration, la paranoïa, la dépression et d'autres troubles mentaux chez l'utilisateur. La vie dans la rue complique aussi l'accès à et la prise (correcte) du traitement médicamenteux.

6. 5. L'accompagnement psycho-social mobile : Les objectifs

Proactif ou réactif ?

Quel est l'objectif d'un accompagnement mobile, et qui fixe cet objectif ?

Certains disent que c'est la demande de l'utilisateur qui doit guider la proposition des interventions : « ... *il est important que nous respections le rythme du patient, et que nous ne projetions pas notre propre désir sur le patient. Il faut travailler sur base de sa demande.* »

Dans certains cas, l'APS se heurte à l'absence de demande, voire au refus d'aide de la part de l'utilisateur. Un élément central est ici la communication. Une demande peut s'exprimer de multiples façons. Quelqu'un qui se couche en plein milieu du trottoir ou sur la route exprime quelque chose. Toute la difficulté est dans le décodage, qu'il s'agisse d'un langage non verbal, par exemple dans le cas de difficultés linguistiques, ou verbal : « *Que veut dire quelqu'un qui repousse le travailleur de rue en disant que vivre à la rue, c'était son choix ? Ce qu'il communique par là, c'est son besoin de préserver une part de fierté, de dignité.* »

Les rencontres par petites touches, par ajustements permanents pourraient apparaître à l'observateur externe comme de la passivité, alors qu'elles s'avèrent plutôt le pendant de l'attitude proactive.

Les priorités peuvent diverger d'un point de vue à l'autre, de l'utilisateur, de l'APS, de l'équipe institutionnelle, d'autres intervenants. La question de la demande est encore plus épineuse si l'accompagnement mobile a été décidé par une personne autre que l'APS. Un APS s'est vu obligé de changer de direction pour adapter l'accompagnement mobile aux priorités de l'utilisateur, plutôt qu'à celles de l'autre intervenant.

Au fil du temps, des liens se nouent entre l'APS et l'utilisateur. Les demandes et les besoins peuvent changer.

Certains APS optent pour une présence active, parfois proactive, et une *bemoezorg* (Tielens et Verster, 2010), une forme d'interventionnisme attentionnée respectant et protégeant au maximum ce qui est préservé en termes de capacités chez l'utilisateur.

Dans l'ensemble des descriptions de cas et des discussions de groupe, les objectifs suivants peuvent être distingués :

- *Faire exister quelqu'un, quelque chose*

Un des objectifs mentionnés par les APS était de faire exister l'utilisateur, en lui rendant une place d'humain dans la société et en faisant exister chez lui un désir, un projet quelconque. Un APS exprimait sa façon de soutenir un utilisateur par sa seule présence : « *Je ne peux toucher à rien, je suis juste présente et, pour l'instant, c'est dans cette présence qu'elle puise de l'énergie pour se mettre à l'œuvre.* »

- *Faire parler, s'exprimer quelqu'un*

Un second objectif, c'est de motiver quelqu'un à parler, à s'exprimer. Il s'agit d'un échange, d'un partage; certains APS revendiquent le droit de l'utilisateur à être entendu : « *Il s'agit, avant tout, de soutenir la personne à exprimer son point de vue et de veiller à ce que ce point de vue soit entendu ...* ».

Certains APS font remarquer que l'accompagnement de l'utilisateur à l'extérieur est également un précieux outil d'investigation, dont les résultats sont à partager avec l'équipe car ils peuvent aboutir à une meilleure appréciation de la situation et, au niveau médical, à des diagnostics psycho-sociaux.

- *Faire bouger quelqu'un, quelque chose*

Un troisième objectif mentionné est de faire bouger : l'utilisateur d'abord, mais aussi un projet, une démarche administrative, une mise au point médicale. Beaucoup d'accompagnements mobiles prennent forme dans le cadre d'une *démarche*. Plusieurs APS ont mentionné le risque de passer à côté des résiliences et du propre réseau de l'utilisateur, ou de renforcer une attitude d'assisté en proposant des accompagnements : « *ils ont tellement l'habitude d'attendre des solutions de nous ...* »

Aussi, il arrive qu'un accompagnement mobile fasse bouger une structure, suite à une collaboration sur le terrain entre des travailleurs d'institutions différentes. Ainsi, l'asbl Diogènes a entrepris un partenariat avec Puerto, une structure du CAW Archipel, pour trouver des solutions de logement pour des utilisateurs sans-abri souffrant de sévères problèmes de santé mentale.

6. 6. L'accompagnement psycho-social mobile : Mise en place et déroulement

L'essence de la pratique de l'accompagnement psycho-social mobile est décrit comme un travail « *...en solo, avec comme principal outil sa propre personne* ».

Travail de proximité

L'accompagnement à l'extérieur d'une institution semble aussi caractérisé par l'invisibilité du cadre institutionnel habituel. Notons que dans certains cas, le lieu de vie de l'utilisateur et le lieu de travail de l'APS, c'est la rue. Lors d'un accompagnement mobile, la rencontre entre l'APS et l'utilisateur se déroule dans le lieu de vie de ce dernier ou en faisant un bout de chemin ensemble vers un lieu de démarche. Cela peut mener à des rapports de grande proximité : « *C'est un don contre don, une*

possibilité d'échange. Le patient n'est pas le seul qui reçoit ... » « ... on doit chacun s'adapter à l'endroit où on va ensemble ».

Certains APS utilisent le caractère informel du travail extra-muros dans un but clinique : « *Je ne veux pas que ce soit un entretien formel, qui risque d'entraver l'atteinte du climat convivial dont la patiente est en demande* ». D'autres APS font remarquer « *qu'une rencontre peut être formelle dans un lieu informel, et très informelle dans un lieu formel* ».

Travail de lien

Le risque de confusion du rôle et de la fonction de l'APS dans le travail de l'accompagnement mobile a été soulevé : « *Suis-je un copain, un ami ? un compagnon de route ? une source de soutien dans une situation difficile particulière ?* »

La création d'un lien de confiance est présentée comme primordiale. Il faut donc tenir un fil pour laisser du temps à l'usager, pour qu'il apprenne à mieux comprendre le rôle de l'APS. Un APS remarquait qu'après des mois de tentatives pour rentrer en contact avec une jeune personne délirante dans la rue « *nous nous situons toujours dans les préalables* ».

Un autre APS expliquait qu'en nouant un lien avec des usagers dans la rue, il instrumentalise leur besoin affectif à des fins cliniques, pour améliorer leur estime de soi.

Risques du métier

Les risques du métier pour l'intégrité physique et mentale de l'accompagnateur ont été abordés dans les carnets de route et pendant les interventions, les entretiens individuels avec les APS et les focus groups.

L'idée générale était que l'accompagnement mobile ne mettait que rarement l'APS en danger physique. On associait principalement la violence au milieu institutionnel ; le milieu hospitalier paraît par exemple régulièrement perçu comme hostile par les usagers. Un APS a évoqué une situation très compliquée quand un collègue lui a demandé d'accompagner en urgence un usager au service d'urgences : « *... durant tout le trajet en transport en commun, la personne était ingérable, agressait les gens, on voyait bien que les passagers avaient peur de lui, j'essayais sans cesse de le contenir. En plus, je ne connaissais pas bien l'usager ...* ». Il est intéressant de noter que l'APS est parfois perçu par d'autres intervenants comme agent apaisant : « *L'assistante sociale du CPAS demandait que l'on accompagne physiquement la personne, de peur d'une agression !* »

Le risque pour l'intégrité physique de l'APS peut venir du fait de se trouver au mauvais moment au mauvais endroit, d'être témoin de conflits entre l'usager et de personnes de son entourage, dans la rue ou sur son lieu de vie. Un APS expliquait avoir appris à éviter certains endroits dès l'après-midi pour éviter des confrontations avec ou entre des personnes imprégnées. Le contact rapproché avec des personnes en situation socio-sanitaire précaire pose parfois la question de contagiosité de maladies infectieuses, telles que parasitoses cutanées ou tuberculose. Le sentiment d'insécurité semble parfois être contagieux, c'est à dire transmis par des collègues sans que l'APS n'ait été ni témoin ni victime d'incidents particuliers.

D'un autre ordre sont, pour l'APS, les risques sur le plan psychique. Au fil du temps, beaucoup d'APS nouent un lien confidentiel avec l'usager. Le manque de clarté par rapport au partage du secret professionnel entre collègues a été évoqué à plusieurs reprises. L'accompagnement mobile augmente le contact plus direct, non seulement physiquement mais aussi émotionnellement plus proche de l'usager. Il arrive que le temps fasse défaut pour nouer des liens avec certains usagers. Dans un cadre socio-économique plus global, certains APS mentionnent l'insécurité à long terme de leur propre contrat de travail.

Heureusement, beaucoup d'APS mentionnent qu'ils peuvent compter sur le soutien de leurs pairs, d'autres membres de l'équipe et des directeurs, ce qui aide à parer les sentiments de frustration,

d'isolement, de découragement et évite le burn-out. D'autres regrettent le peu de cas que l'institution fait d'incidents et le manque d'implication des collègues et des supérieurs. Dans certaines institutions, un soutien professionnel individuel est offert aux membres d'équipe victimes d'agression.

6. 7. L'accompagnement psycho-social mobile parmi d'autres pratiques

L'accompagnement mobile s'inscrit différemment dans le temps et dans les pratiques habituelles de travail de chaque APS. Pour certains, l'accompagnement mobile permet de multiples observations, parfois intermittentes, parfois fréquentes, de l'utilisateur dans son lieu de vie (la rue, à domicile), permettant des constats plus précis de la problématique et des capacités encore préservées. Pour d'autres, l'accompagnement mobile est une pratique greffée sur leurs contacts tout à fait aléatoires (à l'asile de nuit) ou pendant des périodes relativement courtes (en milieu hospitalier). Dans d'autres contextes, l'accompagnement mobile est décrit comme un outil parmi d'autres et mis en place en fonction de la situation, du contexte, de la demande (par exemple en centre de jour pour personnes sans-abri, en centre de santé mentale ou en centre ambulatoire pour toxicomanes).

Selon certains, la formation de base des APS influence l'objectif et la façon d'aborder l'accompagnement mobile. Ainsi, une formation (para)médicale vise la procuration de soins et prépare à l'observation et à la description non seulement des problèmes mais aussi des capacités encore préservées ; par contre, le professionnel (para)médical est moins formé pour prendre en compte le contexte social plus large. Or, la formation de travailleur social cible plutôt l'autonomie et les projets de l'utilisateur et vise l'identification d'obstacles en vue de les surmonter par l'action. Le choix et la mise en œuvre des pratiques pourraient donc être influencés par la formation et par l'expérience de l'APS.

6. 8. L'accompagnateur psycho-social et son institution

Place de la pratique de l'accompagnement mobile dans l'institution

Dans certaines institutions, l'accompagnement physique extra-muros de l'utilisateur ne fait que peu, voire pas du tout, partie des pratiques habituelles et n'est pas retenu dans les descriptions de poste des travailleurs. Certains APS n'ont pas d'accompagnateurs-pairs dans l'institution. L'absence de collègues avec qui partager des réflexions ou chercher à résoudre des difficultés sur le terrain est décrite comme étant déroutante et démotivante. Certains disent se heurter à l'indifférence, l'incompréhension, voire au jugement de collègues qui les perçoivent comme « *maternant* » ou « *infantilisant la personne* », ou encore « *la freinant dans son regain complet d'autonomie* ». Dans d'autres cas, l'APS s'est senti investi par son équipe comme instrument, réduit à une fonction de passeur de l'utilisateur vers les services adéquats, sans prise en compte de sa double expertise sociale et mentale.

Manque de temps

Une ressource jugée capitale, mais qui fait souvent défaut, est le **temps**. Pour les accompagnements mobiles et les visites à domicile, on estime qu'il fallait au moins 2 à 3 heures, parfois plus. Certains accompagnements peuvent prendre toute une journée, par exemple pour la visite avec l'utilisateur d'un membre de sa famille habitant à l'extérieur de la ville. Nombre d'APS font état de compétition entre le temps prévu pour les accompagnements mobiles et les autres activités qui font partie de leur travail au quotidien. Beaucoup d'APS travaillent à temps partiel et cela demande de jongler entre différentes activités. Certains se sont régulièrement sentis dans l'embarras car leur absence dans l'institution risquait de déforer l'équipe. Dans certains cas, la seule alternative semblait de déplacer ou d'annuler l'accompagnement.

Souci de productivité

Le mode de financement varie d'une institution à l'autre et ne permet pas toujours de facturer les accompagnements mobiles, comme c'est le cas pour d'autres prestations. Il arrive que la comparaison entre les prestations d'accompagnement à l'extérieur et celles des autres activités (et des collègues qui en font moins) ne résulte pas en faveur de l'APS, qui ne se sent pas productif pour son institution : *« A certaines périodes, c'est un réel et périlleux exercice d'équilibre, à d'autres c'est nettement plus calme. Il faut donc que l'institution accepte ce type de travail qui n'est pas rentable. »*

Les accompagnements mobiles peuvent demander beaucoup de temps et de disponibilité de la part de l'APS, également en dehors des heures de travail, ce qui pose la question de la rémunération du travail. Un accompagnement au CPAS est de préférence programmé tôt le matin. *« ... et alors, c'est à espérer que le patient va arriver, parfois j'attends jusqu'à une heure, c'est ma limite avant d'abandonner. (...) Les accompagnements à l'extérieur ont souvent lieu hors des heures de travail, comptant pour des heures supplémentaires non payées mais récupérables comme congé, ce qui ne plaît pas toujours aux collègues de travail. »*

Mise en œuvre de la pratique

La mise en place de l'accompagnement mobile n'a pas toujours été suivie d'un aménagement particulier du travail quotidien, ce qui est source de surcharge : *« ...ce n'est pas parce qu'on a prévu du temps pour faire des accompagnements à l'extérieur qu'on a réduit le reste du travail ; quand je suis de retour dans l'institution, il m'attend autant de travail qu'avant ... (...) La participation à ce projet a été acceptée, mais on n'a pas réfléchi comment le mettre en œuvre pratiquement. »*

La mise en place d'un accompagnement à l'extérieur pose aussi régulièrement la question du déplacement. Cette question a été abordée pour certains dès le départ, ou négociée dans l'institution après mise en difficulté de l'APS. Il s'agit non seulement du déplacement du travailleur mais également de l'usager, qui peut solliciter de l'argent de l'APS ou frauder en prenant le transport en commun en présence du travailleur. Un APS a pu négocier des chèques taxi après s'être senti contraint de prendre un usager dans son véhicule privé.

Reconnaissance, soutien, cohérence

Dans nombre de cas, les APS peuvent compter sur le soutien informel des collègues, notamment les référents de l'usager dans l'institution, qui savent mesurer les difficultés qu'ils rencontrent. Certains bénéficient d'un coaching de la part de collègues psychologues. Plusieurs APS travaillent part-time dans une autre institution, ce qui permet l'enrichissement d'expériences personnelles et l'acquisition de compétences polyvalentes, et élargit le travail de réseau.

Si plusieurs APS travaillent en équipe pluridisciplinaire, l'avantage d'une prise en charge globale de l'usager paraît parfois mis à mal par le compartimentage entre différents intervenants et l'absence de mise en commun des informations. Il arrive en effet que l'usager se comporte différemment avec différents collègues et selon l'endroit, ce qui entraîne des interprétations et des conclusions contradictoires par rapport à la pertinence de l'accompagnement.

Certains APS regrettent le manque de nuance vis à vis de la complexité de chaque situation. Pour certains usagers au moins, un travail psycho-social d'ordre palliatif à long terme, avec approche holistique et accompagnement global, serait indiqué.

6. 9. L'accompagnateur psycho-social et le réseau

Les participants à cette recherche-action ont identifié de nombreux obstacles en lien avec le travail en réseau.

Manque de cohérence

Dans le contact avec d'autres institutions, les APS signalent des pratiques inadéquates par rapport à certains usagers. Par exemple, l'exigence de se présenter sur rendez-vous et de formuler une demande claire : « ... dans le contact avec ce public, on ne tient pas compte des difficultés qu'ils ont à se confier... »

Il est difficile de travailler en collaboration avec des professionnels qui ont des objectifs tout à fait différents comparés à ceux de l'accompagnateur. Certains APS affirment qu'il existe beaucoup de préconceptions chez les collègues du réseau, peut-être dues à un manque d'information, à un refus de mieux comprendre la complexité des usagers ou encore à changer leurs stéréotypes. Le travail en partenariat est difficile si « chaque service paraît exclure certaines réalités ».

Comment prendre, par exemple, un rendez-vous nominatif chez un psychiatre d'une autre institution pour une personne délirante qu'on accueille anonymement ? De plus, la temporalité du travail de chacun (certains travaillant la nuit ou en soirée et d'autres le jour) rend le partenariat compliqué, voire impossible, et si on affirme pouvoir compter sur des collègues motivés et créatifs, certains APS font part de la crainte de perdre toute crédibilité si on n'arrive pas rapidement à faire avancer les choses.

Saturation et exigences du réseau

Un constat général est que le réseau avec lequel les APS souhaitent travailler est surchargé, voire complètement saturé. Il s'agit notamment des structures du CPAS (dont certains limitent le nombre de personnes accueillies par jour) et des structures de logement, tant social que privé. Pour les soins de santé mentale, il existe des listes d'attente pour les consultations et les hospitalisations en psychiatrie. Pour les personnes qui ne peuvent pas se maintenir à domicile, l'accès à des structures résidentielles est très limité.

Par ailleurs, l'accès pour un public à problèmes multiples est restreint, ce qui est dû à des exigences d'abstinence de produits psycho-actifs, de vie commune participative, de limite d'âge. On évoque également le manque de structures d'urgence et de permanence la nuit et le week-end.

Etude de cas

En équipe, le comportement d'un usager SDF, Marcel, est discuté : il est de plus en plus agressif verbalement et physiquement. Une sanction est proposée, mais l'APS, Joëlle, relève sa souffrance, tant au niveau mental que physique. Après discussion avec l'usager ressortent des problèmes liés aux assuétudes et aux troubles de l'humeur. La personne est d'accord de se faire aider pour chercher une solution et Joëlle contacte plusieurs intervenants, notamment une collègue, Martine, qui travaille dans une structure hospitalière, en vue d'accompagner Marcel à l'hôpital. Celle-ci en parlera à son psychiatre et rappellera.

Peu de temps après, Martine rappelle pour informer Joëlle qu'elle a pu obtenir un entretien de préadmission une semaine plus tard. Cependant, elle a impérativement besoin des coordonnées exactes de Marcel pour la confirmation du rendez-vous. Travaillant dans l'anonymat, Joëlle n'a pas ces données et n'a pas revu Marcel.

Martine suggère de contacter le centre d'hébergement d'urgence où Marcel se présente parfois. Après réflexion, Joëlle décide de ne pas le faire. Marcel aurait pu s'y présenter sous un autre nom, comme le font encore d'autres personnes dans l'errance et, de plus, comment va-t-il réagir en apprenant que Joëlle détient ces infos sans être passée par lui-même ?

Il est convenu de « réserver » provisoirement le rendez-vous sous un nom fictif, mais Martine demande à avoir rapidement les coordonnées correctes, faute de quoi le rendez-vous sera automatiquement annulé. Marcel n'arrivera pas...

Un APS a exprimé le besoin d'initiatives « housing first » sur le territoire de Bruxelles-Capitale, en se référant aux résultats prometteurs de ces projets aux USA et aux conclusions des experts de la Conférence Européenne sur le sans-abrisme de 2010 à Bruxelles (Expertenbijdragen, 2010).

Pas de reconnaissance de l'APS comme un collègue de travail et comme professionnel

Au cours des accompagnements mobiles, les APS trouvent la confrontation au pouvoir médical parfois frustrante. Leurs connaissances et leurs expériences ne sont souvent pas prises en compte. Ils ne se sentent pas reconnus comme des collègues de travail à part entière, tout au mieux comme des personnes qui ont véhiculé l'usager chez le spécialiste. Ils sont parfois confrontés à des réactions un peu condescendantes comme « *vous êtes des braves* », « *... des bien gentils ...* » et à des changements de discours en fonction de la perception de leur personne : « *On m'approche tout à fait différemment selon que je me présente comme travailleur de rue, comme infirmier psychiatrique ou comme ayant un master en santé mentale ...* »

A chacun son réseau

Plusieurs APS disent développer leur propre réseau de collaborateurs. Les collègues travaillant dans la même institution semblent avoir des pratiques semblables, avec relativement peu d'échanges d'information et de partages entre les APS à ce niveau. Ce réseau personnel se construit au fil des années d'expérience. Les APS disent pourtant être intéressés à faire connaissance des réseaux des collègues APS. Certains regrettent l'illisibilité des réseaux de soins et l'absence d'outils pour repérer efficacement des partenaires.

Le Réseau d'Accompagnateurs Psycho-Sociaux

Les APS ont discuté de la pertinence du dispositif d'un réseau d'accompagnateurs psycho-sociaux mobiles. Les échanges étaient généralement considérés comme fructueux, même si pour certains les pratiques habituelles n'ont pas nécessairement changé : « *Le RAPS permet d'entendre d'autres professionnels de terrain ...(...) C'est un autre éclairage, pour mettre en évidence comment nous, on fait chez nous aussi, comment on trouve la justesse autrement. Cela donne une épaisseur à notre pratique à nous ...* »

Le RAPS a abouti à quelques échanges plus informels entre certains APS et même à quelques missions communes sur le terrain. D'autres APS possédaient déjà une expérience de partenariat sur le terrain, par exemple entre l'Espace Social Télé-service et Diogènes. Les groupes focaux ont par contre révélé un manque de structure et de coordination de la communication au sein du RAPS, ainsi qu'une certaine confusion sur le rôle de la chercheuse.

Intervisions

Les intervisions ont été jugées soutenantes, particulièrement par les APS qui disaient manquer de possibilités de partage et de réflexion en groupe dans leur institution : « *Pour l'accompagnement de certaines personnes, on s'affronte à des situations où les "cases" sont non existantes. (...) Le travail en réseau permet un échange par rapport aux personnes-ressources de chacun. Comparer ses pratiques permet de voir la nécessité d'un accompagnement global.* »

Les échanges entre collègues APS ont permis à certains de voir l'importance de réflexions dans l'action : « *Il n'y a pas eu de changement de pratique, mais avant, on était tout le temps pris dans l'action. Ici, on a pris le temps de la réflexion (...) cela permet de prendre du recul, et de voir que c'est utile de prendre du recul.* »

La dynamique des échanges glissait par moments d'une intervision (qui vise une construction commune des savoirs par le groupe des participants) vers une supervision (où le groupe cherche l'expertise d'une personne présente). Ce phénomène avait déjà été noté lors d'une intervision hors contexte RAPS dans le passé. Plusieurs APS ont regretté ce changement de dynamique.

Les participants de la Cellule d'appui ont fait remarquer le manque de temps pour prévoir une présentation et une visite des lieux de chaque institution avant d'entamer les interventions RAPS, contrairement aux cycles d'intervention annuels organisés par le SMES-B. Ces présentations auraient pu améliorer la connaissance du fonctionnement de chaque structure.

Cellule d'appui du SMES-B

Plusieurs APS ont fait appel à la Cellule d'appui du SMES pour demander conseil ou aide lors d'un accompagnement mobile difficile. Cette structure se profile comme étant de seconde ligne, en appui aux professionnels en impasse devant une personne combinant exclusion sociale et trouble mental, dans le but d'identifier de nouvelles pistes de travail pour le professionnel et de débloquer la situation. Un APS formule son contact avec la Cellule comme ceci : « *La Cellule d'appui du SMES m'a apporté du soutien pour un cas particulier. Le fait de ne pas avoir d'équipe, pas de partenaires sur qui m'appuyer ... on a parfois besoin d'aide dans la réflexion, venant de personnes qui font une partie des réflexions avec toi, sans qu'ils t'apportent pour autant des réponses.* »

Par contre, un constat presque général est le besoin d'appui de professionnels spécialisés en santé mentale *sur le terrain*, avec et pour l'utilisateur. Il s'agit d'une autre pratique de la Cellule d'appui, généralement considérée comme exceptionnelle. Après de multiples contacts peu heureux avec le monde institutionnel de la psychiatrie, un APS avait particulièrement apprécié le bon accueil de l'utilisateur et le partenariat avec la Cellule d'appui, en vue d'une mise en place d'un traitement. Le recours aux médecins de la Cellule comme intermédiaires entre l'APS et le corps médical est possible, surtout dans des situations où le secret médical est concerné. Certains APS ont exprimé le regret de ne pouvoir faire appel à la Cellule d'appui pour des situations d'urgence.

6. 10. L'accompagnateur psycho-social comme témoin des défaillances institutionnelles et du changement sociétal radical

A l'unisson, les APS ont fait part de leurs confrontations aux exigences sociales excessives, aux procédures inadéquates, à l'impact du système de soins trop souvent anonyme et à la fois trop contrôlant sur la santé mentale de l'utilisateur fragilisé, pouvant provoquer ou aggraver la décompensation, le retrait, la dépression. Il arrive qu'ils se sentent complices malgré eux du système en place « *où le mental doit se plier au social.* »

Certains parlent de l'accompagnement mobile, non comme une prolongation de l'accueil à d'autres niveaux institutionnels, mais comme « pansement », compensant les défaillances d'un service d'accueil distant et pressé. Il arrive que l'APS se voie obligé de contrebalancer les ignorances, voire la mauvaise foi des collègues travailleurs, notamment face à la complexité de procédures en place. Un APS évoquait le témoignage du président d'un CPAS quant au grand turn-over parmi ses travailleurs sociaux, ce qui d'une part obligeait les responsables à investir sans cesse pour former de nouvelles recrues et, d'autre part, expliquait le manque de compétences de certains d'entre eux.

Certains APS évoquent leurs échecs des tentatives les plus hardies pour trouver une institution qui puisse prendre en charge à long terme des personnes à multiples problèmes. Un APS témoignait des difficultés à trouver un hébergement pour une personne relativement jeune, vivant à la rue et combinant une psychose et la maladie de Korsakoff.

Il arrive fréquemment que les APS rencontrent des préjugés et des stéréotypes chez leurs collègues des structures sociales partenaires, pourtant incontournables dans la quête à l'inscription sociale et à l'accès aux soins adéquats. Certains APS disent remplir un rôle de garant de droit face à des attitudes et des actes qu'ils qualifient de discriminatoires, voire maltraitants. « *Quand j'accompagne*

une personne (...) sa parole est valorisée, car une personne est là pour la soutenir, pour s'assurer qu'il a le temps suffisant pour poser ses questions, cela rééquilibre le rapport de force. »

Ils sont aussi témoins de la frustration de nombre de travailleurs sociaux, notamment dans les CPAS, tenus à « un travail procédural et incohérent, alliant l'offre de soutien et le refus d'accès à l'aide ».

Témoigner de tels dysfonctionnements en faisant entendre la voix des usagers semble très difficile.

6. 11. Conditions d'un bon accompagnement

6. 11. 1. Conditions essentielles de travail

Un certain nombre de conditions sont considérées comme essentielles pour mettre en œuvre des accompagnements mobiles de personnes combinant de multiples problèmes.

Qui décide de l'accompagnement mobile ?

A plusieurs reprises, il a été demandé à des APS d'accompagner à l'extérieur une personne qu'ils ne connaissaient pas. Cela a été perçu comme inadéquat. Dans un cas, l'usager a admis, après un entretien confidentiel avec l'APS, avoir d'autres priorités et a souhaité changer l'objectif de l'accompagnement mobile. Dans un autre cas, l'APS a manqué d'outils lors du déplacement avec une personne qui avait un comportement agressif. Il est souligné l'importance du lien avant d'envisager un accompagnement mobile.

La gestion du temps

La question du manque de temps a été évoquée par tous et à différents stades de l'accompagnement mobile. La frustration de ne pas avoir suffisamment de temps a aussi renvoyé à la reconnaissance du travail, notamment son caractère particulier, et à la situation financière de l'institution : « *Je pense que l'APS doit pouvoir aménager son temps en fonction des périodes, des besoins, des situations dans lesquelles se trouvent les patients. (...) Il ne peut y avoir d'exigence de rentabilité de la part de l'institution dans laquelle travaille l'APS. Nous ne devons pas être surchargés de rendez-vous fixes et devons pouvoir gérer, aménager notre temps d'accompagnement et de consultations en fonction des suivis en cours et des situations dans lesquelles se trouvent nos patients. » « Il faut de la souplesse, car un accompagnement demande une disponibilité d'esprit et de temps. Et l'institution doit être prête à en donner à minima, sinon il s'agit d'une mission impossible. »*

Partage et reconnaissance du travail

L'accompagnement mobile est en général considéré comme une pratique s'inscrivant dans un ensemble d'approches. Le soutien des collègues a été sollicité en temps d'incertitude, de stress, de découragement, voire d'insécurité ou même d'incidents violents. Les discussions entre collègues permettent d'échanger des informations et d'éclaircir les idées, les points de vue. A cette fin, on demande l'aménagement de temps et d'espace pour permettre des échanges réguliers et formalisés. Certains APS se sont fait la réflexion que, si les collègues n'étaient que modérément intéressés par leur travail et que l'approbation explicite de l'accompagnement mobile par les supérieurs leur avait manqué, ils auraient aussi pu tenter d'échanger plus souvent avec les collègues ou réclamer plus d'attention pour leur travail au quotidien.

Pairs

Des discussions entre pairs accompagnateurs mobiles permettraient de mieux aborder les contours de la fonction d'APS et les questions concernant la pratique au quotidien : « *Quand on est saturé, un collègue peut reprendre le suivi temporairement, ou on peut décider de recevoir l'utilisateur à deux. Cela ne peut se faire qu'avec quelqu'un qui est au courant de la situation.* » Tous les participants n'avaient pas de pairs accompagnateurs mobiles dans l'institution, mais certains ont trouvé ce soutien dans le dispositif du réseau d'accompagnateurs de la recherche-action : « ... *ces réunions mensuelles sont l'occasion d'échanger avec des personnes qui se posent des questions similaires. Ça fait un bien fou.* »

Il a aussi été soulevé que des échanges avec des pairs permettent de relativiser ses propres expériences et de voir que d'une situation similaire à l'autre les perspectives peuvent être tout à fait différentes.

Cadre institutionnel

Il est suggéré qu'il faut un dispositif flexible, à adapter à chaque situation ou intervention : « *Dans l'accompagnement psycho-social, il me semble nécessaire de s'adapter au rythme du patient et de ne pas lui imposer un fonctionnement prédéfini. Un cadre trop strict pourrait même aller, je pense, jusqu'à nuire au lien, si précieux et si fragile, qu'on entretient avec le patient. Le cadre peut donc être élaboré en fonction de chaque patient.* »

On a insisté sur le besoin de clarifier le cadre afin l'APS soit suffisamment indépendant, et à la fois perçu comme tel. Ainsi, les travailleurs dans l'institution ou dans le réseau ne peuvent en aucun cas utiliser le refus d'un accompagnement mobile par l'utilisateur pour justifier un retrait de droit. Les utilisateurs eux-mêmes doivent pouvoir faire directement appel au service d'accompagnement mobile.

Par ailleurs, le cadre sert à introduire un tiers dans la relation entre l'utilisateur et l'APS, comme évoqué lors d'une intervision : « ... *il faut reposer les limites, car on se trouve devant un mécanisme [chez l'utilisateur] de repousser sans cesse des limites et du cadre institutionnel ...* »

Balises éthiques

La question de la confidentialité a été soulevée à plusieurs moments. Les caractéristiques d'un lien peuvent changer d'un cadre à l'autre. Lors de l'accompagnement mobile, l'évolution de l'APS et de l'utilisateur dans un espace et avec un objectif décalés par rapport à l'institution, amène parfois l'utilisateur à faire des confidences. Dans certains cas, l'utilisateur peut explicitement demander de ne pas partager ces confidences avec l'équipe. Dans d'autres cas, l'APS est témoin d'actes plus ou moins reprochables de la part de l'utilisateur. Ou il peut être tenté de s'informer auprès d'autres intervenants pour obtenir des informations nécessaires à l'avancement du suivi (voir aussi l'étude de cas pg 29). Les APS soulignent le besoin qu'ont certains d'utilisateurs de cacher (une partie de) leur passé, afin de se reconstruire auprès d'autres personnes, et dans un autre lieu. Dévoiler des éléments de ce passé pourrait même leur coûter le réseau qui les soutient actuellement.

Le concept du secret professionnel a été éclairci au cours de certaines intervisions et il a été suggéré que l'institution et l'équipe sont les meilleures ressources pour travailler et démêler ce genre de questions.

Adaptabilité des moyens de travail au changement de la situation, des besoins.

Certains participants travaillent depuis des années comme APS. Ils signalent la nécessité de construire la pratique et d'adapter les conditions de travail au fil du temps. Par exemple, le besoin d'un GSM ou de moyens de déplacement doit parfois être renégocié en fonction du budget disponible, des incidents qui se sont produits ou des besoins qui se font sentir. Cela nécessite le soutien de l'institution et de la direction. *« Il doit être possible de négocier un GSM institutionnel; c'est aussi symbolique (...) Il est important de faire reconnaître, voire connaître, le travail que je fais à l'extérieur ; on touche au concret de ce que c'est »*. Certains APS estiment par ailleurs que quelques ressources financières à minima devraient, en guise de facilitateur de lien, être à leur disposition pour leur permettre d'offrir des objets simples à l'utilisateur, comme une tasse de café, une bouteille d'eau, des mouchoirs.

Gestion du risque

Les questions du risque de violence, d'isolement, d'épuisement et de découragement ont été soulevées amplement plus haut. A nouveau, c'est principalement dans l'équipe que les APS trouvent les principales sources de réconfort.

Certains APS mentionnent des procédures / stratégies en place dans leur institution en cas d'incident violent, par exemple la pratique d'un débriefing immédiat et une décortication systématique de chaque incident en réunion d'équipe, la possibilité de programmer une supervision en urgence, l'accès à un soutien individuel pour le travailleur. D'autres ne se sentent pas toujours soutenus par l'institution dans son ensemble et évoquent des incidents où l'institution les a poussés à prendre du risque et où la situation n'a pas été reprise plus tard en équipe afin d'en tirer quelque leçon pour l'avenir.

Accès à des formations

Les APS identifient le besoin d'information et de formation pour mieux faire face aux difficultés liées à l'accompagnement mobile.

Des réunions cliniques en équipe permettent de confronter plusieurs lectures d'une situation donnée, d'éclaircir des concepts, de mieux faire connaître les difficultés au quotidien et de chercher collectivement des solutions.

Certaines formations préparent à la gestion du risque, ou pourraient mieux faire connaître et respecter ses propres limites. L'accès à des formations spécifiques peut faire avancer l'APS dans son expertise nécessaire pour cette fonction. Un des APS a d'ailleurs identifié une formation qui pourrait améliorer ses interventions avec le public-cible dans l'avenir. Il a aussi été noté l'importance de se tenir au courant de nouvelles initiatives, même si ces dernières ne s'adressent pas nécessairement tout à fait à la même population (par exemple le développement des projets de soins psychiatriques à domicile).

Il a été discuté de la pertinence de concertations entre travailleurs venant de différentes structures. Les concertations sont souvent organisées pour transmettre des informations, faire connaître des structures par des collègues et « s'accorder les violons » entre partenaires. Elles ont été critiquées pour le manque d'utilité dans la pratique quotidienne, parce que les informations échangées ne paraissent pas réellement percoler dans les niveaux institutionnels qui en bénéficieraient le plus. Chacun continue à travailler de son côté. Par contre, c'est par les expériences sur le terrain que les APS ont dit apprendre le plus : *« Lors d'une mission partagée avec un collègue APS, nous avons rencontré 15 personnes. Elle en connaissait 7 et moi aucun. C'était confrontant. »*

6. 11. 2. Caractéristiques essentielles chez un accompagnateur psycho-social

Connaissances versus caractéristiques personnelles

A la question des connaissances et des compétences essentielles, les réponses ne sont pas univoques. Certains insistent sur le fait que l'APS doit posséder des expertises particulières et de bonnes connaissances du domaine de l'accompagnement. Sa crédibilité auprès de l'utilisateur en dépend. Aussi, un accompagnateur semble être plus entendu et perçu comme un partenaire potentiel à part entière s'il partage avec son interlocuteur de l'autre côté du bureau un certain nombre de connaissances : « ...sinon, je suis juste le bien brave qui a accompagné l'utilisateur chez lui. »

On souligne également des connaissances suffisantes dans les domaines de la santé mentale ainsi que des connaissances techniques relatives aux démarches sociales, y compris les droits et devoirs des usagers, ainsi que du macro-contexte socio-politique. « C'est une fonction qui ne s'improvise pas, qui nécessite des compétences, face à de gros problèmes de santé mentale. » Ces compétences, on les construit au fil du temps et il s'agit avant tout de savoir localiser les sources d'informations.

En même temps, il est plusieurs fois soulevé que la multitude de problématiques auxquelles ils sont confrontés fait de l'adaptabilité et des connaissances « tout terrain » des APS des « experts en rien ... ou alors en poly-problématiques ».

Enfin, tous les APS semblent s'accorder sur le fait qu'il y a des capacités de base que l'on n'apprend pas par des formations : « Il y a aussi des éléments de la personnalité, au delà de la formation. Il faut avoir cela un peu dans les tripes ».

Il est même suggéré que ces caractéristiques personnelles influencent la perception du futur métier, bien avant le début de la carrière professionnelle : est-ce qu'on envisage de se déplacer à l'extérieur avec l'utilisateur ou est-ce qu'on se voit travailler derrière un bureau, un dossier, un téléphone ?

Flexibilité

La majorité des participants APS pratiquent l'accompagnement mobile comme une approche de travail parmi d'autres. Ils estiment qu'un APS doit avoir la capacité de jongler entre le travail social formel et informel, dont les deux facettes, bien que différentes, doivent rester cohérentes. « A l'extérieur, il n'y a plus d'équipe, de collègues, d'infrastructure, de bureau, de clefs ... Il faut pouvoir faire face aux imprévus, à des contextes incontrôlables. (...) mais on doit également avoir la capacité d'être à l'aise dans un cadre formel, avec tous les enjeux, les rapport de force que cela peut engendrer. »

La flexibilité est aussi considérée comme un critère important pour pouvoir travailler en réseau, pour permettre la concertation avec d'autres intervenants, tout en gardant une vision ouverte pour moduler les pratiques en fonction des changements dans la situation, et notamment les souhaits de l'utilisateur.

Accueillant, empathique, à l'écoute

« L'investissement dans le lien nous rappelle qu'avant tout, on rencontre un être humain, même si on fait du travail social ». Les participants ont fort insisté sur la capacité d'établir et de maintenir un lien avec l'utilisateur, de gagner sa confiance, de faire preuve de patience, d'écoute, d'empathie, sur la capacité d'accueil et du non-jugement. Bien qu'il soit admis la valeur des connaissances et expériences tout terrain, certains affirment que l'APS n'est pas (et ne doit pas être) le détenteur du savoir : « C'est très bien de dire qu'on ne sait pas ... on peut chercher la solution ensemble ».

Critique et autocritique

Plusieurs APS évoquent un engagement au-delà de l'engagement personnel, d'un devoir de partager des réflexions sur les situations auxquelles on est confronté, voire de dénoncer les injustices dont on est témoin au cours de son travail.

Une autre caractéristique mentionnée est la capacité d'esprit critique, de savoir capter ce qui se passe (mal) dans la relation avec l'utilisateur et dans son parcours, et d'admettre qu'il faut parfois aborder les choses autrement.

Résistant à l'impuissance

Les APS citent également une résistance au découragement et à l'impuissance, et la capacité de savoir se contenter de petits changements : un APS écrivait, à l'occasion d'un suivi à domicile d'un usager : « *Il me semble important ici de préciser que l'accompagnateur doit pouvoir se doter de beaucoup de patience et être extrêmement résistant à l'impuissance. (...) j'ai donc dû me satisfaire de peu afin de maintenir le lien.* » Un autre participant exprimait la nécessité d'avoir conscience à la fois de son impuissance et de sa puissance, et de trouver la juste distance par rapport à la situation et à la personne.

6. 12. Avenir du RAPS

Certains APS ont proposé, si le dispositif actuel devait perdurer, d'identifier un coordinateur du réseau d'accompagnateurs psycho-sociaux qui organiserait des rencontres afin de continuer à réfléchir autour des pratiques concrètes et d'approfondir des questions et des thèmes surgissant en cours de route. Les rencontres pourraient soit être régulières, soit organisées à la demande d'un APS souhaitant échanger avec ses collègues par rapport à une situation particulière.

Une autre proposition a été de promouvoir des pratiques participatives sur le terrain, sous forme de visites et même de participations ponctuelles des APS au travail quotidien d'un autre.

Il a été soulevé à plusieurs reprises (interventions, structured focus group) que l'accompagnement mobile gagne à être une fonction qui s'inscrit dans le temps. On a pointé les limites d'un accompagnement mobile comme prolongation d'autres pratiques dans l'institution, surtout quand il s'agit d'un suivi à court ou moyen temps, comme c'est le cas dans l'asile de nuit ou à l'hôpital. Dans le cas du RAPS, l'utilisateur doit changer de personne de confiance dès qu'il quitte l'institution, et tout le travail de création du lien est à refaire. Plusieurs APS ont raconté que des ex-utilisateurs continuent à les contacter, même si leur suivi dans l'institution s'est arrêté. Les APS ne repoussent pas les utilisateurs, mais l'organisation institutionnelle ne prévoyant pas la continuation du travail, le traitement d'éventuelles demandes peut surcharger l'APS (travail non rémunéré ou non facturable), quitte même à prendre du temps sur sa vie privée.

Plusieurs intervenants ont suggéré la pertinence d'une structure indépendante d'accompagnateurs psycho-sociaux mobiles travaillant en équipe. L'accompagnement mobile pourrait s'inscrire dans un concept de référent, dans lequel, pour chaque usager, un seul APS détiendrait le fil rouge et ceci sur le moyen, si pas le long terme. Son rôle serait d'éviter que la personne ne se déconnecte du système de soins, ou, si c'est le cas, de l'y reconnecter. L'intensité de l'accompagnement pourrait varier d'une personne à l'autre et d'une période à l'autre dans la vie de la même personne.

Or, les accompagnements mobiles par des bénévoles gardent tout leur sens, pour des raisons linguistiques par exemple, mais il s'agit d'interventions plus ponctuelles qui se situent, selon les APS, moins dans un lien de confiance et dans une compréhension plus globale des enjeux et des situations.

Les APS identifient également une lacune cruciale dans les structures existantes : ils soulignent le besoin d'une structure spécialisée de seconde ligne mais travaillant sur le terrain à la demande, et à côté, des travailleurs de première ligne et, notamment, permettant un accès bas seuil à des psychiatres pour évaluer rapidement une situation et avancer dans l'accompagnement. Plusieurs participants à la recherche-action ont par ailleurs apprécié dans ce rôle les travailleurs dépêchés par la Cellule d'appui du SMES-B comme partenaires sur le terrain, à leurs côtés.

7. Discussion

7. 1. Limitations de la recherche-action

Limitations dues au dispositif

Huit institutions qui prennent en charge des personnes en difficulté sur le plan social et mental ont participé à cette recherche-action. Elles ont détaché dix travailleurs pour y participer comme accompagnateur psycho-social. La place attribuée à l'accompagnement psycho-social mobile diffèrait d'emblée d'une institution à l'autre. Le profil de chaque APS, en termes de compétences de base, d'expériences de travail, de champs d'intérêt, a pu influencer la sélection des usagers accompagnés, les orientations, les objectifs et le déroulement de l'accompagnement mobile, ainsi que l'interprétation de ce qui a pu (ou non) se mobiliser. La présence de travailleurs de professions différentes dans le travail à l'intersection du social et du mental semble courant : Vrancken (2004) parle de « *mentalisation du social* » et de « *socialisation du mental* », avec un brouillage considérable de repères professionnels d'autrefois et un phénomène d'interpénétration des secteurs.

Le choix d'institutions partenaires a impliqué le recrutement d'usagers de profils différents. Ce dispositif en place entraîne donc la récolte d'une gamme de pratiques, d'opinions, de résultats de réflexions divergents dans des contextes très divers et pas nécessairement transposables dans la situation des collègues. Les vécus et opinions des APS n'étaient pas nécessairement représentatifs de ceux des collègues de leur institution, ni d'autres institutions aux fonctionnements et missions semblables.

Une recherche-action implique des acteurs de terrain dans une situation concrète. Certaines mesures ont été prises afin de limiter des interférences. Ainsi, le rôle du coordinateur du Réseau SMES et représentant du promoteur a été modifié en cours de route. Il s'est distancié des activités des travailleurs de terrain pour ne pas influencer les échanges lors des interventions.

Il se peut que ce réaménagement de l'organigramme ait engendré une confusion auprès des participants par rapport au rôle du chercheur : le réseau des APS n'avait pas de fonction de coordination et le chercheur veillait à se tenir à distance par rapport au processus de l'action.

Limitations méthodologiques

La méthodologie a permis de collecter des données narratives, qui se prêtent à la clarification, à la compréhension et à l'explication, mais non à la généralisation.

La méthodologie des *groupes focaux* permet la dynamique des échanges, l'identification rapide des consensus et des désaccords, le partage d'idées et de nuances et l'identification de nouvelles questions, à visiter lors des sessions suivantes (Baribeau, 2010). Il y a néanmoins un risque de monopolisation de la parole par certains participants et d'une certaine conformité dans les réponses.

La méthodologie du *structured focus group* permet d'arriver à des interprétations et des conclusions sur le champs, produites par les personnes-mêmes qui étaient à l'origine des données (Dick, 2003).

La sélection des personnes accompagnées et des personnes décrites dans les carnets de route s'est déroulée différemment d'un APS à l'autre. Certains APS ont eux-mêmes décidé de l'accompagnement mobile, d'autres pas. Certains ont choisi de limiter le nombre d'accompagnements pour décrire le déroulement de manière plus détaillée, d'autres ont accompagné beaucoup de personnes (c'était leur mission principale) mais ont fait un choix pour les études de cas : il s'agissait des cas qu'ils considéraient particulièrement représentatifs des difficultés au quotidien avec le public en question. Les procédures institutionnelles différaient quant à la prise de note (tenue de dossiers, rédaction de courriers, versus échanges essentiellement oraux et respectant l'anonymat de l'usager).

Pour certains, la planification et la mise en œuvre d'accompagnements mobiles coulaient plus ou moins de source, d'autres se sont heurtés à toute une série d'obstacles qui ont limité l'action en tant que telle, mais qui laissaient plus de place à la réflexion et à l'investigation du processus. Une telle sélection a plus favorisé la réflexion dans l'action qu'une représentativité des « échantillons ».

7. 2. Définition des concepts de la précarité sociale et du trouble mental

Si chaque APS prétend accompagner des personnes en exclusion sociale et trouble mental, il est probable que la mission, le mode de financement, la « boîte à outils » (en termes d'expertise et d'expérience des travailleurs, de philosophie de travail et de culture institutionnelle, ainsi que d'organisation du travail) disponibles dans chaque institution ont un impact sur la sélection du public pris en charge par cette institution. Aussi, ils pourraient influencer la façon d'intervenir et la façon d'envisager l'accompagnement. Ce phénomène de *candicacy* est bien décrit par Dixon-Woods et al. (2005) qui ont étudié les difficultés à l'accès aux soins d'un public fragilisé. Cet accès peut être bloqué, parce que l'usager ne se sent pas concerné par l'offre d'une institution, ou ne le revendique pas (c'est à dire qu'il ne se juge pas *candidat* à être reçu ou considéré comme tel par l'institution ou l'intervenant). Inversement, les travailleurs d'une structure peuvent repousser un usager parce qu'il n'est pas perçu comme faisant partie du public-cible à qui s'adresse l'offre de soins.

Par exemple, l'APS du centre de santé mentale accompagne certes des personnes pauvres, isolées et souffrant de pathologies mentales s'étant présentées dans le centre, mais l'opportunité de pouvoir orienter des usagers particulièrement chaotiques vers une autre structure pourrait filtrer la patientèle prise en charge par les travailleurs de cette équipe. Inversement, des patients qui s'informent des critères d'admission pourraient juger qu'ils ne font pas partie de la patientèle de ce centre.

Une constante dans la notification de la précarité sociale semble être à la fois le manque de ressources matérielles (absence de revenu, de logement) et l'isolement extrême sur le plan humain. L'APS vient souvent remplir le vide laissé par la famille, les amis. Il est important de noter que Philippot et Galand (2003) représentent le sans-abrisme comme le point extrême du continuum de la précarité sociale : ils concluent qu'il convient d'intervenir en amont, tant que les personnes sont encore domiciliées (souvent dans un logement très précaire), là où elles sont encore accessibles aux travailleurs.

Certains APS ne possédaient pas de formation de base dans le domaine de la santé mentale, mais pouvaient recourir aux compétences en la matière dans leurs équipes. Même en l'absence d'un diagnostic formel posé en milieu spécialisé, l'observation de l'usager (par exemple de sa consommation massive de substances psycho-actives) et la pré-connaissance de ses antécédents ont, en général, aidé l'APS à juger de la pertinence d'un accompagnement en milieu spécialisé en santé mentale. Le nombre de pathologies *psychiatriques* chez les usagers accompagnés était élevé (cfr supra). Il est par ailleurs utile de préciser que tous les problèmes d'ordre mental ne nécessitent pas un suivi psychiatrique. Verhaegen et Deschietere (2012) soulignent le risque de l'hypothèse causale psychiatrique de l'exclusion sociale, ayant comme conséquence de psychiatiser les symptômes de souffrance ou de détresse psychique associés à une situation socio-économique désastreuse. Mais la présence de dépression et d'anxiété peut fameusement handicaper les efforts des APS pour créer un lien et soutenir un désir chez l'usager. Dans une revue des problématiques des personnes sans abri en Belgique, Philippot et Galand (2003) observent, comme problèmes de santé mentale, l'alcoolisme, la dépression et l'anxiété généralisée, souvent combinés.

7. 3. Difficultés rencontrées lors de l'accompagnement psycho-social mobile

Définition des objectifs de l'accompagnement

Les objectifs de l'accompagnement mobile proposé à l'utilisateur varient d'un contexte de travail et d'un usager à l'autre. Delvaux (2005) décrit les usagers répondant aux critères d'inclusion de cette recherche comme « ... une patientèle fragilisée dans des domaines mental, social, relationnel, et qui n'arrivent plus à utiliser le réseau de soins en place ». Dans certains cas, on attend que l'utilisateur génère un contact pour inscrire l'accompagnement mobile dans un besoin correspondant à une (des) demande(s) de l'utilisateur. D'autres ont une position beaucoup plus proactive. Beaucoup d'accompagnements mobiles se situent entre ces deux pôles. D'ailleurs, la décision de proposer à l'utilisateur un accompagnement mobile et les objectifs visés par cette approche semblent associés à la perception de la nature du trouble mental et de son pronostic ; et, donc, à la lecture théorique qui sous-tend la réflexion chez l'APS et son institution. Les objectifs peuvent varier d'un usager à l'autre et d'un stade à l'autre dans la relation entre l'APS et l'utilisateur.

La mise en place d'accompagnements, et notamment d'accompagnements mobiles, semble répondre à un besoin chez le public-cible de cette recherche-action. Philippot et Galand (2003) avancent que la grande sensibilité à la rupture chez des personnes sans-abri « est associée à une grande demande de suivi personnalisé, avec une personne de référence et de confiance stable, au travers des différents services des domaines de l'administration et des services sociaux ». Colinet (2007) souligne également l'importance de la présence d'une « personne relais », une personne-partenaire, pour soutenir la parole et faciliter la rencontre avec l'utilisateur.

Cependant, les APS ont suggéré la possibilité de certaines conséquences perverses de l'accompagnement mobile, notamment le risque de nier ou de déconstruire le réseau ou des ressources résiduelles chez l'utilisateur, ou de créer ou d'entretenir une dépendance. Tielens et Verster (2010) mettent les professionnels en garde d'utiliser des approches proactives (*bemoeizorg*) dans certaines situations cliniques.

Intégration difficile de l'accompagnement mobile dans l'institution, manque de reconnaissance de l'expertise de l'APS

Dans nombre de cas étudiés au cours de cette recherche action, l'accompagnement psycho-social mobile n'a semblé que difficilement trouver sa place comme pratique légitime et valable, et cela aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution. Une des causes identifiées est le conflit entre différentes orientations cliniques et philosophies de travail.

Pourtant, la majorité des APS ont combiné des démarches d'accompagnement mobile avec d'autres activités. L'accompagnement mobile était souvent une facette de l'accompagnement tout court de l'utilisateur (notamment l'accueil dans l'institution, les échanges avec l'utilisateur de façon formelle ou informelle, l'identification de problèmes, la recherche de solutions, les contacts téléphoniques, la rédaction de courrier, etc.). Là où la pratique de l'accompagnement mobile n'est que peu ou pas connue, ni comprise, par les collègues, des réunions cliniques pourraient permettre de construire une vue d'ensemble de l'utilisateur et de placer l'accompagnement mobile dans l'ensemble des outils thérapeutiques de l'institution. Un retour systématique et institutionnalisé en équipe du déroulement et des résultats d'une démarche à l'extérieur a été proposé par certains APS. D'abord pour améliorer l'accompagnement de l'utilisateur, mais aussi pour nourrir un travail de partenariat et de réseau. Des supervisions et des formations permettraient d'améliorer les connaissances et compétences de l'ensemble de l'équipe et de remettre en question certaines préconceptions.

Pates et Blakely (1994) font remarquer que chez les coordinateurs et les responsables des travailleurs de proximité, on s'attend à des caractéristiques en miroir de celles souhaitées chez les travailleurs sur le terrain. Ils soulignent entre autres la nécessité d'offrir un cadre de travail qui se prête aux initiatives et à l'expérimentation, la capacité de mesurer les risques potentiels et d'offrir soutien et guidance en

cas de besoin, et la mise en place des ressources nécessaires, y compris l'accès à des supervisions, des formations, des forums d'échanges. Friedman et al (1990) remarquent que les travailleurs de proximité qui ont peu d'autonomie dans leur travail ont en général peu le moral.

Difficultés dans le travail de et en réseau

Le travail en réseau est considéré essentiel pour des raisons de diversité et de complémentarité. L'APS a par ailleurs été conçu comme agent de liaison entre les structures à l'intersection du social et de la santé mentale. Pourtant, les APS dénoncent la tendance de beaucoup d'institutions à compartimenter les approches sociales et mentales, menant à des incohérences dans la prise en charge globale de l'usager, dans laquelle l'accompagnement psycho-social mobile ne peut que difficilement trouver une légitimité.

Le développement du travail de réseau paraît, pour beaucoup d'APS, une affaire d'expériences personnelles et sur le long terme, résultant en un réseau de collègues de structures externes avec lesquels on entretient des contacts privilégiés. Ce réseau n'est que partiellement partagé avec des collègues, même avec ceux travaillant dans la même institution. Cette pratique semble perçue comme une conséquence logique du travail sur le terrain et des compatibilités interpersonnelles.

Les réseaux des structures de soutien et de soins semblent fréquemment surchargés, tant dans le domaine social que dans celui de la santé mentale. Cette remarque des APS s'accorde avec les opinions de plusieurs auteurs (Lorent et al., 2007 ; Van Den Eynde, 2005 ; Mariage, 2010). On pourrait en conclure sur la nécessité d'augmenter le nombre de structures et d'adapter les critères d'entrée pour les usagers à problèmes multiples. Pourtant, les résultats des investigations des initiatives *housing first* ou, mieux, *pathways to housing*, indiquent le contraire.

Ces initiatives innovatrices, d'abord aux USA, puis également en Europe, préconisent l'offre d'un logement individuel et indépendant, dans lequel les usagers combinant exclusion sociale et problèmes mentaux sont accompagnés par une équipe pluridisciplinaire, facilement joignable et compétente en santé mentale aussi bien qu'en travail social. L'approche s'inscrit dans une philosophie de réduction des risques concernant la consommation des substances psycho-actives. Les résultats paraissent prometteurs avec maintien de la majorité des usagers dans leur logement (Stefancic et Tsemberis, 2007), une réduction significative de symptômes psychiatriques et de la consommation d'alcool (Tsemberis et al., 2012), ainsi qu'une réduction du besoin de soins urgents en milieu hospitalier et de problèmes judiciaires (Gilmer et al., 2010). Ces résultats dépassent largement les résultats d'initiatives *treatment first*, qui visent la réintégration sociale par un modèle échelonné de continuité d'aide sociale et de soins (Padgett et al., 2011). Lors de la Conférence Européenne sur le sans-abrisme de 2010, à Bruxelles, le comité d'experts a clairement soutenu le développement d'initiatives *housing first* en Europe (Expertenbijdragen Europese Consensusconferentie dakloosheid, 2010).

Le réseau RAPS

La mise en place du réseau RAPS, au début de cette recherche-action, a créé certaines opportunités pour les APS, notamment des échanges formels lors des interventions et des *structured focus groups* qui ont permis une meilleure connaissance des autres institutions et de leurs pratiques.

Dans cette recherche-action, le travail en réseau a été structurellement imposé aux APS. Beaucoup de réseaux se construisent plutôt de bas en haut, c'est à dire après l'identification, par des travailleurs sur le terrain, d'un besoin de partenariat au travers de collaborations horizontales fructueuses avec des collègues dans d'autres structures (Bruxelles Santé, 2012). Ce processus prend évidemment beaucoup de temps, mais il se peut que de tels réseaux « naturels » soient mieux adaptés pour soutenir les travailleurs de terrain dans un travail tellement complexe, comme décrit ici.

Il a fallu clarifier à plusieurs reprises les rôles de chacun dans ce dispositif. Est-ce que le RAPS était un réseau de travail de terrain, d'échange et/ou de réflexion ? Une ressource de données à visée de recherche ? Le RAPS paraît avoir été tout cela, mais à géométrie variable d'un APS à l'autre. Il a en outre été suggéré que le réseau aurait été plus fonctionnel par la mise en place d'une fonction de coordinateur, afin de gérer le flux des communications et la planification des rencontres et des missions partenaires. Quoi qu'il en soit, plusieurs APS ont fait part d'expériences enrichissantes avec des collègues du RAPS sur le terrain.

La participation à des interventions, comme outil de concertation et d'exploration, est d'habitude une démarche volontaire. Ici aussi, il s'agissait d'un dispositif imposé aux APS. Tous les APS n'ont pas pu se libérer pour chaque séance, ce qui a pu freiner la dynamique des échanges dans le groupe. Des outils de travail habituels, comme la préparation de deux vignettes à présenter, la planification des séances suivantes moyennant une tournante entre les institutions, la présentation des lieux avant chaque séance, la rédaction d'un PV, ont semblé compliquées à mettre en place et ont demandé de clarifier la méthodologie à plusieurs reprises. La double fonction des animateurs de la Cellule d'appui a également pu semer la confusion : ils structuraient la dynamique de groupe lors des interventions, mais recevaient également les demandes individuelles des APS en tant qu'experts à l'intersection des domaines du social et du mental. Ces remarques mises à part, la participation aux interventions a permis de découvrir à quel point certaines difficultés sont communes à tous, et comment d'autres intervenants tentent de faire face autrement à des situations semblables. Les interventions ont aussi stimulé la réflexion dans l'action.

7. 4. Caractéristiques essentielles chez l'accompagnateur psycho-social

Les APS ont jugé un certain nombre de critères essentiels pour la fonction de l'APS. Leurs choix rencontrent les critères retenus par beaucoup d'auteurs dans la littérature en relation avec le travail de proximité.

Flexibilité et créativité

Les APS ont insisté sur la capacité de combiner de façon cohérente l'accompagnement mobile avec d'autres approches et de faire preuve d'inventivité devant le contexte imprévisible des accompagnements à l'extérieur de l'institution. Brook et al. (1998) rajoutent entre autres des compétences de négociation avec les clients et leurs proches, pour ménager de la résistance et des situations conflictuelles. Selon Pates et Blakely (1994), le travailleur de proximité doit être capable de prendre des initiatives et, à la fois, d'accepter des instructions. Il doit faire preuve de stabilité, de maturité et de créativité.

Empathie, écoute, patience

Les APS ont insisté sur la capacité d'engager et de maintenir un lien avec l'utilisateur. L'humanité de l'utilisateur doit rester au centre de la rencontre. Morse et al. (1996) décrivent le contact et la crédibilité comme premières tâches du travailleur de proximité. Le travailleur doit être ouvert aux besoins et priorités exprimés par le patient (The Sainsbury Centre of Mental Health, 2001). Selon Pates et Blakely (1994), le travailleur de proximité doit pouvoir être ferme, mais sans jugement.

Positivité et résistance au découragement

Plusieurs APS ont mentionné la capacité de détecter des capacités préservées chez l'utilisateur et de capter des signaux modestes d'amélioration et de stabilisation. Il faut aussi être préparé à un travail de longue haleine. Stefancic et Tsemberis (2007) ont investigué les réactions chez les travailleurs de terrain travaillant avec des personnes sans-abri dans des initiatives *Housing First*. Ils soulignent l'importance de pouvoir reconsidérer leurs propres convictions et de reconnaître des aptitudes inattendues chez un public combinant grande précarité et trouble mental.

Savoir travailler seul, en équipe et en réseau

L'APS doit savoir jongler avec plusieurs modèles de travail et de types d'interactions. Il doit pouvoir relayer ses observations, ses frustrations, ses questions à des collègues ou des partenaires, et partir de l'inscription de l'accompagnement mobile dans un projet, une équipe, une institution. Il doit pouvoir trouver sa place dans le réseau de chaque usager, et se concerter avec d'autres intervenants, sans toutefois tout cadenasser, et en octroyant la place principale à l'usager.

Selon Philips et al. (2001), le travailleur de proximité doit être pragmatique et capable de travailler à la fois de façon indépendante, dans la communauté, mais aussi en équipe.

Ouverture à la santé mentale et à la précarité sociale, et à leur effet sur l'usager dans chaque contexte personnel

Dans cette recherche-action, les profils professionnels des APS étaient variables (travailleurs sociaux, psychologues, infirmier psychiatrique). Les APS ont trouvé qu'il était fort utile d'avoir des connaissances de base, notamment sur le plan de la santé mentale chez le public-cible. Ils ont souligné la nécessité de comprendre différentes perspectives et lectures, et d'avoir accès à des informations sur de nouveaux développements, par exemple à travers la formation continue.

Connaissances versus caractéristiques personnelles

Pates et Blakely (1994) arrivaient à la même conclusion que les APS, notamment que là où des formations et des expériences de travail peuvent combler d'éventuelles lacunes en terme de connaissances, des déficits en relation avec la personnalité peuvent rendre une personne inadéquate pour ce genre de travail. Les auteurs prétendent que des caractéristiques personnelles « *can make or break an outreach worker* ».

Quant au profil professionnel des travailleurs de proximité, les chercheurs précités ont examiné les formations de base des travailleurs dans des équipes communautaires prenant en charge des usagers toxicomanes à Cardiff, South-Wales. Ils concluent qu'il n'existe pas de qualification officielle pour devenir un travailleur de proximité. Dans leur investigation sur les professionnels dans la première ligne de soins en Belgique, De Munck et al. (2011) affirment que « ... *les professionnels agissant dans le secteur de la santé au sens large peuvent occuper une ou plusieurs fonctions pas nécessairement directement liées à la définition de leur métier de base, comme par exemple coordinateur de soins.* » Ils plaident contre l'hyperspécialisation et pour une vision et une compétence globale dans l'approche du patient. Il semble donc plus adéquat de parler de la *fonction* d'accompagnateur psycho-social que de *métier*.

7. 5. Identification des meilleurs pratiques de l'accompagnement psycho-social mobile

L'appropriation de la fonction d'APS

L'accompagnement mobile est, pour la majorité des APS, un des multiples outils de travail dans l'institution. Cette pratique doit être débattue en équipe en amont et en aval de sa mise en place, afin de définir collectivement son sens. Il est essentiel que l'accompagnement mobile appartienne à un projet global clair et défini, ce qui lui confère de la cohérence et des objectifs, mais sans que le travailleur se retrouve cadenassé dans des protocoles fixes. L'APS a besoin de collègues et de pairs qui s'approprient la fonction de l'accompagnement mobile comme pratique légitime parmi d'autres, sur qui s'appuyer et avec qui échanger à propos des difficultés qui surgissent.

Outils de partage de l'accompagnement mobile

L'APS a une part de responsabilité pour mieux faire connaître son travail auprès de ses collègues et de ses supérieurs. Un retour systématique de l'accompagnement mobile en réunion d'équipe, la prise de notes sur le terrain, la mise en place de dossiers partagés, l'enregistrement systématique des activités sont des outils que certains APS utilisent dans leur travail et qui permettent à la fois de justifier le besoin de ressources et de mieux faire connaître et apprécier le travail d'accompagnement mobile par les collègues et par le service administratif.

Le lien avant l'action

Dans le choix des objectifs et de l'intensité de l'accompagnement mobile, l'APS doit savoir mesurer les priorités, les besoins et les souhaits de l'utilisateur, en respectant son intégrité. L'établissement d'un lien avec l'utilisateur doit donc primer, avant de penser à l'action. La notion que le temps octroyé à un travailleur de proximité sert surtout à la création et au maintien du lien (et moins à la prestation de services) est soutenue par Baart (2004).

Gestion du temps

L'avis général a été que la gestion du temps est cruciale dans l'accompagnement mobile. L'octroi de suffisamment de temps et de flexibilité permet à l'APS de travailler plus sereinement, car c'est également une mesure de l'aval de son travail par sa hiérarchie et par son équipe.

Dans une description détaillée du travail de proximité s'adressant à des personnes en souffrance mentale et sociale, The Sainsbury Centre for Mental Health (2001) stipule que les travailleurs doivent être préparés à passer beaucoup de temps à tenter de trouver les clients : il s'agit en général d'un travail à long terme. En même temps, les APS sont conscients des soucis de performance et de productivité auxquels doivent faire face les directeurs, tenant compte de la structure financière institutionnelle et de la gestion du personnel.

Si un tel investissement paraît très compliqué, par exemple pour des raisons organisationnelles, comme c'était le cas pour une des institutions qui a participé à la recherche-action, une alternative valable pourrait être le développement d'un partenariat privilégié avec d'autres structures offrant, elles, la fonction d'APS.

Gestion de la sécurité

L'accompagnement mobile peut exposer les travailleurs à la violence verbale et physique et à des vécus de découragement et d'épuisement, avec un risque d'isolement et de burn-out. Plusieurs APS ont été confrontés à des situations à risque mais ils ne se sont sentis que rarement visés personnellement. Brekke (2001) a suggéré qu'aux USA, un patient qui souffrait d'une maladie mentale grave avait 14 fois plus de chance de devenir victime d'un crime violent, plutôt que d'en commettre.

Pates et Blakely (1994) estiment qu'un travailleur de proximité doit avoir des directives claires pour se retirer de toute situation dans laquelle il ne se sent pas en sécurité, sachant qu'il aura toujours le soutien de ses supérieurs. Par rapport au risque d'épuisement, de sentiment d'isolement et de burn-out, le partage d'informations et de réflexions avec des pairs ou des collègues est considéré comme le meilleur garde-fou. Le Sainsbury Centre for Mental Health (2001) paraît du même avis et promeut la mise en place d'une politique institutionnelle de sécurité, une formation périodique des travailleurs et des discussions de pratiques.

Fermeté et flexibilité

Les participants ont évoqué le besoin de situer l'accompagnement mobile dans un cadre institutionnel équilibré et sécurisant, afin d'éviter l'envahissement par l'utilisateur et la persécution par l'accompagnateur. L'équipe et les pairs ont donc un rôle crucial dans la clarification des limites du

travail sur le terrain. Le soutien de l'APS renvoie à la santé institutionnelle et touche à la circulation de l'information et à la confiance entre les collègues et dans les relations hiérarchiques.

Fisk et al. (1999) soulignent que des directives doivent être mises en place de façon *participative*. Ce sont les expériences des travailleurs sur le terrain qui doivent donner forme au projet, et éventuellement induire des modifications de procédures. Ce cadre doit être intégré par l'ensemble de l'équipe, y compris par les APS.

Questions éthiques

Les APS insistent sur l'importance des lignes de conduite claires par rapport au partage du secret professionnel et des échanges en équipe. Il semble primordial de mettre ces questions à l'agenda dès la mise en route de l'accompagnement mobile, avant que les travailleurs ne se trouvent dans des situations difficiles. L'accompagnement mobile induit d'autres modalités de contact entre l'accompagnateur et l'utilisateur, liées à l'invisibilité du cadre institutionnel.

Fisk et al. (1999) ont étudié des questions de limites, d'éthique et de sécurité chez des travailleurs de proximité dans un groupe témoin de l'initiative ACCESS aux USA. Les travailleurs doivent aussi apprendre où, quand et comment approcher l'utilisateur pendant leurs activités de proximité, pour éviter l'intrusion dans la vie privée ou la stigmatisation de la personne.

Philips (2001) a soulevé le potentiel coercitif du travail de proximité, notamment avec l'administration de médicaments. Certains groupes d'utilisateurs se sont d'ailleurs opposés à des initiatives de suivi intensif par des équipes de proximité, ces dernières étant perçues comme un mécanisme de contrôle social sur les individus souffrant de maladie mentale. L'auteur plaide pour l'implication d'utilisateurs ou d'ex-utilisateurs dans l'évaluation de telles pratiques sur le terrain.

Dans cette recherche-action, un APS a parlé de ses craintes par rapport à un utilisateur qui pourrait être pénalisé en cas de refus de l'accompagnement mobile. Une discussion avec tous les intervenants dans le réseau a pu clarifier les rôles et les objectifs de chacun et a pu, à ce sujet, rassurer les acteurs impliqués.

Outils d'assurance de la qualité du travail

Les formations de base et l'accès à des formations continues sont des ressources essentielles dans ce travail. Ensuite, des réunions d'équipe peuvent éclairer les travailleurs car elles permettent de confronter différentes lectures d'une situation. D'autres échanges, lors des supervisions, des interventions ou des réunions de concertation, permettent de lever le nez du guidon, de partager les difficultés et de s'appuyer sur une réflexion en groupe pour identifier de nouvelles pistes. Mais le partage de ces informations dépend de la qualité des canaux de communication dans l'ensemble de l'institution.

Travail en réseau

Le travail d'accompagnement mobile se construit dans le temps. Vu les difficultés multiples et changeantes du public-cible, il est important de créer un réseau autour de l'utilisateur. La construction et le maintien d'un tel réseau demandent de l'investissement et de la cohérence de la part de tous les participants du réseau, connectés de loin ou de près, pour une courte ou moyenne durée, avec l'utilisateur. Selon Furtos (2007), l'approche des personnes en grande détresse sur le plan social tant que psychique doit faire l'objet d'une transversalité et d'une pluridisciplinarité, avec *une navigation délicate entre l'ingérence et l'attente d'une demande*, afin d'éviter une décompensation d'une situation précairement équilibrée.

Accès bas-seuil à professionnels de santé

Quelques APS ont fait appel à la Cellule d'appui du SMES afin d'échanger sur des difficultés qui avaient surgi lors d'un accompagnement mobile.

D'autres APS ont identifié le besoin de professionnels de la santé, et notamment des psychiatres, sur le terrain. La Cellule d'appui a, dans certains cas, entendu cette demande et a programmé une visite rapide de l'utilisateur, en compagnie de l'APS. Cette rencontre s'est soldée par un suivi partagé, avec l'APS continuant l'accompagnement mobile comme travailleur de première ligne et assistant l'utilisateur dans la gestion de son traitement. La Cellule d'appui reprend exceptionnellement et temporairement la fonction de structure spécialisée, mais de première ligne, dans un souci de continuité de soins. Cette fonction d'expert en santé mentale aux côtés de l'utilisateur et de l'APS était généralement retenue comme la plus pertinente.

8. Conclusions

Des personnes combinant des problèmes d'exclusion sociale et de santé mentale sont souvent difficiles à engager dans une relation thérapeutique. La complexité et la durée des diverses problématiques nécessitent un ensemble cohérent et synergique d'approches qui s'inscrivent dans le temps.

Diverses approches de proximité (ACT, case management) ont été investiguées par de nombreux chercheurs et sont généralement considérées adéquates pour répondre aux besoins d'une population combinant de multiples problèmes, notamment d'ordre social et mental.

Fonction de l'accompagnateur psycho-social mobile

L'accompagnement mobile se caractérise par un certain nombre de principes : la flexibilité pour faire face aux changements fréquents des besoins et des demandes, l'importance de préserver une vision globale de l'utilisateur tout en analysant ses multiples problèmes, l'inscription de l'accompagnement dans le temps, le déplacement de l'APS en dehors de son institution, côte à côte de l'utilisateur plutôt que face à face, l'invisibilité du cadre institutionnel.

Dans la mise en place de cette pratique, les APS se heurtent à une série d'obstacles, dont le premier est le manque de temps. La construction et le développement du lien avec des personnes combinant des problèmes complexes nécessitent beaucoup de temps et de l'adaptabilité au rythme de l'utilisateur et à ses besoins et priorités changeant dans le temps. Les démarches prennent beaucoup de temps, ce qui est lié aux déplacements et aux longues attentes dans les institutions sociales et médicales. La construction du réseau autour de chaque utilisateur, les formations, les échanges à plusieurs niveaux institutionnels, l'évaluation des pratiques entre collègues, la participation à la création et au réajustement des directives institutionnelles demandent également beaucoup de temps. Cette ressource est souvent en conflit avec des pressions externes de performance, de productivité, liées aux modalités de financement institutionnel.

Un autre problème est le manque de reconnaissance du travail et des difficultés par l'institution et qui induit des perceptions erronées de la fonction, notamment comme « passeur » d'utilisateurs d'un lieu vers un autre. Le manque de soutien peut mener à la frustration, à l'épuisement et au burn-out de l'APS. Cette difficulté est liée au manque d'échanges entre l'APS et les autres acteurs de son institution. Le travail extra-muros change les caractéristiques du lien entre l'APS et l'utilisateur, peut entraîner des questionnements éthiques et peut avoir, comme conséquence, des problèmes de sécurité.

Quelques solutions sont avancées pour contrer les problèmes mentionnés ci-dessus. Les travailleurs qui acceptent cette fonction d'APS doivent non seulement avoir accès à de bonnes formations pour les préparer à ce travail, mais ils doivent aussi avoir des compétences intrinsèques et faire preuve de flexibilité, de créativité, d'empathie, d'écoute, d'(auto-)critique, de patience et d'ouverture d'esprit.

Un cadre institutionnel rassurant, mais permettant à la fois l'expression de la créativité, permet de soutenir l'APS en difficulté. La possibilité de débriefings immédiats en cas d'incidents, l'organisation de réunions cliniques, de formations et de supervisions peuvent soutenir l'APS dans son travail.

Une communication optimale entre tous les acteurs permet de mieux faire connaître sa fonction et de la connecter de manière cohérente aux autres approches de l'équipe. L'APS a donc une part de responsabilité pour faire des retours réguliers de ses expériences et de ses réflexions. L'appropriation de directives claires par rapport à la sécurité et au secret professionnel peut s'obtenir si celles-ci sont construites de façon participative par l'APS, ses collègues et ses supérieurs.

L'articulation de la fonction d'accompagnateur mobile avec le réseau des institutions à l'intersection du socio-médico-mental

La fonction de l'APS a été conçue comme agent de liaison, dans le but de reconnecter l'utilisateur à un réseau d'aide, de soutien et de soins. Cette fonction de liaison implique des pratiques de communication et d'échanges à divers niveaux et une bonne connaissance des autres acteurs sur le terrain. Cette articulation vise une cohérence et une continuité des approches dans une perspective holistique de la prise en charge de l'utilisateur.

Dans cette articulation, certains problèmes sont rencontrés. Dans leurs contacts avec les différentes structures, il manque quelquefois la reconnaissance de leur double expertise à l'intersection du social et du mental. L'APS n'est pas nécessairement considéré comme un collègue de travail à part entière ; certaines informations cruciales en possession de l'APS ne sont pas prises en compte, ce qui nuit à la continuité des soins. L'APS est aussi en première loge pour témoigner de stéréotypes et de préjugés, de pratiques inadéquates et d'exigences excessives face à un public très fragilisé. A nouveau, des problèmes de communication surgissent à divers niveaux et entravent l'élaboration d'objectifs communs entre plusieurs intervenants dont les pratiques s'inscrivent parfois dans différentes philosophies de travail.

Les APS n'ont bien sûr pas la possibilité de trouver des solutions pour des problèmes qui sont de l'ordre des cultures organisationnelles des différentes institutions et des considérations socio-économiques de la ville et du pays. On peut toutefois noter les pratiques de concertations inter-agences et intersectorielles, telles qu'organisées par le SMES-B par exemple, la participation à des concertations et des interventions des travailleurs dans ces institutions. Le problème réside dans le fait que, lors de ces diverses rencontres, les échanges ne sont pas toujours articulés avec les différents niveaux institutionnels et que l'information n'atteint pas nécessairement les niveaux qui en bénéficieraient le plus.

Les APS ont identifié des solutions sur le terrain pour tenter de décloisonner les différentes structures dont l'utilisateur a besoin. Ils jugent utile d'investir dans des visites personnelles sur le terrain, et dans le développement de liens personnels et privilégiés avec des travailleurs d'autres structures, afin de pouvoir contourner certains seuils d'accès. Dans le dispositif RAPS, il y a eu plusieurs tentatives de connecter deux structures au travers de partenariats sur le terrain. Mais ces initiatives se sont heurtées à des particularités de l'organisation du travail de chacun. L'APS a besoin de suffisamment d'autonomie pour investiguer ces différentes possibilités et créer son propre réseau de partenaires privilégiés.

L'accès à des professionnels de la santé mentale, notamment des psychiatres, semble particulièrement compliqué pour le public-cible de cette recherche-action. Une solution serait de solliciter ces experts dans un dispositif comme la Cellule d'appui du SMES-B qui est à la disposition de professionnels en difficulté dans le suivi d'une personne combinant exclusion sociale et trouble mental. Certains APS attendent aussi avec intérêt la mise en pratique d'initiatives de *housing first* à Bruxelles-Capitale, qui ont déjà prouvé ailleurs leur efficacité à reconnecter des personnes sans-abri avec les réseaux d'aide, de soins et de traitement.

9. Résumé

Cette recherche-action a tenté d'identifier les difficultés dans la mise en place de l'accompagnement psycho-social mobile, par huit structures aux profils différents, travaillant à l'intersection du social et du mental sur le territoire de Bruxelles-Capitale. Il a aussi été tenté de trouver quelques solutions pour parer aux obstacles. Quelques éléments ont été suggérés pour améliorer les pratiques de l'accompagnement mobile sur le terrain.

La méthodologie utilisée visait à essentiellement récolter des informations d'ordre narratif. Le dispositif mis en place a réuni dix professionnels de profils différents. Les missions et les pratiques de travail différaient fortement d'un cas à l'autre, ce qui a très probablement influencé la sélection du public-cible, même si tous se sont adressés à des personnes combinant exclusion sociale et trouble mental. Le temps de cette recherche-action était limité et permettait aux APS, pendant 4 heures par semaine durant 11 mois, de planifier et de mettre en œuvre des accompagnements mobiles, de noter leurs observations et leurs réflexions et d'assister aux intervisions mensuelles, aux groupes focaux et aux entretiens individuels.

Les résultats de cette recherche-action sont à placer dans ces limites de temporalité et du contexte du dispositif en place. Les conclusions sont donc applicables, à différents degrés, d'une institution à l'autre et d'un APS à l'autre.

Les résultats concernent l'investigation de la fonction de l'accompagnateur psycho-social mobile et son articulation avec le réseau des institutions à l'intersection du médico-psycho-social.

10. Recommandations

Les APS ont identifié les éléments suivants comme propices à la pratique de l'accompagnement psycho-social mobile de personnes en grande difficulté sur le plan social et mental :

L'accompagnement psycho-social mobile est un outil de soutien à l'intersection des institutions formant réseau autour de l'utilisateur.

- L'accompagnement mobile se pratique dans de multiples contextes institutionnels. Dans le cas où l'accompagnement mobile est proposé comme une pratique parmi d'autres, il est important que l'institution veille à une intégration cohérente de l'accompagnement mobile dans l'ensemble des missions, pratiques et objectifs existants. La mise en place et l'évaluation du cadre d'action et de réflexion doivent se faire de façon participative pour que l'ensemble des acteurs institutionnels s'approprient l'accompagnement mobile comme pratique légitime.
- L'accompagnement mobile intégré comme pratique institutionnelle a ses limites. L'intégration de l'accompagnateur dans un *dispositif d'accompagnateurs psycho-sociaux mobiles, travaillant de façon suffisamment autonome, en réseau, en équipe ou en interventions conjointes*, pourrait permettre la construction et le maintien du lien avec l'utilisateur dans le moyen ou le long terme, en collaboration avec les intervenants de diverses institutions. Cette approche mettrait au centre les besoins de l'utilisateur évoluant dans le temps et serait moins attachée aux capacités d'offre de soins d'une institution en particulier. Dans un tel dispositif, les accompagnateurs soutiendraient mutuellement le travail de leurs pairs et un coordinateur se chargerait des tâches d'organisation et de communication.
- L'accompagnement mobile serait organisé selon un modèle de *référént* : pour chaque utilisateur, un seul APS détiendrait le « fil rouge ». Son rôle serait d'éviter que la personne se déconnecte du système de soins ou, si c'est le cas, de l'y reconnecter.
- L'accompagnement mobile devrait *s'inscrire dans le temps*, dans le but de préserver la continuation du lien et de permettre la construction et le maintien d'un réseau autour de la personne. Le temps est une ressource cruciale. L'*intensité* de l'accompagnement pourrait varier d'une personne à l'autre et d'une période à l'autre dans la vie d'une même personne.
- Les accompagnateurs psycho-sociaux mobiles devraient mettre en place des mécanismes pour *continuer la réflexion* et approfondir des questions surgissant en cours de route. Ces mécanismes pourraient aussi promouvoir des *pratiques participatives sur le terrain* entre APS.
- Les APS devraient pouvoir compter sur une collaboration *collégiale* avec des *spécialistes de la santé mentale, et notamment des psychiatres, sur le terrain*.

Certains des ingrédients mentionnés ci-dessus se retrouvent dans les équipes de suivi intensif de proximité (*assertive community treatment, ACT*) évaluées par de nombreux auteurs comme référence-clef dans le travail de terrain avec des personnes combinant exclusion sociale et trouble mental (voir introduction et revue de la littérature). Il est à souligner que selon Philippot et Galand (2003), plusieurs caractéristiques d'un tel dispositif répondraient à une « *grande demande de suivi personnalisé, avec une personne de référence et de confiance stable, au travers des différents services des domaines de l'administration et des services sociaux* ».

Recommandations opérationnelles

Selon les remarques et les suggestions des participants, il serait intéressant de mettre une *équipe intersectorielle* d'accompagnateurs psycho-sociaux en place pour accompagner des usagers combinant exclusion sociale et troubles mentaux, à moyen et long terme, afin de créer des liens et de les reconnecter aux réseaux de soins existants.

Cette équipe aurait des contacts privilégiés avec des spécialistes de la santé mentale dans la communauté à qui faire appel dans le cadre de leur travail sur le terrain.

Recommandations de recherche

L'élaboration, la mise en œuvre et l'impact d'une équipe intersectorielle d'accompagnateurs mobiles pourraient faire partie des objectifs d'une recherche-action complémentaire. Mais cette recherche-action devrait pouvoir bénéficier d'une durée suffisante, vraisemblablement plus longue que ce ne fut le cas pour la présente recherche.

Il est par ailleurs impératif de confronter la pratique de l'accompagnement psycho-social mobile aux opinions et souhaits des usagers sur le terrain. Grech (2002) soulignait déjà le peu d'attention à la qualité de vie des usagers dans son analyse de l'impact du « case management ». Dans le dispositif à l'étude dans cette recherche-action, les APS ont approché les usagers à travers leurs lunettes institutionnelles, avec le risque d'agrandir les besoins auxquels on peut répondre. Dans la majorité des évaluations de la pertinence des approches thérapeutiques, des soignants ont été entendus comme seuls porte-parole des usagers (De Vleeschouwer, 2005). Il faudrait partir des besoins et des priorités exprimés par les usagers, et pas seulement des lacunes dans l'articulation entre différentes institutions à l'intersection du social et du mental identifiées par des professionnels. Il est donc important d'impliquer les usagers dans l'évaluation du processus et de l'impact d'un éventuel nouveau dispositif.

Annexe 1.

Indicateurs relevés dans les carnets de route

1. Brève description de la personne accompagnée

- Qui est accompagné ? Age, genre, lieu de vie, nationalité, état civil, réseau social
- Pourquoi cette personne est-elle incluse dans la recherche-action ? (critères d'inclusion dans la recherche : exclusion sociale, santé mentale +, éventuellement, d'autres problématiques)

2. Circonstances du contact avec le service / l'institution

- La personne a-t-elle été contactée en rue ? s'est-elle présentée aux Urgences ? s'est-elle présentée à l'institution avec une demande ? a-t-elle été orientée par une autre institution ? ...

3. Demande de la personne

- En terme de demande d'aide, de soins, de soutien (par ex. demande sociale, médicale, ...)
- Absence de demande. Devant quelles difficultés se trouve l'accompagnateur ? Que trouve-t-il comme solutions ?

4. Besoins identifiés ⇒ accompagnement proposé

- Processus d'identification des besoins (par l'équipe ? par l'APS ? par l'utilisateur ?)
- Qu'est-ce que l'accompagnement est sensé améliorer, résoudre ?
- Quelles activités planifiées ?
- Pourquoi proposer un accompagnement « *physique, mobile* » plutôt qu'une autre intervention ?
- Qu'est-ce qui est *jugé nécessaire* comme ressources, quelles ressources manquent, comment trouver une solution ?

5. Description du déroulement de l'accompagnement

- Activités : Quoi, où, comment ?
- Comment l'accompagnement se déroule-t-il ?
- Qu'est-ce qui influence la dynamique de l'accompagnement ?
- Ressources à disposition et identification des ressources manquantes
- Difficultés ?
- Solutions trouvées ?

(En fin de recherche, il faut essayer de répondre à la question : « Quels sont les critères pour parler d'un accompagnement de bonne qualité ? »)

6. Conséquences de l'accompagnement, perçues par l'APS

- L'accompagnement a-t-il abouti à l'objectif prévu ?
- L'accompagnement a-t-il abouti à autre chose ? (prévu ou non, pour l'accompagnateur ou l'utilisateur, pour d'autres)

Le vécu de l'APS est central dans les descriptions.

Annexe 2.

Résultats de recherche documentaire

Introduction

La recherche documentaire en lien avec la recherche-action RAPS a été handicapée par l'existence d'une multitude de dénominations d'approches apparentées à l'accompagnement psycho-social (mobile ou non). Ce dernier terme n'a pas d'écho dans les recherches de la littérature, et il fallait donc partir de descriptions semblables à cette approche. Des modèles d'*assertive outreach*, *assertive community treatment* et de *case management*, en français souvent repris comme tels ou sous le dénominateur *services ou soins de santé mentale de proximité*, sont décrits depuis des dizaines d'années dans la littérature anglo-saxonne. Dans la littérature francophone, le terme *accompagnement* s'applique à des approches très diverses, allant du « faire un bout de chemin ensemble », vers l'accompagnement uni- ou pluridisciplinaire institutionnel, de courte ou longue durée, à l'initiative de l'utilisateur ou de l'accompagnateur, par des bénévoles non professionnels (ex-usagers) (ex des « buddies ») ou par des « professionnels », travaillant en solo, en petite ou grande équipe. Il a donc été assez difficile de faire une recherche systématique pour retrouver de la littérature décrivant des pratiques d'accompagnement psycho-social mobile s'adressant à un public combinant trouble mental et exclusion sociale.

La littérature suivante a été repérée de façon opportuniste, en partant d'un nombre de documents-clefs (par exemple des descriptions d'approches ciblant notre public-cible, comme les initiatives *housing first*, le projet *ACCESS*, des documents de l'OMS décrivant des approches diverses en santé mentale communautaire, et en remontant le fil des documents de référence. Il est à noter que des recherches à très grande échelle et de plus grand pouvoir statistique (par exemple *ACCESS*) ne mènent pas nécessairement aux conclusions les plus intéressantes pour cette recherche-action ; des recherches qualitatives modestes touchent parfois à des questions nettement plus concordantes.

Littérature en lien avec la place de l'accompagnement psycho-social dans le cadre des politiques de soins de santé mentale

Arguments en faveur des soins de santé mentale dans la communauté

Se basant sur des résultats d'études autant que d'opinions d'experts, Thornicroft et al. (2003) soutiennent la pertinence des soins de santé mentale prestés dans la communauté, près de la population desservie, en collaboration avec les hôpitaux. Les hôpitaux ont un rôle de soutien important, permettant, pour les patients qui en ont besoin, un accès à des hospitalisations rapides et de durée la plus courte possible. A cet effet, l'OMS invite les états à réaffecter les moyens à des structures ambulatoires diversifiées et travaillant en réseau.

La réforme des soins de santé mentale en Belgique est un pas supplémentaire vers l'organisation des soins de santé mentale dans la communauté. La Belgique est un des pays européens avec le plus de lits psychiatriques et de places résidentielles : 160 lits par 100.000 habitants (vs 20 en UK et <10 en Italie) (Mariage, 2010). La réforme des soins de santé mentale en Belgique vise non seulement un glissement des moyens financiers mais aussi une meilleure articulation des services aux besoins. Les autorités optent également clairement pour une autre vision sur les soins et l'accompagnement du patient, promouvant une approche qui met le processus individuel de rétablissement des usagers et la récupération de l'autonomie dans sa propre vie au centre (Psy 107). Mariage (2010) souligne que la réforme prévoit que les centres de santé primaires et divers acteurs généralistes soient appelés à jouer un rôle essentiel dans le système, dans un objectif de déstigmatisation et de réinsertion des patients. Il réfère également à la notion de « référent de soins » : un référent par institution et pour chaque patient.

Constats par rapport à la prise en charge de troubles mentaux sévères chez des personnes en exclusion sociale / sans-abri

La capacité du système à prendre en charge des personnes combinant de graves troubles sociaux et mentaux est insuffisante. Nombre d'études internationales démontrent que plus de la moitié des séjours en hébergement public concerne des personnes combinant exclusion sociale et troubles mentaux sévères. Pour obtenir des soins médicaux, elles s'adressent à des services de soins urgents coûteux (Folsom, 2005 ; Kuno, 2000, McNiel ; 2005 dans Stefancic, 2007). Dans une étude à Bruxelles, Lorent et al. (2007) ont étudié les critères invoqués dans les demandes de mise en observation (dont un grand nombre de patients sont qualifiés comme « défavorisés »). Ils trouvent que dans la majorité des cas, il s'agit de critères liés à la capacité du système de soins en place, plutôt qu'à des caractéristiques des personnes elles-mêmes.

La fragmentation du système d'offre de soins est dénoncée par plusieurs auteurs. Selon Randolph et al. (2002), les liens entre les différents services se caractérisent par la méfiance et le manque d'échanges d'informations, suite au manque de contacts, à la méconnaissance et aux conflits entre différentes cultures organisationnelles. Le SAMHSEA (2004) appelle à la création d'un système de soins « sans coutures », à coordonner les services de santé mentale, à s'assurer que les interfaces fonctionnent correctement et à intégrer les systèmes de soins, afin que, pour les patients faisant appel à un service, « ... chaque porte soit la bonne porte ». En Belgique, les structures sont subventionnées par plusieurs niveaux (fédéral, régional, communautaire), résultant en divers cadres de fonctionnement, sans politique commune ni articulation des offres. ***L'offre dans son ensemble est devenue illisible*** (Van Den Eynde, 2005).

Offre de soins (trop) exigeante : Selon Mariage (2010), les structures de première ligne font face à des difficultés de collaboration avec les psychiatres et les différents services hospitaliers, notamment pour hospitaliser leurs patients en situation de crise. Il manque aussi un suivi cohérent à la sortie. A cela s'ajoutent d'exigeantes conditions d'admission, des horaires d'ouverture limités (heures de bureaux), les coûts, les listes d'attente. Ce sont autant de facteurs limitant l'accès aux soins adaptés aux usagers fragiles combinant exclusion sociale et trouble mental.

L'offre de soins est inadéquate dans des situations de crise : Seuls les quelques services d'urgences psychiatriques sont disponibles hors des heures de bureau, alors que la majorité des patients ont plutôt besoin d'écoute et d'accueil que de médicaments et d'hospitalisation (Van Den Eynde ; 2005). Ce sont donc souvent les proches des patients (s'ils existent) qui doivent pallier aux manquements du système, mais leur expertise dans le soutien affectif, la valorisation et l'accompagnement du patient est peu pris en compte (Similes, 2012).

Effets de la conjoncture économique actuelle : Dans le cadre actuel de conjoncture économique s'ajoute la problématique cruciale du logement, avec des prix exorbitants à Bruxelles. Van Den Eynde (2005) note également la tendance à vouloir réorganiser des soins de santé mentale avec l'objectif de faire mieux et plus avec les moyens en place, plutôt que d'améliorer le système en ajoutant de nouvelles offres. La dimension financière et administrative par rapport à l'accès aux soins est incontournable, non seulement pour les personnes en rupture sociale ou sans papiers, mais aussi pour celles bénéficiant d'une couverture sociale, car il reste des frais non négligeables à charge du patient. L'auteur conclut en dénonçant les concepts d'autonomisation et de responsabilisation de l'individu comme nouvelles valeurs de la société, ce qui risque de faire porter la responsabilité du problème d'inclusion sociale aux plus vulnérables.

Exemples d'accompagnement psycho-social mobile : Mise en place, description de la fonction et des pratiques

De multiples approches communautaires de santé mentale, destinées à une population sans-abri avec maladie mentale (sévère), ont été développées.

L'approche du *case-management* (gestion de cas) émerge dès les années '60 aux USA comme alternative à l'hospitalisation, et dès les années '80 en UK, suite à une réforme des soins de santé (Grech, 2002). D'autre part, le concept de *Housing First* (HF) a réussi à mobiliser, dans un cadre contextuel pourtant plutôt hostile, des notions comme la réduction des risques, le parcours non linéaire du rétablissement, ou encore le constat que le professionnel paraît incompetent à juger si, oui ou non, une personne sans-abri est « prête pour un logement » (Padgett, 2011).

Assertive outreach, assertive community treatment

Dans la littérature internationale, il existe une multitude de descriptions de l'*assertive outreach* ou de l'*assertive community treatment* (ACT) (suivi intensif de proximité). Plusieurs variantes de cette approche sont décrites. Selon Ng et McQuiston (2004), « ... nul ailleurs le travail de proximité est plus pertinent que dans l'offre de services aux personnes sans abri avec troubles mentaux ».

Selon The Sainsbury Centre for Mental Health (2001), il s'agit d'une approche de travail s'adressant au milieu de vie des personnes souffrant de troubles mentaux graves, et qui hésitent à utiliser le système de soins.

Les initiatives *Pathways to housing* ou *Housing First* combinent un accès au logement pratiquement sans conditions pour des personnes sans-abri avec trouble mental, avec une approche de réduction des risques sur le plan des assuétudes et l'appui par une équipe ACT (Stefancic et Tsemberis, 2007).

Case Management (gestion de cas)

Grech (2002) a effectué une revue de la littérature sur le *case management*. Il estime que ce terme traduit une notion d'autorité sur le travail et de contrôle sur les ressources. Il s'agit d'une fonction de coordination et de liaison dans le but d'améliorer l'intégration entre les milieux de soins résidentiels et ambulatoires. Cet auteur distingue plusieurs modèles, avec différents niveaux d'intensité des contacts et des interventions, qui peuvent varier du modèle de « courtier » (*standard case management*) au *case management clinique* (où l'accompagnateur fournit également des soins de santé), des modèles s'approchant de l'*assertive community treatment* (s'adressant à un public souffrant de problèmes de santé mentale plus sévères nécessitant un suivi plus intensif et de longue durée) ou à l'*intensive case management* (impliquant plus de partage de travail avec d'autres secteurs de soins de santé mentale). Gournay (dans Grech, 2002) soutient que « des termes comme l'ACT, le *case management* et le traitement de santé mentale à domicile sont employés de façon interchangeable ... même parmi des chercheurs et dans la littérature, il existe une certaine confusion. »

Burns et al. (2006) affirment l'importance de décrire avec précision les pratiques mises en œuvre dans la recherche. En décortiquant des études investiguant des soins à domicile s'adressant à des personnes souffrant de maladie mentale, ils ont découvert que l'on ne peut pas trop se fier aux distinctions entre les approches ACT et *case management*. Dans plusieurs cas, l'approche en question a même été rebaptisée, et cela après la prise de connaissance des résultats de l'étude !

Approches de soins psychiatriques à domicile

Aux Pays-Bas, on peut distinguer deux types d'approches de soins psychiatriques à domicile (Brook et al, 1998) : a) des soins aigus, caractérisés par un accompagnement intensif mais de courte durée, avec pour but de prévenir l'hospitalisation ; et b) des soins de longue durée, à visée de remplacement ou raccourcissement des soins résidentiels ; et sans restriction quant à la durée. Dans une équipe de soins psychiatriques à domicile, les travailleurs sont parfois indiqués comme « case managers » ou, plus

souvent, « *accompagneurs personnels* » ; ils ont souvent un rôle de coordination par rapport à la dispensation de soins directs aux clients qui leur sont confiés. La méthodologie de travail particulière à la fonction de soins psychiatriques à domicile peut tout au mieux être définie comme « éclectique ». Souvent, chaque membre d'une telle équipe emprunte des approches utilisées dans le cadre de travail précédent (Brook et al, 1998). Van de Lindt (2006) a fait une étude préliminaire des équipes de « *bemoeizorg* » (soins pour des personnes avec problèmes psychiatriques chroniques qui en ont besoin mais n'en veulent pas (Tielens et Verster, 2010). Il signale que ces équipes visent non seulement à améliorer la santé et les conditions de vie, mais aussi la qualité de vie des personnes accompagnées, et que cela nécessite un suivi soutenu dans le temps.

Approche intersectorielle de soins de santé mentale destinés à un public sans-abri

En 1998 a été créé à Lille le dispositif Diogène, Equipe Mobile Santé Mentale et Précarité, constituée d'une équipe intersectorielle de soignants issus des secteurs de psychiatrie générale (infirmier, psychologue, psychiatre) et spécialisée dans la prise en charge psychiatrique des populations en précarité. Une personne de cette équipe se déplace dans les associations travaillant sur le terrain, et à la demande de celles-ci. Après un temps d'évaluation, un accompagnement vers les structures de secteur, en fonction de la demande du patient ou des troubles trouvés, peut suivre. Diogène a deux autres rôles : l'un de travail de partenariat avec les équipes sociales (échanges de pratique, recueil d'observations et de difficultés) et l'autre de sensibilisation des secteurs psychiatriques à l'accueil et la facilitation de la mise en place des soins pour des personnes précaires (Guesdon et al., 2003).

Objectifs des accompagnements

Dans la littérature, les objectifs suivants sont mentionnés pour les différentes approches d'accompagnement :

- Développer une relation de confiance et de sens entre le travailleur et l'utilisateur (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001) ;
- Développer des liens avec d'autres services, et notamment entre l'individu et des services de soins de santé mentale (The Sainsbury Centre for Mental heart, 2001 ; Henrard, 2004) ;
- Construire une « alliance thérapeutique » (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001) ;
- Maintenir l'utilisateur dans son logement (Stefancic et al., 2007 ; Henrard, 2004) ;
- Assurer une fonction d'alerte ; soutenir la famille du patient (Henrard, 2004).

Il est intéressant de noter que le but de prévenir ou de raccourcir les hospitalisations n'est pas repris comme objectif par les auteurs précités. Grech (2002) place la promotion du *case management* au Royaume-Uni dans un contexte politique (suite au meurtre d'un travailleur social par un ancien patient) et économique (dans l'espoir de faire des économies).

Tâches des accompagnateurs

Morse et al. (1996) décrivent cinq tâches essentielles des membres d'une équipe d'*Assertive Community Treatment (ACT)* :

- Etablir un contact et de la crédibilité ;
- Identifier les personnes avec une problématique mentale ;
- Evaluer la situation ;
- Planifier un traitement ;
- Fournir un service continu.

Le modèle de *Housing First* combine des approches de réduction des risques (par rapport à la consommation de substances) avec l'accès à un service intensif d'aide et de soins, à la demande de l'utilisateur. Celui-ci a le choix du type, de la fréquence, de la séquence des services offerts avec, toutefois, un minimum de visites et un accès rapide, si besoin, à des services hospitaliers en cas de décompensation (Stefancic et al., 2007).

Delvaux (2005) décrit le travail de l'équipe de soins à domicile « La Trame » dans la région de Verviers. Il place la fonction de cette équipe à la charnière de l'hospitalier, de l'ambulatoire et du suivi à domicile. Il définit la recherche de collaborations fonctionnelles utiles et la création de liens durables dans une relation triangulaire -entre le travailleur et le patient, entre le patient et les autres acteurs de soins et entre le travailleur et les autres acteurs de soins- comme tâche essentielle.

Composition des équipes d'accompagnateurs

Deux approches différentes sont décrites dans la littérature. Une première est l'approche d'équipe, les usagers étant attribués à une équipe dans son ensemble et non à un travailleur. D'autre part, il existe l'approche de référent (*key-worker*) qui tisse un lien fort avec ses clients / patients ; le référent est alors membre d'une équipe, qui peut prendre le relais en cas de difficultés ou d'absence du travailleur.

En Belgique, la réforme des soins de santé mentale permet une grande liberté dans le choix des formules ; certains fonctionnent comme équipe pluridisciplinaire, avec 5 à 6 travailleurs, ayant par ailleurs des activités dans d'autres structures ; d'autres travaillent en petite équipe (d'environ 2 temps pleins), plus ou moins indépendamment et soutenus par des équipes partenaires (Henrard, 2004).

Suite à une initiative Européenne (Rome, 1992), des structures dont les activités se situent à l'intersection du social et du mental à Bruxelles se sont groupées dans un réseau, le SMES-B, avec comme objectif de stimuler la collaboration structurelle entre le secteur des soins de santé mentale et le secteur actif dans la lutte contre l'exclusion sociale. En 2002 a été créée la *Cellule d'appui médico-psychologique d'intersection entre la santé mentale et l'exclusion sociale*, une cellule mobile proposant de l'aide à des professionnels en charge d'un public combinant exclusion sociale et problèmes d'ordre mental, proposant de l'aide sur le plan diagnostique et stimulant l'outreach du secteur mental (Krabbe et al., 2005).

Ressources nécessaires

Les accompagnateurs dans les modèles décrits travaillent en général en équipes constituées de membres venant de différentes disciplines. Les compétences importantes retenues chez ces travailleurs sont : de la flexibilité, créativité, patience ; de l'ouverture aux besoins et aux priorités exprimés par le client ; des facultés de coordination et de liaison avec d'autres services (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001). Grech (2002) décrit, dans sa revue de la littérature sur le *case management*, la capacité d'identifier les besoins et les ressources (en particulier pour le modèle de courtier de CM). Dans certains modèles, il souligne également le besoin de compétences cliniques. Les travailleurs doivent être capables de travailler de façon indépendante et pragmatique dans la communauté. Ils doivent faire preuve d'initiative, mais également être capables de travailler en équipe (Philips et al., 2001).

Enfin, une ressource extrêmement précieuse est le temps : en général, l'accompagnement signifie un travail à long terme. Parfois, l'utilisateur a besoin d'un investissement intensif mais de durée relativement courte (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001). D'autres auteurs mentionnent des approches de longue durée (Freeman, 2000, dans Grech, 2002), voire à durée indéterminée (Marks et al., 1994, dans Grech, 2002).

Recherche de l'impact des services de santé mentale de proximité qui s'adressent à un public combinant exclusion sociale et problème mental

Les articles en lien avec l'impact (*outcome*) des services de santé mentale de proximité se centrent sur les conséquences suivantes :

- Le besoin d'hospitalisation des usagers ;
- La santé physique et/ou mentale ;
- Le coût ;
- L'accès au logement ;
- (la qualité de vie de l'utilisateur) ;
- L'impact sur le travailleur.

Impact des services de santé mentale de proximité sur l'hospitalisation de l'utilisateur

L'impact des services de proximité sur l'hospitalisation est souvent mesuré par le nombre de jours passés en milieu hospitalier. Cela est généralement considéré comme un résultat *souhaitable*. Dans une revue de la littérature sur le *case management*, Grech (2002) avance que dans nombre d'études, l'effet net sur le nombre et la durée des hospitalisations n'est pas concluant. L'approche ACT semble associée à une réduction des hospitalisations, à condition que la prise en charge de l'utilisateur soit globale et de longue durée, voire de durée indéterminée. Dans leur évaluation de l'impact des services de soins psychiatriques à domicile, Burns et al. (2001) arrivent à une conclusion similaire. L'effet de ces services sur la durée de l'hospitalisation est meilleur s'ils prennent également en charge des problèmes de santé somatique et d'ordre social.

Notons que certaines études montrent une augmentation de la durée de l'hospitalisation, ce que les auteurs expliquent par le fait que le *case management* facilite le contact et améliore l'accès aux services psychiatriques résidentiels. Une étude effectuée sur 12 mois à Londres (UK700 group) montre qu'on ne peut s'attendre à une diminution substantielle par rapport au nombre d'admissions, sauf si l'équipe du *case management* a un contrôle sur les sorties des patients hospitalisés (Marks et al., 1994).

Plusieurs études tentent de comparer deux modalités d'approches de proximité. Ainsi, Marchall et Lockwood (1998, dans Grech, 2002) comparent une approche *Assertive Community Treatment* au *standard case management* et arrivent à la conclusion que la première approche réduit la fréquence et la durée des admissions et résulte en un meilleur contact avec certains usagers. Par contre, cette conclusion ne vaut pas pour une clientèle sans-abri, ni pour des personnes ayant des problèmes de consommation.

Il existe beaucoup de variantes d'*assertive community treatment* (ACT) dans la pratique. Certains auteurs prétendent que l'adhérence à une série de composants dits « critiques » de l'ACT est associée à de meilleurs résultats, y compris les coûts, la réduction de l'hospitalisation et de la consommation, l'amélioration du fonctionnement de l'utilisateur et de sa qualité de vie (Phillips et al. 2001). Il existe même un outil pour mesurer la « fidélité » à l'approche ACT : le *Darmouth Assertive Community Treatment Fidelity Scale* (DACTS), qui compile les caractéristiques jugées essentielles pour la bonne pratique clinique de l'ACT.

D'autres auteurs ne sont pas d'accord avec une telle interprétation. Burns et al. (2006) ont tenté d'identifier les ingrédients communs des services offrant des soins de santé mentale à domicile. Ils dénoncent la nature « boîte noire » de beaucoup de modèles : ils constatent que certaines approches ne sont pas bien décrites et que les étiquettes sont vagues et peuvent induire en erreur. Par ailleurs, ils soulignent que les services figurant dans des branches « contrôle » des études méritent autant d'attention que les services « expérimentaux » : il s'agit de services complexes qui méritent d'être décortiqués avant de tirer des conclusions quant à leur efficacité.

Il est intéressant de noter que les études d'impact des approches d'*assertive community treatment* et de *case management* démontrent une diminution de la durée d'hospitalisation aux Etats-Unis, mais une augmentation en Europe. Cela semble tenir au fait que les groupes de contrôle ne sont pas comparables. La différence significative entre la durée d'hospitalisation des patients dans les branches contrôle des études aux USA (moyenne de 27,6 jours/an) vs en Europe (17,4 jours/an) pourrait expliquer la défaillance des études européennes à démontrer un impact significatif sur l'hospitalisation. (Burns et al., 2006).

Priebe et al (2004) étudient l'impact sur l'hospitalisation de l'utilisateur d'une grande série de variables concernant le travail en équipe, la satisfaction ou le burn-out des travailleurs, et des caractéristiques chez les patients. Le travail de week-end, les indicateurs de burn-out et un manque de contact du patient avec d'autres services sont associés indépendamment à une probabilité accrue d'admission à l'hôpital. Le contact du patient avec d'autres services est un facteur de bon pronostic et indicateur puissant d'impact car réduit, comme variable isolée, le risque d'admissions d'environ 50%. Les auteurs interprètent ce résultat comme indicateur de l'importance du travail multi-agence avec ce groupe de patients. Par contre, la pluridisciplinarité du travail, la fréquence des contacts ou la combinaison de soins socio-sanitaires ne semblent pas avoir d'impact sur l'hospitalisation ; ce sont pourtant des variables souvent considérées pertinentes. Les auteurs encouragent donc une approche flexible, sans adhérence à des prescriptions détaillées qui manqueraient d'arguments objectivés.

L'impact des services de santé mentale de proximité sur la santé physique et mentale de l'utilisateur

Une évaluation aux USA des services de santé mentale de proximité dans la rue (*street outreach*), qui s'adresse à des personnes sans-abri présentant des troubles mentaux, montre une amélioration de ces patients dans presque tous les domaines (Lam et al., 1999). Lehman et al. (1997) postulent que des approches ACT résultent en un contact plus fréquent avec les services de santé mentale chez des usagers sans-abri.

L'étude ethnographique de Rowe et al. (1998) démontre comment une approche de *case management* dans la rue peut améliorer, du bas vers le haut, l'intégration et la coordination des services, et faciliter l'accès des usagers à des services de soins de santé et de réhabilitation.

L'étude ACCESS a, pendant cinq ans, investigué les effets des efforts pour intégrer les services de santé mentale, sur 18 sites aux USA. Dans tous les sites qui offraient une approche ACT à des usagers combinant exclusion sociale et trouble mental, il a été démontré une amélioration substantielle de tous les indicateurs de résultats (santé mentale, logement, consommation de drogues et d'alcool, utilisation de services) (Rosenheck et al., 2002).

D'autres auteurs mesurent une amélioration du fonctionnement social et de l'état mental, toutefois sans différences significatives entre les modèles plus ou moins intensifs du *case management* (Thornicroft et al., 1998).

Impact sur les coûts

Dans un rapport sur les soins et services de santé mentale de proximité, Thornicroft et al. (2003) notent que la qualité des soins est intimement liée à l'investissement financier et que les services de santé mentale communautaires coûtent autant que les services hospitaliers qu'ils sont sensés remplacer.

Beaucoup de chercheurs paraissent préoccupés par la question du coût - efficacité. Grech (2002) fait remarquer que l'hypothèse de faire des économies par la mise en place des soins psychiatriques communautaires n'est pas souvent remise en question : « ...on ne semble que peu contester la notion que les praticiens devraient appliquer une approche « *evidence-based* », non dans un but de promouvoir des pratiques de qualité car scientifiquement validées, mais plutôt avec l'objectif d'être plus compétitifs pour les ressources rares. »

Marchall et Lockwood (1998, dans Grech, 2002) avancent que *l'assertive community treatment* peut diminuer le nombre d'admissions et donc diminuer les coûts d'hospitalisation, mais ce gain est compensé par les coûts importants de l'ACT.

Larimer et al. (2009) concluent par contre à des bénéfices financiers dans leur étude quasi-expérimentale d'un programme de *housing first* (incluant les services d'une équipe ACT). Par rapport aux personnes sur liste d'attente, le programme avait un effet bénéfique sur les frais d'incarcération, d'hébergement d'urgence, de traitement des troubles liés à la consommation et de traitement en milieu hospitalier.

Impact sur l'accès au et le maintien en logement

Les programmes « *treatment first* » prévoient un accès au logement après un parcours par étapes, qui arrive à sélectionner les usagers « prêts » à vivre seuls. Par contre, des initiatives « *housing first* » offrent à l'usager un accès au logement presque inconditionnel, associé à un soutien intensif par des services ACT. Ces derniers programmes résultent en une diminution de la consommation ou du mésusage de substances, comparé à la branche « *treatment first* » (Padgett et al, 2011). Ces initiatives s'adressent à des personnes sans-abri souffrant de maladie mentale. La majorité des participants assignés à la branche « *housing first* » paraissaient capables de maintenir un logement permanent et autonome après une période considérable de vie sans abri. (Stefancic et al, 2007).

Dans une étude sur l'approche « *housing first* », sur 2 ans à Washington DC, Tsemberis et al. (2012) démontrent que chez des patients souffrant d'un double diagnostic avec antécédents de vie sans abri, 97% maintiennent leur logement après 1 an et 84% après 2 ans ; ils démontrent également une réduction significative des symptômes psychiatriques et de la consommation d'alcool. De plus, 14% des personnes ont pu se passer d'une forme intensive de ACT endéans la période de suivi de deux ans.

En Californie, une autre étude combinant « *housing first* » et offre de soins globaux et continus, sans obligation de traitement (Gilmer et al., 2010), démontre un impact favorable sur le nombre de jours à la rue, le nombre de contacts avec le système judiciaire et les services d'urgence en milieu hospitalier, et sur l'utilisation du système ambulatoire de soins de santé mentale, ainsi que sur la qualité de vie des locataires.

Impact sur le bien-être et la qualité de vie

Passant en revue une période de 30 ans de diverses approches communautaires en santé mentale, Rohde (1997) note que les modèles ont davantage évolué pour s'adapter au développement du système communautaire de soins de santé mentale après la phase de désinstitutionnalisation, que dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie des patients. Smith et al (1999) dénoncent l'attention excessive au nombre de contacts, et à l'évaluation et la gestion du risque, plutôt qu'à la relation thérapeutique, aux droits et aux souhaits des patients. Les auteurs mettent en garde contre le risque de voir évoluer l'approche communautaire comme un système coercitif, et en citent quelques exemples, comme des menaces de détention ou de punition, de la violation de la vie privée, ou l'usage de toilettes publiques pour l'administration de médicaments injectables.

Même si des études confirment que les usagers bénéficiaires d'ACT sont plus satisfaits que ceux bénéficiant d'autres services, certains groupes d'usagers s'y opposent, percevant d'une part l'ACT comme une approche coercitive et paternaliste qui nourrit la dépendance et, d'autre part, comme un mécanisme destiné à exercer un contrôle social sur les individus souffrant de maladie mentale, notamment à travers l'administration de médication (Philips, 2001).

La recherche pourrait se tourner vers de meilleurs cibles que la prévention des admissions. Par ailleurs, dans certains cas, l'hospitalisation pourrait même être considérée comme indicateur d'engagement avec les services. D'autres critères de succès, comme l'impact sur la psycho-pathologie, la qualité de vie et la satisfaction du traitement méritent d'être investigués (Priebe et al., 2004).

Littérature en relation avec la pénibilité du travail de proximité

« *Les expériences des travailleurs de proximité sur le terrain sont essentielles à prendre en compte pour modeler et redéfinir les activités de travail* » (Fisk et al., 1999)

Qualités d'un travailleur de proximité (outreach worker)

Il n'existe pas de qualification officielle pour devenir travailleur de proximité ; la majorité d'entre eux sont des diplômés, tels qu'infirmier, travailleur social ou travailleur de jeunesse (Pates et Blakely, 1994).

Les qualités personnelles sont essentielles, car « ... *can make or brake an outreach worker.* » (Pates et Blakely, 1994). Lors de l'embauche des travailleurs de proximité, il est important de savoir si d'éventuelles lacunes peuvent être comblées par des formations. Les caractéristiques suivantes sont primordiales :

- Etre capable de prendre des initiatives, mais aussi d'accepter des instructions, être capable de travailler seul, mais aussi en équipe, savoir être ferme, mais sans jugement ;
- Faire preuve de stabilité, de maturité, de créativité, de respect pour les clients ;
- Avoir des compétences de communication, d'organisation, de prise de notes, de travail en réseau ;
- Avoir un minimum de notions sur les services de soins de santé et sociaux ;
- Avoir la capacité de travailler dans un centre et dans la rue, de façon formelle et informelle.

Stefancic et al. (2007) mettent en avant les caractéristiques nécessaires chez les travailleurs des équipes *Housing First* (ACT). Ils doivent :

- Etre prêt à et capable de prioriser les besoins et objectifs de l'utilisateur ;
- Etre prêt à accepter que les besoins sociaux (notamment en lien avec le logement) prennent la priorité sur les problèmes de santé mentale et de consommation ;
- Faire preuve d'une attitude positive et optimiste par rapport aux personnes vivant à la rue ;
- Avoir une approche pragmatique et flexible, mais réfléchie.

Brook et al. (1998) identifient les qualifications suivantes nécessaires chez les travailleurs à domicile :

- Capacité de fonctionner de façon autonome ;
- Bonne connaissance de l'organisation des soins dans la région (...)
- Capacité de construire un réseau autour des clients ;
- Compétences de négociation avec les clients et leurs proches ;
- Compétences pour manager la résistance et les situations conflictuelles (...)
- Pouvoir appliquer des directives, travailler de façon planifiée et axée sur le résultat.

Philips et al. (2001) jugent que les travailleurs des équipes *ACT* doivent être capables de travailler de façon indépendante dans la communauté et en équipe ; ils doivent être pragmatiques et savoir s'adapter au contexte du travail en rue.

Pates et Blakely (1994) identifient les qualités suivantes **chez les coordinateurs et les responsables** des travailleurs de proximité. Ils soutiennent e.a. la flexibilité des conditions de travail et accordent

de l'espace pour l'expérimentation. (Selon Friedman et al. (1990), les travailleurs qui ont peu d'autonomie ont généralement peu de moral). Ils procurent un feedback adéquat et sont capables de mesurer les risques potentiels et de guider le travailleur quand il s'agit de changer l'approche de direction.

Ils prévoient un soutien adéquat par des supervisions régulières, des formations au départ et au long du travail, une stimulation de travail en réseau avec d'autres projets similaires. Les auteurs considèrent la question de la sécurité comme primordiale. Ils décrivent comment, dans leur projet à Cardiff, la sécurité des travailleurs prime sur toute autre considération. Si, dans une quelconque situation, le travailleur ne se sent pas en sécurité, la directive est de se retirer, sachant qu'il aura toujours le soutien des responsables. Cela fait partie d'une série de directives par rapport à des mesures de protection. Les coordinateurs doivent aussi être prêts à défendre la nécessité de prévoir suffisamment de temps disponible pour le travail des travailleurs de proximité.

Complexité de la problématique de la population-cible

Il semble qu'il soit difficile d'engager des personnes combinant exclusion sociale et maladie mentale dans une relation d'aide, de soins ou de traitement.

On estime qu'entre 50 et 70 % des personnes sans-abri souffrant de maladie mentale sévère sont également consommatrices de substances et ces estimations sont largement sous-estimées (Drake et al. (2006) ; McHugo et al. (2006). Selon Delvaux (2005), la patientèle fragilisée dans des domaines mental, social et relationnel n'arrive plus à utiliser le réseau de soins mis en place. Dans une revue du Sainsbury Centre for Mental Health (1998), les auteurs tentent d'éclaircir les causes d'un manque d'engagement dans les services de soins : la nature inappropriée des services, des expériences antérieures des usagers (par exemple des attitudes négatives du personnel).

Les attitudes et le style de travail sont indiqués comme primordiaux pour un service efficace. Les auteurs de cette revue soulignent l'importance de « *la capacité du personnel à sympathiser avec des personnes parmi les membres les plus aliénés et dépossédés de la société* » (dans Grech, 2002). Ceci contraste avec la conclusion du UK Group, qui prétend que l'énergie et l'investissement des travailleurs devraient se concentrer sur le contenu des soins plutôt que sur la forme et la façon de la fournir (Grech, 2002) ...

Instruments de contrôle de qualité du travail

The Sainsbury Centre for Mental Health (2001) propose un certain nombre de mesures pour assurer la qualité du travail. Ils incluent entre autres : l'évaluation systématique, régulière et multidisciplinaire du travail, ainsi que des politiques en place, la récolte de commentaires des usagers et le développement de procédures de plaintes, la revue d'incidents critiques pour en tirer des leçons pour la pratique, des supervisions cliniques régulières et systématiques pour assurer la qualité de travail de chacun, la collecte systématique de données utiles par des outils simples.

Brook et al (1998) listent comme instruments de contrôle de qualité : des interventions régulières entre les travailleurs, des supervisions, des réunions de concertation en équipe, des protocoles de traitement / de médication / de sécurité / de travail de weekend, etc ... Ces auteurs regrettent qu'il n'existe que rarement des systèmes de feedback pour les usagers.

Risque de violence

The Sainsbury Centre for Mental Health (2001) insiste sur le fait que ce risque impose le développement d'une culture de sécurité et d'une politique en place, tenant compte de la législation et du cadre institutionnel. Il s'agit de toujours prendre au sérieux toute inquiétude de la part d'un travailleur, de programmer un travail en duo s'il s'agit d'un client potentiellement dangereux et de soutenir de manière adéquate le travailleur en cas de suicide d'un client. On souligne l'importance de discussions régulières concernant les pratiques et de formations par rapport à la sécurité pour apprendre comment minimiser le risque et comment réagir en cas de violence.

Brekke (2001) mentionne, dans un rapport aux USA, qu'un patient qui a une maladie mentale grave a 14 fois plus de chance de devenir victime d'un crime violent, que d'en commettre un. Cette étude conclut que « ... le risque [pour ces patients] de vivre dans la communauté est supérieur par rapport au risque que ces individus font courir à la communauté. »

Le travail en équipe est identifié comme le meilleur moyen de prévention du **burn-out** des travailleurs (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001).

Le travail autonome peut conduire à l'isolement ; par contre, le travailleur trop dépendant des directives de son institution risque d'être moins pragmatique, flexible et rapide dans la prise de décisions face à des changements de la situation et des besoins de l'usager (Philips, 2001). Le travail d'équipes indépendantes peut conduire à un manque de concertation et de communication avec des collègues dans d'autres structures. Ceci peut résulter en une perception erronée ou une incompréhension des objectifs thérapeutiques par d'autres intervenants, et entraîner une discontinuité et un manque de cohérence dans l'aide apportés (Delvaux, 2005).

Accès aux soins en milieu hospitalier

Si les soins psychiatriques communautaires sont sensés intervenir en aval afin de prévenir l'hospitalisation (retenu comme premier objectif et comme indicateur de succès dans nombre d'études internationales), il est clair que les acteurs de soins communautaires identifient l'hospitalisation comme un outil de travail indispensable dans certains cas. Selon Mariage (2010), le financement des hôpitaux par lit et par taux d'occupation, qui oblige l'hôpital à respecter un « taux de remplissage » optimal de ses lits pour garantir ses moyens financiers, explique qu'il n'y ait jamais de place pour les entrées et que, par contre, les patients chroniques les moins encombrants y restent bien trop longtemps. Dans sa description du travail d'une équipe de soins psychiatriques à domicile dans la région de Verviers, Delvaux (2005) insiste sur la nécessité d'inscrire des hospitalisations dans un parcours de soins intégré, sans véhiculer trop de sentiments d'échec ou de rupture.

Méconnaissance des ressources des réseaux existants

Les conclusions de Priebe et al. (2004) quant à l'importance d'un travail de réseau ont déjà été mentionnées (cfr supra). Selon Mariage (2010), la méconnaissance des réseaux existants peut résulter en un double travail et dans la concurrence entre les différentes structures travaillant dans ce secteur. Des pratiques de réseaux permettent de mieux se connaître et de connaître le potentiel existant sur le territoire. Il existe sinon un risque d'aboutir à des concurrences stériles plutôt qu'au développement de complémentarités.

Annexe 3.

Références bibliographiques

- Baart, A. (2004) *Introductie in de presentietheorie*. Stichting Axioma, Den Bosch. Katholieke Theologische Universiteit Utrecht.
- Baribeau, C. (2010) *L'entretien du groupe: considérations théoriques et méthodologiques*. Recherches Qualitatives – vol. 29 (1), 28-49.
- Blow, H., De Wacker, A., Louckx, F., Van Heusden, L., Van Menxel, G. (2006). *Profils de santé des personnes sans domicile en Belgique*. Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, Belgique. Sans-abri en Europe: hiver 2006.
- Brekke J.S., Prindle C., Woo Bae S., and Long J.D. (2001) *Risks for Individuals With Schizophrenia Who Are Living in the Community*. Psychiatric Services, Vol. 52, No. 10, October: 1358-1366.
- Brook, O.H., Gassman, P., van Hoof, F., van Weeghel, J. (1998) *Psychiatrische thuiszorg I. Een verkennend onderzoek naar organisatie en kwaliteitskenmerken*. Tijdschrift voor Psychiatrie: 40:11, 673-684.
- Bruxelles santé. (2012) *Quelques réflexions sur les réseaux de santé*. Bruxelles Santé N° 67; dossier p 10-13.
- Burns, T., Catty, J., Wright, C. (2006) *Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients?* Acta Psychiatrica Scandinavica 2006: 113 (Suppl. 429): 33-35.
- Burns, T., Knapp, M., Catty, J., Healey, A., Henderson, J., Watt, H., Wright, C. (2001). *Home treatment for mental health problems: a systematic review*. Health Technol. Assess 2001; 5 (15):1-139.
- Colinet, L. (2007) *Santé mentale en contexte social – Précarités: la souffrance psychosociale bouscule les professionnels*. Mental'idées. Dossier : Congrès 2007. Jusqu'ici tout va bien. Mouvements en Santé Mentale entre clinique, social et politique.
- Collins, S.E., Clifasefi, S.L., Dana, E.A., Andrasik, M.P., Stahl, N., Kirouac, M., Welbaum, C., King, M., Malone, D.K. (2011) *Where harm reduction meets housing first: exploring alcohol's role in a project-based housing first setting*. International Journal of Drug Policy 23 (2012) 111-119.
- Congrès International de Lyon. (2004) *La santé mentale face aux mutations sociales*. ONSMP : Furtos J., Laval Ch. (sous la direction de), 2005, « Souffrir sans disparaître », in : *La santé mentale en actes*, Edition Erès.
- De Coninck, F. & Platteeuw, A. (2006) *Réseaux ambulatoires et hospitalier : articulations*. Lignes de force de la réflexion collective du groupe de travail (2003-2005). Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale.
- De Munck, P., Paligot, F., Barbosa, V., Heymans, I., Somasse, E., Saint Amand, F., Caremans, B.,
- Druyts, I., Macq, J. (2011) *Les métiers de demain de la première ligne de soins*. Etude réalisée par la Fédération des maisons médicales à la demande du Service Public Fédéral- Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.
- Delvaux, P. (2005) *L'intervention à domicile*. Dans: Au plus près des gens. Une mosaïque d'idées et

d'expériences autour de la santé mentale. éd. Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale. Bruxelles. p.35-37.

De Vleeschouwer, D. (2005) *Le conseil des usagers de drogues licites et illicites (C.U.D.L.I.)*. Dans : Au plus près des gens. Une mosaïque d'idées et d'expériences autour de la santé mentale. éd. Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale. Bruxelles. p.54-56.

Dick R. (2003). *Structured focus groups*. Action Learning and Action Research Journal, 8 (1), 33-49. <http://www.alara.net.au/files/ARARV8No8.pdf>

Dixon-Woods M., Kirk D., Agarwal S., Annandale E., Arthur T., Harvey J., Hsu R., Katbamna S., Olsen R., Smith L., Riley R., Sutton A. (2005) *Vulnerable groups and access to health care*. Report for the national coordinating centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). University of Leicester. p. 283-286

Dodd T. (2001) *Clues About Evidence for Mental Health Care in Community Settings – Assertive Outreach*. Mental Health Practice, Vol. 4, No. 7: 10-14.

Drake, R., McHugo, G., Xie, H., Fox, M., Packard, J., Helmstetter, B. (2006) *Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders*. Schizophrenia bulletin; 32(3):464-473.

Drugscope, UK Drug Policy commission, and Centre for Mental Health (2012) *Dual diagnosis: a challenge for the reformed NHS and for Public Health England*. A discussion paper from Centre for Mental Health, drugScope and UK Drug Policy Commission. [www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/dual_diagnosis.pdf]

Expertenbijdragen (2010) *Europese consensussconferentie dakloosheid 09-10 december 2010 Brussel* [<http://www.mi-is.be/sites/default/files/doc/Experten%20NL.pdf>]

Fisk, D., Rakfeldt, J., Heffernan, K., Rowe, M. (1999) *Outreach workers' experiences in a homeless outreach project: issues of boundaries, ethics and staff safety*. Psychiatr Q. 1999 Fall;70(3):231-46.

Friedman, S.R., Sterk, C., Sufian, M., Des Jarlais, D.C., Stephenson, B. (1990) *Reaching out to injecting drug users*. In : J. Strang and G.V. Stimson (eds) AIDS and Drug Misuse : 114-185. London/New York : Routledge.

Furtos, J. (2007). *Souffrance et Société. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale*. Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale. Mental'idées (11), 24-33.

Gilmer, T.P., Stefancic, A., Ettner, S.L., Manning, W., Tsemberis, S. (2010) *Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness*. Archives of General Psychiatry Vol 67 (NO.6), June 2010. American Medical Association. http://works.bepress.com/sam_tsemberis/27.

Gisle, L. (2008) *Enquête de santé par interview Belgique 2008: santé mentale*. Institut scientifique de santé publique, section épidémiologie.

Goldman, H.H. et al. (2002) *Lessons From the Evaluation of the ACCESS Program*. . Psychiatric services. August 2002, vol 53 no 8: 967-969. <http://psychservices.psychiatryonline.org> Grech, E. (2002) *Case management: a critical analysis of the literature*. International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 6,89-98.

Guesdon, I., Petit, V., et Roelandt, J.L. (2003) *Diogène: cinq ans d'années d'expérience d'une équipe mobile santé mentale et précarité*. L'information psychiatrique. Vol 79, nr 5, 439-444.

Henrard, D. (2004) *Les soins psychiatriques à domicile: une coopération renforcée*. Confluences 2004, nr 6.

- King R., Bas J. L. and Spooner D. (2000) *The Impact of Caseload on the Personal Efficacy of Mental Health Case Managers*. Psychiatric Services. Vol. 51, No. 3, March: 364-368.
- Krabbe, J., Kazemzadeh, R., Brunet, S. (2005). *SMES: une porte d'entrée aux soins de santé mentale pour les sans abri*. Dans: Au plus près des gens. Une mosaïque d'idées et d'expériences autour de la santé mentale. éd. Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale. Bruxelles. p.38-40.
- Lam J.A. & Rosenheck R. (1999) *Street outreach for homeless persons with serious mental illness : is it effective ?* Med. Care, sep; 37 (9): 894-907.
- Larimer, M.E., Malone, D.K., Garner, M.D., Atkins, D.C., Burlingham, B., Lonczak, H.S., Tanzer, K., Ginzler, J., Clifasefi, S.L., Hobson, W.G, Marlatt, G.A. (2009) *Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems*. JAMA, April 1,2009-Vol 301,No.13.
- Lorant, V., Depuydt, C., Gillain, B., Guillet, A., Dubois, V. (2007) *Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision?* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology; Volume 42, number 5, 360-365. DOI: 10.1007/s00127-007-0175-2
- McHugo, G., Drake, R., Brunette, M., Xie, H., Essock, S., Green, A.I. (2006) *Enhancing validity in co-occurring disorders treatment research*. Schizophrenia Bulletin; 32:655-665.
- Mariage, O. (2010). *Psychiatrie: l'amorce du virage ambulatoire*. Santé conjugulée, avril 2010 n°52.
- Moens, I. et Karler, I. (2010) *La réforme de soins de santé mentale en Belgique*. [www.iwsm.be/pdf-dir/reformefederal.pdf]
- Morenville, C. (2009). *Où et comment héberger les "plus marginalisés"?* Action Sociale Focus. Alter Echos nr 274
- Morrissey et al. (2002) *Integration of Service Systems for Homeless Persons With Serious Mental Illness Through the ACCESS Program*. Psychiatric services. August 2002, vol 53 no 8: 949-957. <http://psychservices.psychiatryonline.org>
- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Miller, J., Rosenberg, P., West, L., Gilliland, J. (1996). *Outreach to homeless mentally ill people: conceptual and clinical considerations*. Community Mental Health Journal, 1996 Jun;32(3):261-74.
- Ng, A.T., McQuiston, H.L. (2004). *Outreach to the homeless: craft, science and future implications*. J. Psychiatr Pract. 2004 Mar; 10 (2): 92-105.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2010) *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise*. Commission Communautaire Commune.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2011) *Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de pauvreté*. Commission Communautaire Commune.
- Organisation Mondiale de la Santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde*. La santé mentale :Nouvelle conception, nouveaux espoirs : p5-15
- Padgett, D.K., Stanhope, V., Henwood, B.F., Stefancic, A. (2011) *Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: comparing Housing First with Treatment First Programs*. Community Mental Health Journal, 2011 April; 47(2):227-232.
- Pates, R. , Blakely, V. (1994). *What should we be looking for in outreach workers?* Drugtext International Substance Use Library. [<http://www.drugtext.org/Self-help-peer-support>]
- Philippot, P. et Galand, B. (2003) *Les personnes sans-abri en Belgique. Regards croisés des habitants de la rue, de l'opinion publique et des travailleurs sociaux*. Gent, Academia Press.

Phillips, S.D., Burns, B.J., Edgar, E.R., Mueser, K.T., Linkins, K.W., Rosenheck, R.A., Drake, R.E., Mc Donel Herr, E.C. (2001) *Moving assertive community treatment into standard practice*. *Psychiatric Services*. June 2001 Vol.52 No.6: 771-779.

Priebe, S., Fakhoury, W., White, I., Watts, J., Bebbington, P., Billings, J., Burns, T., Johnson, S., Muijen, M., Ryrie, I, Wright, C. (2004). *Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach*. *British Journal of Psychiatry* 2004, 185:306-311.

Psy 107. Service Soins de Santé Psycho-sociaux. *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale, par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*. [<http://www.psy107.be>] site consulté le 28/11/2012.

Randolph F, Blasinsky, M., Morrissey, J.P., Rosenheck, R.A., Coccozza, J., Goldman, H.H. and the ACCESS National Evaluation team (2002). *Overview of the ACCESS Program*. *Psychiatric services*. August 2002, vol 53 no 8: 945 – 947. <http://psychservices.psychiatryonline.org>

Réseau Hépatite C-Bruxelles (2009) *Projet d'accompagnement social. Rapport d'activité 2008-2009*.

Rohde D. (1997) *Evolution of Community Mental Health Case Management: Considerations for Clinical Practice*. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 11, No.6: 332-339.

Rosenheck, R.A., Lam, J., Morrissey, J.P., Calloway, M.O., Stolar, M., Randolph, F., the ACCESS National Evaluation Team (2002) *Service Systems Integration and Outcomes for Mentally Ill Homeless Persons in the ACCESS Program*. *Psychiatric services*. August 2002, vol 53 no 8: 958-966. <http://psychservices.psychiatryonline.org>

Rowe, M., Hoge, M.A., Fisk, D. (1998). *Services for mentally ill homeless persons: street-level integration*. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1998 Jul;68(3):490-6.

Sarantakos, S. (1998) *Action-research: research in action*. In : *Social Research*. Charles Sturt University, Australia. Chapter 7: 110-114

Similes (2012) *Recommandations des familles de personnes atteintes de troubles psychiques*. Fédération francophone des associations similes asbl, no 68: 4-5.

SMES-B (2010) *Rapport d'activités*. [<http://www.smes.be/que-disons-nous/rapports-dactivites-publies-par-le-smes-b>]

Smith M., Coleman R., Allot P. & Koberstein J. (1999) *Assertive Outreach: A Step Backwards*. *Nursing Times*, 95(30): 46-47.

Stefancic, A., Tsemberis, S. (2007) *Housing first for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: a four-year study of housing access and retention*. *Journal of Primary Prevention* (2007) 28:265-279. DOI 10.1007/s10935-007-0093-9.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2004) *Blueprint for Change: Ending chronic homelessness for persons with serious mental illnesses and co-occurring substance use disorders*. Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DHHS Pub No MA-04-3870, Rockville MD.

Taylor-Powell E., & Renner, M. (2003) *Analyzing qualitative data*. Program Development and Evaluation. University of Wisconsin-Extension. Cooperative Extension, Madison, Wisconsin. [Http://www.luwex.edu/ces/pubs](http://www.luwex.edu/ces/pubs) Analysing Qualitative Data (G3658-12)

The Sainsbury Centre for Mental Health (2001) *Mental Health Topics: Assertive Outreach*. [www.thurrock.gov.uk/mental_health_sainsbury.pdf]

Thornicroft G., Wykes T., Holloway F., Johnson S. & Szumukler G. (1998) *From efficacy to effectiveness in community mental health services: PriSM Psychosis Study* (10). *British Journal of*

Psychiatry; 173: 423-427.

Thornicroft G.& Tansella M. (2003) *Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité?* Copenhague, OMS Bureau Régional pour l'Europe (Health Evidence Network report. [<http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf>]

Tielens J. & Verster M. (2010) *Bemoeizorg. Eenvoudige tips voor moeilijke zorg.* Ed. De tijdstroom, Utrecht.

Tsemberis S.& Elfenein C. (1999) *A perspective on voluntary and involuntary outreach services for the homeless mentally ill.* New Directions for Mental Health Services (82): 9-18. Tsemberis, S., Kent, D., Respress, C. (2012). *Housing stability and recovery among chronically homeless persons with co-occurring disorders in Washington, DC. Field Action Report.* American Journal of Public Health. January 2012, Vol 102, No1.

Van de Lindt, S. M. (2006) *Zorg voor beter – langdurige geestelijke gezondheidszorg. Inventarisatie 'Goede voorbeelden' Bemoeizorg.* Trimbos instituut. Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. [www.trimbos.nl/verbeterdezorg]

Van Den Eynde, M. (2005) *Augmenter l'accessibilité des soins de santé mentale: de nombreux défis à relever!* In: Au plus près des gens. Une mosaïque d'idées et d'expériences autour de la santé mentale. éd. Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale. Bruxelles. p.26-30.

Verhaegen, L. et Deschietere, G. (2012) *Malaise urbain et psychiatrie à Bruxelles.* La revue nouvelle. Juillet-août 2012.

Vrancken, D. (2004). *La santé mentale, champ pertinent de l'action sociale.* Confluences, n°5 (mars 2004): 16-18.