

LE SMES - B
vous présente son
Rapport d'Activités 2015

SMES-B / RAPPORT D'ACTIVITES 2015

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION SMES-B.....	6
1. CONTEXTE PSYCHOSOCIAL	6
2. CREATION DU SMES-B	7
4. TRAVAIL A L'INTERSECTORIALITE.....	7
5. VISEE OPERATIONNELLE ET SOUTIEN PAR L'ACTION.....	8
6. PARTENAIRES ET SPECIFICITES DE LEURS PUBLIC-CIBLES	9
7. ORGANIGRAMMES ET INSTITUTIONS DECISIONNAIRES	9
II. CELLULE D'APPUI MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	10
1. UN BREF RAPPEL HISTORIQUE	10
1.1. La genèse de la Cellule d'appui.....	10
1.2. La naissance de la Cellule d'appui	10
1.3. Les partenaires fondateurs	11
1.4. Les objectifs	11
2. MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL.....	12
2.1. L'équipe	12
2.2. Les partenaires	13
2.3. Le territoire d'intervention.....	13
2.4. Le champ d'intervention	13
2.5. Hypothèse de travail	14
2.5.1. Un travail centré sur l'utilisateur.....	14
2.5.2. La clarification des zones d'intervention des différents partenaires impliqués dans la prise en charge de l'utilisateur.....	14
2.5.3. Un travail d'accompagnement de l'utilisateur et de « son » institution.....	15
2.6. Les modalités d'intervention de la Cellule d'appui.....	15
2.6.1. Le soutien aux intervenants de première ligne.....	16
2.6.2. Les interventions.....	17
2.6.3. Les formations.....	17
2.7. Les effets de la méthodologie sur les services partenaires	17
2.8. Les motifs de la demande.....	18
2.8.1. Le blocage lié à la relation d'aide	18

2.8.2. <i>Le blocage lié à la santé mentale</i>	19
2.8.3. <i>Le blocage lié aux collaborations intersectorielles</i>	19
2.9. Les besoins des systèmes demandeurs	20
3. LA METHODOLOGIE D'INTERVENTION	20
3.1. Rapidité, mobilité et accessibilité.....	20
3.2. Le multiculturalisme de l'équipe	21
3.3. Le suivi psychologique comme solution intermédiaire	21
3.4. Construction et consolidation de réseaux	21
3.5. Une nouvelle lecture de la situation	22
3.6. Un positionnement spécifique vis-à-vis des acteurs.....	22
4. LES IMPACTS ET LES EFFETS PERCUS.....	22
4.1. Les impacts sur le bénéficiaire	22
4.2. Les impacts sur le professionnel.....	23
5. LES PROJETS SPECIFIQUES	23
5.1. Le projet « Outreaching des adultes »	23
5.1.1. <i>Philosophie et finalité du projet</i>	23
5.1.2. <i>Les actions</i>	24
5.1.3. <i>La mise en œuvre du projet en 2015</i>	25
5.2. Le partenariat entre le SASLS et le SMES-B	26
5.2.1 <i>Les actions</i>	27
5.2.2 <i>Perspectives</i>	28
5.2.3 <i>Vignette clinique</i>	28
6. ACTIVITES INSTITUTIONNELLES ET DE RESEAU – (RE)PRESENTATIONS EXTERIEURES ..	30
6.1. Participation aux activités du SMES-B	30
6.1.1. <i>Réseau SMES-B</i>	30
6.1.2. <i>Projet Housing First</i>	30
6.1.3. <i>Activités institutionnelles</i>	30
6.2. Rencontres inter-équipes	31
6.3. Intervisions	31
6.4. Formations	31
6.5. Groupes de travail.....	32
6.6. Colloques, séminaires, journées d'étude, etc.....	32
7. LE COMITE DE PILOTAGE	32
7.1. Le cadre des échanges.....	33
7.2. Le contenu des échanges.....	33

7.3. La préparation des Compil	34
7.4. Renouvellement du Compil.....	34
8. DONNEES CHIFFREES.....	35
8.1. Données générales	35
8.1.1. Nombre de demandes et de dossiers en cours.	35
8.1.2. Etat des dossiers traités en 2015.....	35
8.2. Données concernant les usagers.....	36
8.2.1. Nationalité.....	36
8.2.2. Répartition selon le sexe	36
8.2.3. Répartition selon l'âge.....	36
8.2.4. Etat civil	36
8.2.5. Lieu de vie.....	36
8.2.6. Situation administrative.....	37
8.2.7. Sources de revenus	37
8.2.8. Diagnostic psychiatrique	37
8.2.9. Troubles somatiques.....	37
8.2.10. Démarches dans le secteur de la santé mentale antérieures à l'intervention de la Cellule d'appui	37
8.2.11. Hospitalisation en 2015.....	38
8.2.12. Interventions de la Cellule d'appui auprès des usagers.....	38
8.3. Système demandeur.....	39
8.3.1. Services envoyeurs.....	39
8.3.2. Motif de la demande du système demandeur	41
8.3.3. Problème dominant selon l'envoyeur.....	41
8.3.4. Demandes d'Administrateurs de biens et de la personne et M.E.O.....	41
8.3.5. Interventions auprès du système demandeur et du réseau (primaire et secondaire).....	41
9. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	41
III. RESEAU.....	44
1. INTRODUCTION.....	44
2. TRAVAIL EN RESEAU	45
2.1. Contexte socio-économique et travail en réseau.....	45
2.2. Travail en réseau	45
3. METHODOLOGIE.....	46
4. OBJECTIFS OPERATIONNELS	47

4.1. Intervisions	47
4.1.1. <i>Intervisions 2015</i>	47
4.1.2. <i>Evaluation</i>	50
4.1.3. <i>Perspectives</i>	51
4.2. Tables d'échanges	52
4.3. Site Internet et stratégie de communication	54
4.4. Animation du Réseau.....	54
4.5 « Habiter ».....	55
4.5.1. <i>Méthodologie</i>	56
4.5.2. <i>« Habiter » en quelques chiffres</i>	57
4.5.3. <i>Diffusion</i>	57
4.5.4. <i>Perspectives</i>	58
IV. PROJECT HOUSING FIRST	59
1. TEMOIGNAGES.....	59
2. LE MODELE HOUSING FIRST.....	61
2.1. Présentation générale.....	61
2.2. Le public cible	62
3. LE PROJET HOUSING FIRST DU SMES-B.....	62
3.1. Le financement	62
3.2. Les objectifs	63
3.3. Les acteurs.....	63
3.4. Les partenaires	64
3.5. Résultats.....	65
3.5.1. <i>Mise en logement</i>	65
3.5.2. <i>Objectifs opérationnels</i>	65
3.5.3. <i>Suivis</i>	66
3.6. Communication et Réflexion	68
4. OBJECTIFS 2016	69
V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES DU SMES-B	70

1. CONTEXTE PSYCHOSOCIAL

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

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

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

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

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

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

2. CREATION DU SMES-B

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

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

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

4. TRAVAIL A L'INTERSECTORIALITE

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

Il était primordial de d'abord identifier ce qui empêchait les deux secteurs de travailler ensemble : les particularités des cadres et philosophies de travail des secteurs respectifs rendaient difficile l'élaboration de pratiques appropriées. De ce constat a émergé l'idée de travailler ensemble de nouvelles manières d'intervenir. Il s'agissait d'investir l'intersection pour des modes d'intervention innovants en se concentrant sur le bénéficiaire plutôt que de le contraindre à s'adapter aux logiques d'institutions : Comment intervenir sans rompre un lien fragile parfois tissé lentement en respectant les espaces, les personnes investies par l'utilisateur ? Comment donner à ce dernier sa place de partenaire dans des projets de soins et d'accueil ? Comment soigner dans les lieux d'accueil, d'hébergement ou dans la rue ? Comment accueillir dans les lieux de soins ?

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

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

5. VISEE OPERATIONNELLE ET SOUTIEN PAR L'ACTION

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

Les activités se sont développées autour des missions suivantes :

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

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

6. PARTENAIRES ET SPECIFICITES DE LEURS PUBLIC-CIBLES

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

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

7. ORGANIGRAMMES ET INSTITUTIONS DECISIONNAIRES

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

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

II. CELLULE D'APPUI MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

1. UN BREF RAPPEL HISTORIQUE

1.1. La genèse de la Cellule d'appui

La Cellule d'appui, née du travail de réflexion et des initiatives développées par le SMES-B depuis 1993, a vu le jour en janvier 2001 grâce à l'octroi de subventions allouées par les Ministres de la Santé et des Affaires Sociales de la Commission Communauté Française.

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

Le SMES-B est né de la rencontre des professionnels des secteurs de la santé mentale et de ceux du champ de l'exclusion sociale, plus particulièrement ceux travaillant avec des personnes souffrant de grande précarité. Le constat fondateur de cette rencontre tient dans la difficulté de répondre de manière adéquate aux problématiques des personnes qui cumulent une situation de précarité extrême et des problèmes médico-psychologiques.

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

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

Il était primordial de d'abord identifier ce qui empêchait les deux secteurs de travailler ensemble : les particularités des cadres et philosophies de travail des secteurs respectifs rendaient difficile l'élaboration de pratiques appropriées. De ce constat a émergé l'idée de travailler ensemble de nouvelles manières d'intervenir. Il s'agissait d'investir l'intersection pour des modes d'intervention innovants en se concentrant sur le bénéficiaire plutôt que de le contraindre à s'adapter aux logiques d'institutions : Comment intervenir sans rompre un lien fragile parfois tissé lentement en respectant les espaces, les personnes investies par l'usager ? Comment donner à ce dernier sa place de partenaire dans des projets de soins et d'accueil ? Comment soigner dans les lieux d'accueil, d'hébergement ou dans la rue ? Comment accueillir dans les lieux de soins ?

1.2. La naissance de la Cellule d'appui

La conception de la Cellule d'appui s'est inscrite d'emblée dans la démarche globale du SMES-B. En effet, c'est au sein des interventions organisées par le SMES-B pour les secteurs de l'exclusion sociale et de la santé mentale qu'est née l'idée de sa création. Face à certaines impasses, à l'impossibilité de faire se rencontrer les personnes les plus précarisées et les services susceptibles de leur offrir un soutien, a surgi cette initiative : aller ensemble là

où se posent, se vivent les impasses, Il semblait donc indispensable de compléter la démarche d'intervention par celle d'intervention : aller à la rencontre des personnes et des intervenants, construire ensemble en garantissant à l'usager un statut de partenaire d'un projet auquel il participe, là où il vit, à la rue, dans un centre d'hébergement, etc. Il s'agit d'éviter le morcellement dont il est si souvent l'objet.

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

1.3. Les partenaires fondateurs

Le projet de la Cellule d'appui a été élaboré par les différents partenaires du réseau du SMES-B qui rassemble des acteurs de la santé mentale et du social : directeurs, coordinateurs et professionnels de maisons d'accueil, travailleurs de rue, de services sociaux, de services de santé mentale, de services psychiatriques hospitaliers. Ce sont ces institutions qui ont tout d'abord fait appel à la Cellule d'appui.

1.4. Les objectifs

L'action de la Cellule d'appui se décline autour de trois objectifs généraux :

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

D'un point de vue opérationnel, les activités de la Cellule d'appui, conformément aux missions du SMES-B, visent à produire et diffuser des pratiques intersectorielles appropriées aux besoins spécifiques pour faciliter l'accès aux soins, aux traitements, à l'aide sociale, à l'hébergement, etc. pour les personnes cumulant précarité sociale et troubles psychiques. Il s'agit ainsi de rendre effectifs des droits fondamentaux dont ces personnes sont particulièrement exclues.

Pour ce faire, la Cellule d'appui tente de rencontrer les objectifs ci-dessous.

Créer une clinique nouvelle intersectorielle dont les fondements méthodologiques sont :

- la mobilité, psychique et physique, entre les territoires des professionnels. Cette mobilité permet de confronter des cultures, des conceptions et des fonctionnements de travail différents. Elle facilite l'instauration d'un dialogue permanent dont l'objet n'est pas la sauvegarde d'un modèle ou d'une philosophie de travail, mais la discussion des perceptions de chacun, l'usager y compris, afin de trouver des réponses appropriées aux problèmes rencontrés
- la création d'un espace de rencontre et de créativité entre les différents secteurs et l'usager pour inventer des pratiques nouvelles adaptées aux besoins du public, plutôt que le contraindre à s'adapter à des fonctionnements institutionnels
- le passage entre institutions pour éviter le morcellement des personnes et les ruptures dans l'aide et les soins
- la collaboration étroite avec les structures existantes en évitant toute intervention de substitution au réseau d'aide extérieur

Mettre au jour des réponses concertées : La pratique de la Cellule d'appui questionne les fonctionnements des institutions des deux secteurs, empêchant ainsi d'instrumentaliser l'autre dans une représentation unilatérale (c'est à l'autre de répondre à ce problème, c'est de son ressort, de sa compétence). Il s'agit :

- d'induire une prise en considération globale et cohérente des personnes, quelles que soient leurs problématiques particulières.
- de favoriser une meilleure écoute et une plus grande disponibilité dans les services sociaux et médicaux.

Faciliter un accès, un accueil et un hébergement efficaces : Le soutien apporté par la Cellule d'appui, via les réunions d'équipes, des interventions, des formations, ou dans le travail quotidien des institutions permet :

- de rendre les travailleurs de maisons d'accueil ou de services sociaux plus souples à l'admission et dans la gestion de situations jugées parfois très difficiles.
- de se positionner comme point d'appui nécessaire et rassurant pour les travailleurs.

Permettre un accès, un accueil et un traitement adéquats pour les personnes en difficulté sociale lorsqu'une hospitalisation est indiquée. Donc un traitement qui :

- tient compte de leur mode de vie et des difficultés spécifiques qu'il entraîne, notamment dans la phase de post-cure
- garantisse la continuité de la prise en charge entre les hospitalisations et les hébergements en maison d'accueil ou dans une autre structure.

2. MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL

2.1. L'équipe

L'équipe de la Cellule d'appui est pluridisciplinaire et plurilingue (français, néerlandais, anglais, espagnol, arabe).

En 2015, nous avons à nouveau collaboré avec le SASLS et une AS a été détachée dans notre équipe à partir du mois de mars 2015 jusqu'en janvier 2016.

La coordinatrice Patricia Schmitz a quitté ses fonctions le 31 décembre.

En 2015, l'équipe était donc composée :

- d'une psychiatre (9h/sem. + 4h/sem. de détachement du SSM Rivage/Den Zaet)
- d'un psychologue (0,5 ETP)
- d'une thérapeute (0,5 ETP)
- d'une sociologue/coordinatrice (0,5 ETP)
- d'une assistante sociale (0,4 ETP)
- d'une assistante sociale détachée du SALS (0,5 ETP)

Tous les travailleurs sont donc employés à temps partiel. En termes de force de travail, la Cellule d'appui dispose de moins de 3 ETP, ce qui est nettement insuffisant pour effectuer ses missions de manière optimale et pour répondre au nombre de demandes qui soit augmente, soit dont l'intensité de la prise en charge s'avère être de plus en plus importante (la nécessité de suivi psycho-médico-social est également en augmentation). En 2015, 20 demandes n'ont pas pu être prises en charge par l'équipe.

Pour assurer les ressources humaines et le fonctionnement de la Cellule d'appui, le SMES-B bénéficie de plusieurs sources de financement. Il y a une subside de la COCOF, renouvelée annuellement, en provenance des Affaires Sociales et de la Santé. Ces subsides assurent l'emploi du psychologue et de la coordinatrice. A cela

s'ajoute un subside de la COCOM, par les ministres en charge de l'Aide aux personnes. Par ailleurs, le subside fédéral (SPF Santé Publique), octroyé pour le projet Outreaching des adultes en partenariat avec l'ASBL Source, finance l'emploi de la thérapeute, de l'infirmière psychiatrique et de la psychiatre.

Si les fonctions professionnelles au sein de l'équipe s'articulent pour créer une compétence pluridisciplinaire, cette subsidiation multiple permet que chacune de ces fonctions soit aussi renforcée par une assise politique « intersectorielle » appartenant au social ou à la santé. Toutefois, aucune de ces sources de financement ne s'inscrit dans un cadre d'agrément structurel. Il en résulte une précarité qui pourrait, quant à elle, être qualifiée de structurelle depuis la création de la Cellule d'appui.

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

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

Ce travail est abordé chaque semaine en équipe pluridisciplinaire et tous les mois au sein du Comité de pilotage.

2.2. Les partenaires

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les partenaires historiques de la Cellule d'Appui sont les membres ou partenaires du SMES-B. Il s'agit des structures des secteurs tant du social que de la santé mentale (maisons d'accueil, services de santé mentale, gardes psychiatriques, travailleurs de rue, etc.), francophones, néerlandophones ou bilingues.

Cependant, au fil des années, on constate que les institutions demandeuses sortent de plus en plus du cadre des partenaires initiateurs du SMES-B, et on assiste à une diversification des champs d'activités des « systèmes demandeurs » (CPAS, logements sociaux, AIS, maisons médicales, services de médiation locale, service d'aide à la jeunesse, etc.).

2.3. Le territoire d'intervention

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

2.4. Le champ d'intervention

Les institutions des secteurs de l'exclusion sociale (aide aux personnes sans-abri), de la santé mentale et de divers secteurs connexes (logements sociaux, CPAS, SAJ, etc.) constituent le champ d'intervention de la Cellule d'appui. Elles font appel à elle lorsqu'elles sont confrontées à des impasses dans l'accompagnement de leurs usagers qui présentent des troubles mentaux combinés à des situations d'exclusion ou de risque d'exclusion sociale ou de pertes des droits fondamentaux.

Les caractéristiques essentielles de ces personnes sont la rupture majeure des liens sociaux, difficultés de mener à bien le projet social – éducatif établi dans l'institution, l'apparition ou la recrudescence des symptômes psychiques et très souvent, l'absence de demande explicite, voire le refus, d'aide et de soins. La complexité et

l'intrication de leurs difficultés, qui semblent sans issue, sont à la source d'inquiétudes et/ou d'épuisement des intervenants à leur égard.

2.5. Hypothèse de travail

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

Les interventions que la Cellule d'Appui mette en place supposent trois hypothèses de travail:

2.5.1. Un travail centré sur l'utilisateur

Les demandes adressées à la Cellule d'appui n'émanent pas des usagers, elles proviennent de l'institution qui en a la charge et en général, cela concerne une situation nécessitant une réponse urgente. En effet, les usagers peuvent se trouver en danger, parfois vital, en totale exclusion, au bord d'une rupture sociale ou décompensation psychique.

Les interventions de la Cellule d'Appui, son travail de deuxième ligne, prennent en compte ce qui fait problème ou inquiète le travailleur qui nous adresse la demande ainsi que les missions de l'institution et ses propres limites. Elles tiennent compte également de l'utilisateur dans sa totalité avec ses aspects médicaux, psychologiques, familiaux, sociologiques, économiques, etc.

Par conséquent, l'écoute du travailleur, d'une part, et l'intérêt que la Cellule porte au réseau primaire et secondaire de l'utilisateur ainsi qu'à la totalité de son projet de vie et son parcours, d'autre part, permettent de transformer une situation de crise en mouvement générateur de changement. Il s'agit d'interventions qui ont une fonction de liaison, de création ou d'activation de ponts, de réseaux qui mettent au centre l'utilisateur.

S'il peut être opportun de rencontrer l'utilisateur dans certaines situations (le plus souvent en présence du travailleur qui le connaît le mieux), il n'y a pas de stratégie généralisable concernant nos interventions. Néanmoins, il existe une nécessité absolue de pouvoir compter, sur du personnel spécialisé et expérimenté à ce type d'intervention et dans la prise en charge d'un public précarisé.

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

Cette étape de clarification est essentielle. Si un demandeur sollicite la Cellule pour intervenir en institution ou dans la prise en charge médicale et thérapeutique d'un usager, cela signifie, dans la plupart des cas, que les modèles précédents mis en œuvre par l'institution ont été mis en échec. Autrement dit, les envoyeurs sont en échec, alors qu'ils ont le plus souvent « essayé le maximum », tout ce qui leur semblait possible, compte tenu de leurs ressources institutionnelles, professionnelles et personnelles ainsi que de leurs collaborations avec d'autres institutions et le réseau de l'utilisateur.

Par ailleurs, l'utilisateur pris en charge par ces institutions a le plus souvent établi avec elles une relation qui évolue depuis longtemps ; le travail avec l'envoyeur devient dès lors prépondérant, la relation entre l'utilisateur et l'institution est parfois à ce point forte que la prise en compte de la relation de l'utilisateur avec sa propre famille vient en second rang.

On assiste donc souvent à une mise en échec du modèle de l'institution par l'utilisateur d'une part, et une relation intense et privilégiée entre celui-ci et l'institution d'autre part. Il est donc impératif d'élaborer les causes de l'échec si l'on ne veut pas courir le risque de « se renvoyer la patate chaude », dans un « jeu de ping-pong » stérile.

Or il y a souvent un tabou qui pèse sur l'analyse de l'interaction usager-envoyeur, ce qui aboutit à éviter d'analyser les interactions entre les institutions. C'est ce tabou qu'il faut essayer d'élaborer si l'on souhaite clarifier les zones d'intervention des différents partenaires impliqués dans la prise en charge de l'utilisateur.

L'hypothèse est qu'il existe au SMES-B, de par sa filiation à un couple constitué par deux compétences politiques distinctes, la santé et le social, un effet de triangulation entre les institutions sociale et médicale : chacune de ces compétences garde toujours une place bien définie, complémentaire et clairement identifiée et personnalisée par l'autre. Cette triangulation agit à tous les niveaux de fonctionnement de l'association SMES-B : Assemblée générale, Conseil d'administration, Comité de pilotage, Cellule d'appui, partenaires du Réseau Santé SMES-B, groupes d'intervention, etc. Ainsi, la Cellule d'appui particulièrement attentive quand surviennent ces situations bien connues de jeux de ping-pong où l'utilisateur est renvoyé indéfiniment entre les institutions sociale et médicale sans qu'aucune décision d'aide ne soit proposée, aux institutions ou à l'utilisateur.

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

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

Le travail de première ligne effectué par les partenaires de la Cellule n'est pas sans contraintes qu'elles soient familiales, institutionnelles, médicales, sociales ou autre. Les interventions de la Cellule d'Appui visent à pouvoir accompagner les travailleurs dans le processus de penser et questionner leurs propres cadres de travail et leurs contraintes. Ce qui permet, entre autre, de proposer à l'utilisateur un cadre suffisamment protégé ainsi que d'adapter ou moduler, tant que possible, les missions et les objectifs de l'institution aux problématiques psychiques de l'utilisateur. Il est évident que lorsque les capacités psychiques d'une personne sont dépassées, il est illusoire d'espérer construire un projet à tout prix dans un cadre donné. Ce qui ne veut pas dire que l'accompagnement n'a pas d'objectif socio-éducatif par exemple, mais qu'il est conçu comme un processus qui accepte et intègre la progression, la régression et la stagnation.

L'objectif initial de la Cellule d'appui est que le but de ses interventions, sera de les rendre superflues le plus vite possible. Toutefois, si elle s'efforce de ne pas remplacer les organisations existantes, la Cellule reste disponible pour reprendre le fil de la prise en charge psycho-médico-social de l'utilisateur lors de ses ruptures avec les institutions de première ligne ou le manque de professionnel adéquat à la situation. Il s'agit d'un travail de première ligne mise en place par la Cellule dans une optique de relais pour la durée nécessaire à la (re)construction d'un réseau adapté.

2.6. Les modalités d'intervention de la Cellule d'appui

La méthodologie de travail de la Cellule d'appui se déploie dans 3 types d'interventions spécifiques :

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

2.6.1. Le soutien aux intervenants de première ligne

Concrètement, la Cellule d'appui travaille prioritairement avec les professionnels en impasse dans l'accompagnement d'une personne en souffrance psychique et exclue socialement. Elle intervient en deuxième ligne en assumant une fonction de triangulation et de soutien au(x) travailleur(s) demandeur(s) et ce, sans se substituer au réseau d'aide et de soins existant.

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

Un des membres de la Cellule d'appui entend la demande de manière détaillée et celle-ci est discutée en réunion d'équipe hebdomadaire. Après analyse de la requête, deux membres de l'équipe sont désignés en fonction de leurs disponibilités, mais surtout de leurs compétences particulières vis-à-vis de la situation exposée. Les interventions se font donc en binôme mais celui-ci n'est pas figé. En fonction de l'évolution de la situation, des besoins du travailleur demandeur et de l'usager, chaque membre de l'équipe peut intervenir ou se mettre en retrait.

Tout en évitant d'agir dans la précipitation, un temps maximum d'une semaine s'écoule entre la demande et l'intervention proprement dite. Souvent, la Cellule d'appui est sollicitée dans les situations de crise. Mais cela ne signifie pas pour autant que ses interventions se font dans l'urgence. Au contraire, elles sont inscrites dans le temps avec comme objectif la continuité de l'aide et des soins.

Se référant au principe de mobilité, la Cellule d'appui favorise la rencontre avec les professionnels dans leur lieu de travail et les usagers dans leur(s) lieu(x) de vie. C'est donc elle qui va à leur rencontre.

Étant donné la diversité des institutions avec lesquelles elle est amenée à travailler et les problématiques pluridimensionnelles des usagers, la Cellule d'appui ne peut appliquer une méthode standardisée mais, au contraire, une approche flexible et créatrice.

Dans un second temps, elle se propose de définir, via une triangulation des systèmes en jeu « institution – travailleur – usager – Cellule d'appui – réseau », les stratégies d'intervention adéquates, de coordonner les différents intervenants et de planifier ensemble la tâche spécifique de chacun. Les discussions avec ces intervenants visent à préciser le sens de la requête, les attentes de chacun des acteurs et à réévaluer la notion d'urgence pour chacun des trois systèmes (usager, demandeur et intervenants). Elles tentent également d'identifier les personnes ou institutions – ressources qui font partie du réseau social et/ou de santé mentale ou encore du système familial, présentes autour de l'usager.

La Cellule d'appui intervient donc prioritairement en deuxième ligne. Le soutien à l'usager se fait au travers du professionnel « porte-parole/ressource de confiance ». Dans certains cas, comme évoqué précédemment, la Cellule d'appui rencontre la personne en souffrance en présence du travailleur et peut faire un suivi psycho-médico-social temporaire, si les conditions le justifient : refus des soins, refus ou incapacité de se déplacer au sein des services de santé mentale, non demande d'aide, non reconnaissance d'un problème psychique, manques des services adéquats. L'équipe de la Cellule d'appui se présente dans ce cas-là comme un service de soutien au travailleur qui a épuisé les moyens d'aider l'usager.

La prise en compte des différents besoins et des demandes de ce dernier permet d'aller d'une situation de « crise », ici synonyme de blocage, de mise en danger ou de risque d'exclusion vers une situation de remise en route du travail porté dès lors par le système « institution – usager – Cellule d'appui ».

Cette manière de procéder permet d'une part, d'offrir un soutien aux intervenants et d'autre part, de favoriser la prise de recul vis-à-vis des situations présentées et de mieux identifier le besoin éventuel d'intervention médicale, psychologique ou sociale complémentaire.

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

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

2.6.2. Les interventions

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

Ces interventions sont des moments d'échanges où chaque équipe apporte ses connaissances et son expérience dans ses domaines d'action privilégiés. Ces rencontres entre différents champs de compétences enrichissent la pratique de terrain de part et d'autre et permettent une ouverture vers d'autres types d'actions et de ressources.

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

2.6.3. Les formations

Nous recevons également des demandes de formations. Les institutions font appel à la Cellule d'appui car, d'une part, elles reconnaissent son expertise en santé mentale avec un public précarisé et, d'autre part, parce qu'elles sont à la recherche de formations adaptées à leurs spécificités institutionnelles.

Afin d'adapter le programme de formation aux besoins et au vécu des travailleurs, nous commençons toujours par inventorier les problématiques qu'ils rencontrent dans leur travail quotidien. Les formations théoriques débutent avec des cas pratiques pour articuler la théorie à la pratique. Elles ne relèvent donc pas d'une logique de simple transmission de savoirs mais d'une co-construction de compétences en lien avec la réalité de terrain.

2.7. Les effets de la méthodologie sur les services partenaires

Les effets sur l'organisation et les méthodes de travail des services qui font appel à la Cellule d'appui ont été décrits dans une recherche qualitative commanditée, en 2005, par la Commission Communautaire Commune. Ils peuvent résumer comme suit :

- l'intervention de la Cellule d'appui introduit une autre parole dans l'institution
- l'intervention de la Cellule d'appui apporte ou renforce une sécurité de base dans l'institution partenaire
- la capacité de travailler en réseau renforce le réseau lui-même

- l'intervention de la Cellule d'appui facilite le processus de soins de l'utilisateur

Les constats dégagés dans cette recherche ont été actualisés – et largement confirmés - dans un travail effectué par une étudiante en sociologie à l'ULB. Elle visait à décrire le fonctionnement, les activités et les modalités d'intervention de l'équipe avec « pour but de comprendre comment, en développant ses actions, elle répond aux demandes issues du réseau associatif et atteint ses objectifs, en particulier celui d'assurer la continuité de l'aide et des soins »

Plus précisément, l'objet de cette recherche portait sur la négociation autour du diagnostic avec comme idée de départ « que lorsqu'un professionnel contacte l'équipe de la Cellule, il le fait concernant une situation pour laquelle il a déjà construit un diagnostic psycho-social. Par diagnostic psycho-social, il faut entendre une évaluation de la situation d'un usager, basée sur la formation, les connaissances, l'expérience et l'expertise des travailleurs du social, et qui concerne la situation sociale et administrative, la santé physique, la santé mentale, les ressources de la personne, la situation d'accompagnement elle-même, etc. Basé sur des processus cognitifs et fait de représentations sociales, c'est à partir et autour de ce diagnostic que la Cellule va intervenir et construire ses réponses. Ce n'est dès lors pas l'aspect clinique qui importe ici mais l'aspect « négociation' ou encore co-construction des réponses ».

Dans le cadre de cette recherche, l'étudiante a mis en œuvre une méthode qualitative dont la réalisation d'entretiens avec des professionnels de maisons d'accueil et de travail de rue.

Etant donné la validité de ce travail à l'heure actuelle, nous reproduisons ci-dessous de larges extraits qui mettent particulièrement en exergue la plus-value des interventions de la Cellule d'appui du point de vue des professionnels qui s'adressent à elle.

2.8. Les motifs de la demande

Trois éléments de blocage conduisent essentiellement les professionnels à faire appel à la Cellule d'appui, selon les résultats de cette recherche : le blocage sous l'angle de la relation d'aide, sous celui de la santé mentale et, enfin, les difficultés liées aux collaborations intersectorielles.

2.8.1. Le blocage lié à la relation d'aide

L'exclusion sociale s'accompagnant de troubles médico-psychologiques, une première difficulté évidente est celle posée par le cumul de problématiques. C'est autour d'une accumulation d'épreuves et/ou de manques de ressources que doivent faire face les personnes, et que doivent travailler les services sociaux et maisons d'accueil. Ceci implique une difficulté importante d'accès aux soins, des problèmes administratifs, des complications somatiques.

En amont, les travailleurs du social tentent de débloquer un maximum de choses et d'en savoir plus sur la situation. Ils tentent de relancer un projet avec la personne, travaillent à ce qu'elle reparte de la structure d'accueil moins démunie qu'à son arrivée. Toutefois, sous l'effet de différents facteurs, la relation d'aide peut rapidement s'essouffler et c'est alors la panne de l'action : il apparaît impossible, pour l'intervenant et/ou pour le bénéficiaire, d'enclencher un changement quel qu'il soit. Très vite, les professionnels peuvent avoir le sentiment d'être bloqués face à la complexité de la situation. Différents cas de figure caractérisent ces situations d'impasse : un refus de la personne à se soigner, un comportement jugé anormal et qui laisse supposer un problème d'ordre psychiatrique, une contradiction entre l'inquiétude du travailleur et l'indifférence de la personne sur sa problématique, une situation dite de 'crise', une mise en échec du projet institutionnel.

C'est lors de ces impasses dans la relation d'aide que les professionnels vont faire appel à la Cellule d'appui.

2.8.2. Le blocage lié à la santé mentale

L'intrication de problématiques s'accompagne très souvent de problèmes de santé mentale. La prévalence de troubles psychotiques parmi le public très précarisé est d'ailleurs estimée à environ 30 %. Ce type de constat s'appuie sur l'observation et l'évaluation de la situation par le travailleur social qui, bien que n'étant pas formé en psychiatrie, peut déceler différents indices sur la santé mentale de la personne. Cette intuition peut s'appuyer sur son comportement dans la maison d'accueil, sur la façon dont elle se raconte, sur sa façon d'interagir avec le travailleur lui-même ou avec le groupe d'hébergés.

L'évaluation diagnostique fait partie intégrante de la méthodologie de l'intervention sociale. Elle concerne à la fois le diagnostic social et l'analyse des résultats. Cette démarche se fait de manière spontanée dès le premier contact avec la personne et se poursuit jusqu'à la fin de l'intervention. Cette analyse – toujours provisoire – porte sur l'ensemble de la situation : les difficultés de la personne, sa demande, des éléments objectifs et subjectifs, les changements recherchés. Ce faisant, le travailleur tente de saisir l'imbrication entre la situation sociale et la personnalité du bénéficiaire. Le contenu de cette évaluation se distingue très clairement du diagnostic clinique centré quant à lui sur le fonctionnement psychique de la personne. Du ressort des psychiatres, le contenu de ce type d'évaluation cherche à identifier les troubles de la personnalité et à définir l'éventuelle maladie dont souffre le patient.

Vis-à-vis de cette distinction, les professionnels affirment ne pas pouvoir procéder à une évaluation clinique n'étant pas outillés pour ce faire. Cela dit, leur intuition et leur expérience les amènent à une première catégorisation approximative et prudente.

Lorsque le blocage est lié à la santé mentale, le recours à la Cellule d'appui ne vise pas nécessairement un diagnostic psychiatrique précis. En effet, ce dernier ne semble pas essentiel et ce, d'autant que le diagnostic ne s'avère pas indispensable au soin. La demande sera telle si le diagnostic a une implication en termes de médication, d'apaisement des symptômes positifs et d'orientation du projet d'intervention ». Dans d'autres situations, la demande concernera moins un diagnostic qu'une amorce d'un suivi thérapeutique auprès d'un professionnel extérieur. Cette distinction faite, deux registres s'avèrent communs aux motifs de demandes liées à la santé mentale : « ceux psychologiques de l'écoute d'une part, et sanitaires d'autres part, c'est-à-dire centré sur le soin dans une perspective qui n'est pas exclusivement médicale.

2.8.3. Le blocage lié aux collaborations intersectorielles

Les situations de blocage que rencontrent les professionnels avant de contacter la Cellule d'appui sont également à relier à des difficultés concernant la collaboration intersectorielle et la coordination des prises en charge, pourtant déterminantes pour permettre la continuité des soins. Or, sur ce plan, d'importantes lacunes ont été pointées par les professionnels interviewés. Face à un public très précarisé, les services d'aide apparaissent sinon inadaptés, du moins démunis. Ils mettent en œuvre des modes d'action et des réponses limitées ou sur du court-terme, trop spécialisées, trop cloisonnées entre secteurs, trop peu réactives... Les dispositifs classiques ont tendance à ne prendre en charge qu'une dimension de la vulnérabilité du public.

Ce constat concerne particulièrement le secteur de la santé mentale tant hospitalière qu'ambulatoire. A cette difficulté d'accès s'ajoute le rapport des professionnels de la santé mentale à la demande préalable au suivi psychothérapeutique. Or le public concerné se caractérise bien souvent par la non demande de soins mobilisée comme défense paradoxale (cf. le syndrome d'auto-exclusion décrit par J. Furtos).

Ces logiques de travail aux références théoriques différentes rendent difficile l'articulation des pratiques, la

coordination des interventions. Dès lors, les professionnels font appel à la Cellule d'appui quand le système de soins « classique » ne correspond pas et ne convient pas afin d'imaginer un système alternatif.

2.9. Les besoins des systèmes demandeurs

A ces situations de blocage correspondent différents besoins qui seront transposés sous forme de demandes plus ou moins explicites adressées à l'équipe de la Cellule d'appui. Dans le cadre des entretiens réalisés pour cette enquête, nous avons cherché à cerner les attentes des professionnels à l'égard de la Cellule, en investiguant les motifs d'appels, les raisons explicites pour lesquelles ils en viennent à solliciter un appui, les objectifs recherchés à travers leur demande. Dans ces situations, les besoins, les attentes et les objectifs recherchés par l'appelant se mêlent autour d'enjeux, de contraintes institutionnelles, d'impératifs qui se juxtaposent. Les temporalités ne sont pas les mêmes pour l'utilisateur, le travailleur médico-social et l'équipe du SMES. Le premier contact téléphonique avec la Cellule d'appui permet généralement de préciser le cadre d'intervention et de clarifier les enjeux afin de tenter d'y répondre de manière concertée avec toute la justesse possible.

Plus précisément les besoins exprimés sont les suivants :

- appui, soutien et créativité : les professionnels ont besoin d'être aidés, soutenus et conseillés, de ne plus se sentir seul face à une situation compliquée, et d'être rassurés sur le travail avec leur public grâce aux discussions avec d'autres professionnels
- une complémentarité des approches : il s'agit d'obtenir un avis extérieur, de profiter d'un autre regard, d'autres outils disciplinaires, d'autres compétences professionnelles afin de clarifier la situation et de diminuer les zones d'incertitudes
- des objectifs à visée thérapeutique : ce besoin s'exprime plus spécifiquement lorsque la l'inquiétude de l'intervenant porte sur la santé mentale de l'utilisateur. La demande à la Cellule d'appui concerne alors un soutien dans leur tentative de susciter chez la personne une prise de conscience de sa souffrance, de son mode de fonctionnement, voire de sa maladie, notamment pour la mise en place d'un suivi psychothérapeutique et/ou un traitement médicamenteux nécessaires à une réorientation ultérieure vers un service plus adapté
- un travail en réseau : la Cellule d'appui est également contactée pour favoriser « une meilleure collaboration et coordination entre services sociaux, médicaux et/ou psychologiques, entre autres pour « appuyer une demande », pour « accélérer une prise en charge médical » ou plus largement pour permettre l'accès et/ou la continuité des soins ou de l'aide et ce malgré des référentiels d'action et des éthiques professionnelles différents en fonction des secteurs susceptibles d'être concernés par la situation d'un usager. A cette fin, la diversité des compétences professionnelles présentes à la Cellule d'appui ainsi que la fonction spécifique de psychiatre peuvent permettre de donner une impulsion forte à certaines démarches (mise en observation, traitement médicamenteux, contacts privilégiés entretenus par certains membres de la Cellule avec certaines institutions, etc.) »

3. LA METHODOLOGIE D'INTERVENTION

Afin de répondre à ces besoins, l'équipe de la Cellule d'appui met en œuvre une méthodologie d'intervention spécifique visant à débloquent les situations d'impasse en mobilisant les ressources en présence.

3.1. Rapidité, mobilité et accessibilité

La disponibilité, la rapidité d'intervention de la Cellule d'appui, sa souplesse et sa flexibilité sont pointées. En effet,

à partir de la demande, le délai d'intervention est assez court. Selon les exigences que la situation impose, l'intervention peut même être quasiment immédiate.

La mobilité est une autre qualité très appréciée. D'une manière générale, nous pouvons estimer que l'intervention extra-muros de l'équipe, mise en pratique concrète de sa philosophie, décloisonne les terrains d'action et contribue à ouvrir le champ des possibles. Plus spécifiquement, cette caractéristique s'avère à nouveau être un élément-clé dans certaines situations de refus de soins, d'appréhension vis-à-vis d'une démarche thérapeutique, ou encore d'agoraphobie.

Enfin, les professionnels expriment le fait que «on peut compter sur» l'équipe de la Cellule d'appui. Si un patient anciennement suivi par un membre de la Cellule vit une situation délicate, avec par exemple une dégradation de sa santé ou une résurgence de symptômes d'ordre psychiatrique, une reprise de suivi à la Cellule est tout à fait possible, même après une longue période d'interruption.

3.2. Le multiculturalisme de l'équipe

Si la pluralité des fonctions au sein de l'équipe de la Cellule d'appui donne lieu à une bonne coordination des différentes dimensions de la prise en charge d'un patient, le multiculturalisme de cette équipe peut également s'avérer un atout.

3.3. Le suivi psychologique comme solution intermédiaire

Nombreuses sont les personnes sans abri ou en maison d'accueil qui présentent des problèmes psychiatriques non pris en charge. Vu les difficultés pointées en matière d'accès aux soins hospitaliers, en particulier en unités de soins psychiatriques, la Cellule d'appui du SMES apparaît aux yeux des professionnels comme « une bonne solution intermédiaire », le but étant en principe de préparer le terrain pour un éventuel passage de main, le SMES-B ne souhaitant pas se substituer au réseau existant.

Deux aspects particuliers du suivi proposé par la Cellule en font un lieu accessible et bien adapté au public très précarisé. Il s'agit d'une part de la volonté perceptible d'offrir un accueil à bas seuil, et d'autre part du fait que cet accueil, moins formel que dans le circuit classique, met les personnes relativement à l'aise ou, du moins, les impressionne peut-être moins.

3.4. Construction et consolidation de réseaux

Une part importante du travail réalisé par l'équipe de la Cellule consiste en un travail de maillage. En toile de fond des interventions concrètes effectuées auprès des patients et professionnels, il y a en permanence un souci pour la construction et la stimulation de réseaux cohérents et adaptés aux situations rencontrées. Ainsi la Cellule peut-elle fréquemment être amenée à jouer un rôle de « plateforme » soit qu'elle réoriente certaines demandes vers les services les plus adaptés, soit qu'elle aide à coordonner les forces mobilisées autour d'un usager.

Le dispositif le plus exemplaire pour rendre compte de cette fonction-clé de la Cellule est sans aucun doute celui des réunions de concertation. Ces réunions permettent de mieux coordonner l'action. Elles sont l'occasion de définir les rôles, de préciser qui s'attèle à telle ou telle démarche et d'éviter ainsi tout risque de doublon.

3.5. Une nouvelle lecture de la situation

A côté du travail de maillage (et en s'appuyant sur celui-ci), la Cellule d'appui procède à un véritable travail d'analyse de la situation. Cette analyse peut être qualifiée de multifocale : elle tient compte de ce que vit la personne bénéficiaire, de sa santé physique et psychique, des difficultés rapportées par le professionnel-demandeur mais aussi de la situation d'intervention elle-même. Et puisque les réponses élaborées par la Cellule d'appui s'appuient sur des analyses professionnelles construites en amont de la demande d'appui, ces interventions en partenariat supposent différentes opérations de traduction et d'ajustement. En effet, les multiples profils professionnels présents au sein de la Cellule permettent aux travailleurs sociaux de bénéficier d'autres grilles de lecture pour analyser les difficultés rencontrées.

3.6. Un positionnement spécifique vis-à-vis des acteurs

Plus qu'une juxtaposition d'analyses, cette combinaison de lectures et d'approches professionnelles donne lieu, pour toutes les parties, à une analyse assez dense et relativement profonde des situations rencontrées. Ces échanges entre professionnels, entre terrains d'action et entre secteurs ne sont pas toujours allés de soi. L'édification de ces regards pluriels et le renforcement des pratiques intersectorielles reposent notamment sur la confiance, le respect et la compréhension mutuelle, tant entre professionnels qu'entre institutions.

Si l'équipe de la Cellule parvient à témoigner de ces valeurs dans sa pratique, d'autres éléments ont également été mis en évidence : non jugement, qualité d'écoute, orienté vers la recherche de solutions, fiabilité (« on peut compter sur eux ») sont quelques-unes des qualités attribuées à l'équipe de la Cellule.

4. LES IMPACTS ET LES EFFETS PERÇUS

Très globalement, tous les professionnels interrogés s'accordent sur l'idée à la fois simple et essentielle selon laquelle la Cellule permet, selon les situations, tant de continuer à travailler avec la personne ou de mieux travailler avec elle, que de voir les choses se débloquer et d'ainsi pouvoir avancer. Pour aller plus loin, nous avons tenté de recueillir leur opinion concernant d'une part les effets perçus ou supposés sur les personnes bénéficiaires de ces interventions, et d'autre part les effets que ces dernières peuvent avoir sur les professionnels eux-mêmes et/ou leur institution.

4.1. Les impacts sur le bénéficiaire

Les effets se déclinent à la fois en termes de changement mais également en termes de continuité. Changement tout d'abord, car l'intervention de la Cellule est rapide et permet d'ouvrir des portes favorisant l'évolution et le progrès de la personne, par exemple via une meilleure coordination des acteurs des secteurs psycho-médico-social, la mise en place d'un traitement adéquat ou encore une prise en charge médicale mieux ajustée aux besoins, etc.

Lorsque les usagers commencent un suivi psychologique à la Cellule d'appui, ils ont par ailleurs la possibilité d'exprimer leur ressenti et les éventuelles difficultés rencontrées vis-à-vis de l'institution qui les héberge. Cette position « extérieure », ce rôle de tiers de la Cellule est positif pour la personne à plus d'un titre.

Enfin, les effets de ces interventions s'expriment également en termes de continuité car, conformément aux objectifs poursuivis par la Cellule, l'aide et les soins sont pensés de manière cohérente, cherchant à éviter tout morcellement ou ping-pong institutionnel. Cette continuité peut consister à maintenir le lien entre la personne et

la Cellule même en cas de passage d'une Maison d'accueil vers une autre institution. La continuité peut aussi consister, quand les conditions sont réunies, en une réorientation de la personne, par la Cellule, vers une autre institution du secteur de la santé mentale, un SSM, par exemple.

4.2. Les impacts sur le professionnel

L'aide apportée par la Cellule permet aux professionnels de prendre un peu de distance par rapport à l'analyse institutionnelle qui peut être la leur à un moment donné, de ne plus être seul face à des situations fort complexes.

Si cette présence rassure et redonne confiance, elle a aussi pour effet de susciter chez le professionnel un regain de motivation, ce qui s'avère essentiel dans les métiers du lien. De plus, cette multiplicité de regards et d'analyses nourrissent les pratiques professionnelles des travailleurs du social.

5. LES PROJETS SPECIFIQUES

5.1. Le projet « Outreaching des adultes »

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

D'un point de vue formel, les partenaires de ce projet sont :

- le SPF Santé publique
- la clinique psychiatrique Sint-Alexius, Grimbergen
- Les opérateurs : l'asbl SMES-B et l'asbl Source

Sur le terrain, ce projet est mis en œuvre par la Cellule d'appui et les deux entités de l'asbl Source : la Rive (maison d'accueil pour personnes sans-abri) et la Rencontre (Restaurant social). Pour ce faire, les moyens sont répartis à concurrence de 1 ETP pour Source et 1,5 ETP pour la Cellule d'appui.

5.1.1. Philosophie et finalité du projet

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

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

La Rencontre

Il s'agit d'un restaurant social « milieu ouvert ». Autrement dit, les personnes sont libres d'y venir ou pas, d'y

circuler et il n'y a aucune régularité de fréquentation imposée.

Cela dit, il y a quand même certaines règles à respecter, certains engagements à prendre :

- il faut une carte de membre
- il faut participer à certaines activités
- il faut payer ses repas, etc.

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

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

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

La Rive

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

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

5.1.2. Les actions

Les actions se fondent sur la méthodologie de travail développée par la Cellule d'appui depuis 2002. Elle s'articule autour de deux axes.

Soutien aux professionnels autour de situations reconnues dans l'impasse

Ici aussi, la Cellule d'appui intervient en deuxième ligne. Son approche consiste à identifier et soutenir les ressources existantes et à créer un processus de co-construction de réponses complémentaires et adéquates au public visé.

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

Ce processus permet de :

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

Dans le cadre du projet Outreach, le soutien aux intervenants est systématisé par différents modes d'interventions :

- des interventions : espaces de réflexion clinique entre les équipes de Source et la Cellule d'appui
- des formations régulières autour de situations ou de thèmes amenés par les intervenants et donc en lien direct avec la pratique de terrain

Soutien de l'utilisateur au travers du professionnel « porte-parole/ressource de confiance »

La mission de la Cellule d'appui n'est pas d'assurer une prise en charge directe de l'utilisateur mais de favoriser l'accès aux soins par la constitution de réseaux personnalisés et d'une liaison interinstitutionnelle. L'objectif est d'optimiser le passage vers les institutions existantes, notamment celles du secteur de la santé mentale.

Si la Cellule intervient en première ligne, c'est dans une optique de relais afin d'assurer une continuité des soins, le temps de (re)constituer un réseau adapté. Par sa présence dans le lieu de vie de la personne (Rive, la Rencontre), la Cellule d'appui affine l'information et les éléments d'analyse dont elle dispose sur cette dernière pour déterminer un mode d'intervention approprié.

Ce soutien aux personnes se concrétise par un travail clinique avec les travailleurs de Source autour de situations individuelles.

Par ailleurs, depuis le début du projet en 2006, des activités ont été développées directement pour ou avec les usagers :

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

5.1.3. La mise en œuvre du projet en 2015

Pour rappel, en 2013, le travail s'est effectué dans des conditions difficiles puisque fin 2012, l'hôpital Saint-Pierre avait souhaité se retirer du partenariat. Il a donc fallu chercher un nouveau partenaire hospitalier sans lequel les subsides fédéraux n'auraient pu être reconduits, mettant l'existence même de la Cellule d'appui en jeu. A cela s'était ajouté le départ de l'infirmière psychiatrique dont le remplacement n'a pu être effectué qu'en 2014. Ces deux éléments (incertitude quant au financement, réduction des ressources humaines) n'avaient pas été sans effet sur le déroulement du projet sur le terrain.

En juin 2013, après plusieurs mois d'incertitude, nous avons conclu une convention avec l'hôpital psychiatrique Sint-Alexius de Grimbergen, Source restant notre partenaire de terrain. Cette phase de transition nous a donné l'opportunité de redéfinir et d'affiner certains supports théoriques et choix méthodologiques qui font la spécificité d'une démarche d'outreaching.

Une redéfinition du cadre de travail

En 2015, la mise en œuvre de ce projet, porté et géré par des associations aux missions, aux pratiques et aux modes d'organisation différents, a donc dans un premier temps visé à redéfinir un cadre de travail dans une optique de co-construction d'un outreaching qui réponde aux objectifs du projet tels que définis dans la convention et aux attentes des partenaires.

Après plusieurs réunions de travail, nous avons redéfini des lieux formels de mise en œuvre du projet intégrant les spécificités institutionnelles et professionnelles des deux opérateurs,

Concrètement, nous avons défini deux niveaux schématisés dans le tableau ci-dessous :

- le niveau de la gestion et de la coordination
- le niveau de l'opérationnalisation

Malheureusement, pour diverses raisons d'ordre institutionnel et organisationnel, comme l'absence prolongée du coordinateur de la Rive, n'a pas permis de déployer le projet de manière optimale en référence à ce nouveau cadre formel de collaboration.

Les interventions de la Cellule d'appui à la Rive

La collaboration entre la Rive et la Cellule d'appui a essentiellement consisté en des suivis individuels des hébergés. Elle n'a pas porté sur des formations ou des interventions.

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

5.2. Le partenariat entre le SASLS et le SMES-B

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

Pour répondre plus efficacement au besoin de soutien exprimé par les travailleurs sociaux des SISP confrontés à l'augmentation des troubles psychiques et de la précarité chez les locataires sociaux, le SASLS (Service

d'Accompagnement Social aux Locataires Sociaux) et le SMES-B ont établi, en novembre 2009, une convention de partenariat qui reposait sur le détachement à mi-temps d'une assistante sociale du SASLS à la Cellule d'appui du SMES-B, tout en restant détachée au Foyer Schaarbeekois pour son autre mi-temps.

5.2.1 Les actions

Au sein de la Cellule d'appui, l'assistante sociale détachée dans le cadre de ce projet a pris part aux interventions ciblées concernant les locataires des SISP.

Concrètement, elle s'est vue confier dans le cadre de cette collaboration les missions suivantes :

- Le soutien aux travailleurs sociaux SASLS et SISP et la formation continue sur les thématiques liées à la santé mentale ;
- Présenter le travail de la cellule aux travailleurs sociaux des différentes sociétés de logement ;
- Réceptionner la demande d'un travailleur social de logement social (par téléphone, lors d'une visite, ...) ;
- Analyser la demande avec l'équipe de la Cellule ;
- Intervenir en binôme avec un des membres de l'équipe de la Cellule d'Appui pour se rendre in situ et entamer le processus de triangulation avec le professionnel en difficulté ;
- lors d'une réorientation médicale du locataire, rencontrer le locataire en souffrance psychique pour préparer le passage vers une structure de soins. Dans ce cas, il s'agissait d'aider le professionnel à organiser un retour dans le logement ;
- lors d'une expulsion du logement social, maintenir un contact avec l'ex-locataire pour favoriser sa stabilisation psychique ;
- Soutenir la Cellule d'Appui dans l'élargissement de son réseau d'institutions lors de différentes réorientations (médical, d'hébergement, d'aide à domicile,) en informant celles-ci des réalités de la vie en logement social et des troubles psychiques.

Ce projet s'est développé sur deux axes : le soutien aux travailleurs sociaux et la formation. Il a permis de créer des ponts entre le SMES-B et le SASLS et les bénéfices retirés, en termes de savoirs et des compétences, sont importants de part et d'autre.

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

Soutien aux travailleurs sociaux :

Le but principal du projet consiste à offrir aux travailleurs sociaux des SISP un soutien dans leur cadre des suivis avec des locataires sociaux dont les difficultés d'ordre social sont liées à une problématique de santé mentale. Pour ces interventions, nous travaillons toujours en binôme avec un des membres de l'équipe de la Cellule d'Appui du SMES – B et l'assistante sociale qui a été détachée dans le cadre de ce projet.

Formation :

En 2015, la Cellule d'Appui a organisé avec l'AS du SASLS deux séances de travail/ formation avec les travailleurs. L'axe de formation a répondu à un besoin et a augmenté les connaissances des travailleurs du SASLS en matière de santé mentale. Il a permis également de diffuser la philosophie de l'intersectorialité et le recours à des pratiques de réseaux qui abordent les difficultés des personnes dans leur globalité. Cette approche favorise l'accès aux soins et à l'aide sociale et diminue les risques de rupture dans l'accompagnement des personnes. Au

cours de l'année 2015 deux séances d'intervisions ont été organisées.

Dans la première séance la question de départ était « Qu'est ce qui pose problème dans votre travail lié à la santé mentale ? ». Dans la deuxième séance, nous avons profité de la présence de deux psychiatres pour travailler les questions du groupe autour de la connaissance et l'expérience d'un médecin-psychiatre spécialisé dans le travail avec un public précaire.

Il faut souligner que chaque personne apporte ses connaissances et son expérience. Cela favorise une meilleure compréhension des problématiques en santé mentale des locataires sociaux et offre un soutien dans leurs pratiques au quotidien. Ces moments permettent de recréer des perspectives de travail, de mieux agir face aux problématiques complexes et d'orienter plus efficacement les locataires vers de structures adaptées. Les membres de la Cellule d'Appui retirent de ces moments une meilleure compréhension des réalités du terrain dans le logement social.

5.2.2 Perspectives

Pour la Cellule d'appui, ce projet entre pleinement dans le cadre de ses missions puisqu'elle y agit avant tout en deuxième ligne, par le soutien aux intervenants.

Par ailleurs, il a permis à l'équipe d'acquérir une connaissance approfondie du fonctionnement et des logiques de travail dans le secteur du logement social. Le détachement d'une travailleuse du SASLS a également facilité les contacts et les relais avec les travailleurs sociaux des SISP.

Malgré ce bilan positif, la collaboration entre le SMES-B et le SASLS a été interrompu pendant deux ans pour des raisons liées au non subventionnement du temps de travail. Le projet a repris depuis mars 2015 et Madame Séverine GALOPPIN est à nouveau détachée à mi-temps. A défaut de subsides, le détachement d'une assistante sociale à concurrence d'un 0,5 ETP a été exceptionnellement financé en 2015 par le SASLS.

Malheureusement, ce projet n'a pas reçu le financement qui aurait pu assurer sa continuité, ce qui est très regrettable, car son coût est minimal et les deux parties jugent très positivement cette collaboration. Un processus de construction prend beaucoup de temps et une rupture du projet constitue un risque de perte de qualité et rend difficile de travailler sur le long terme.

5.2.3 Vignette clinique

Pour illustrer les interventions que l'AS du SASL a effectué à la Cellule d'Appui :

Thomas, 34 ans ...

Une assistante sociale ayant les logements sociaux d'une commune bruxelloise en charge fait appel à la Cellule d'Appui en mai 2015 concernant Thomas, 34 ans.

Thomas est un jeune homme qui a été diagnostiqué comme schizophrène et qui a été hospitalisé à plusieurs reprises sous mesure de mise en observation dans les hôpitaux psychiatriques de Bruxelles. Actuellement, Thomas habite avec sa mère et son frère dans un logement social et n'a pas de suivi médico-psychologique. Il était sous injection mais depuis la fin de la mesure de maintien de l'hospitalisation sous-contrainte, Thomas n'a plus de traitement. Le comportement de Thomas inquiète de plus de plus l'assistante sociale. Il erre dans la rue, il y a des plaintes des voisins, on a peur un passage à l'acte...

Thomas se présente régulièrement dans le bureau de l'assistante sociale pour chercher du travail et un logement

mais il n'est pas régulier. Son discours va dans tous les sens et il vient avec 1000 choses à la fois. L'assistante sociale éprouve beaucoup de difficultés à cadrer les entretiens et elle a l'impression de tourner en rond. Depuis que Thomas lui a fait des propositions sexuelles, elle se sent également mal à l'aise quand elle est toute seule avec lui dans son bureau.

La maman vient aussi régulièrement demander de l'aide à l'assistante sociale pour Thomas dans sa recherche d'activités (atelier protégé, sport,...). L'assistante sociale explique être très touchée par la souffrance de la maman qui a beaucoup de problèmes de santé.

L'assistante sociale avait pris contact avec l'hôpital où Thomas avait été hospitalisé, mais ils ne pouvaient rien faire car la postcure avait pris fin.

Dans un premier temps, nous avons rencontré l'assistante sociale. Dans cet entretien, nous avons travaillé avec elle la mise en place un cadre, ni dure ni souple, dans ses entretiens avec Thomas. Nous avons également revu avec elle la nécessité de travailler pas à pas, le fait qu'il vienne au bureau est déjà une réussite en soi.

Lors d'une deuxième rencontre, nous avons vu l'assistante sociale en présence de la maman. La maman semblait ambivalente vis à vis la prise de médicaments. La cellule a expliqué ce qu'était la maladie mentale et l'utilité des médicaments, notamment en termes de stabilisation. Comme la recherche d'activité allait d'échec en échec, nous avons émis l'hypothèse qu'il fallait développer parallèlement un projet de soins et un projet social. L'un ne peut pas se faire sans l'autre et l'un soutient l'autre.

Concrètement, nous avons commencé à développer le réseau de soins en mettant en place un médecin de proximité et un service médical qui puisse faire l'injection à domicile.

Nous avons souligné l'importance d'inclure le frère de Thomas dans l'importance des soins. Il peut jouer un rôle dans la négociation avec lui sur la prise des médicaments.

Le psychiatre de la Cellule d'Appui a rempli les documents afin de faire une demande pour un travail dans un atelier protégé.

Vu son expérience positive avec un projet communautaire dans le passé nous espérons réorienter Thomas vers un projet communautaire afin de le préparer à une vie autonome.

Pour le moment nous participons à des réunions régulières en présence de l'assistante sociale, la maman et Thomas pour remobiliser les ressources et pour garantir la continuité des soins. Nous essayons de partir de la demande de Thomas de vivre seul et de trouver du travail. Nous tentons de mettre en place des petits pas pour rapprocher demande et besoins.

Quelques réflexions ...

Cette vignette nous montre comment la Cellule d'Appui peut aider un travailleur à passer d'une situation de blocage vers une remise en route du projet social. L'assistante sociale ne s'est plus sentie seule avec ses inquiétudes et avec celle de la mère. Le travail de la cellule a permis de mettre du tiers dans la relation avec Thomas et la maman.

Cette vignette démontre un réel travail de deuxième ligne. Son rôle a été de renforcer le lien entre l'assistante sociale et le locataire. L'assistante sociale avait peur et voulait décrocher. Elle avait envie de mettre son énergie dans autre chose mais elle se sentait frustrée et coupable d'abandonner. Elle nous a expliqué que sa satisfaction professionnelle aurait été moins grande si la situation de Thomas avait été réorientée vers un centre de santé mentale. A ce moment, le lien avec le locataire n'aurait pas été investi, elle n'aurait pas appris qu'il y a toujours la

possibilité de faire quelque chose et elle aurait perdu le fil de la situation. L'assistante sociale est rassurée et a retrouvé la volonté et la capacité de développer un projet social avec Thomas.

Le travail de la cellule a changé le regard de l'intervenante et de la maman sur Thomas. Il est malade mais cela ne veut pas dire qu'il ne pourrait pas un jour travailler et habiter dans un appartement. En même temps, nous avons aidé la maman à accepter que Thomas puisse vivre une vie qui ne corresponde pas à ses critères à elle.

Cette vignette démontre également l'importance du travail en réseau.

6. ACTIVITES INSTITUTIONNELLES ET DE RESEAU – (RE)PRESENTATIONS EXTERIEURES

6.1. Participation aux activités du SMES-B

Comme expliqué précédemment, le travail de la Cellule d'appui prend son sens dans la démarche globale du SMES-B. C'est pourquoi, les membres de l'équipe participent aux autres dispositifs et activités de l'institution.

Les coordinatrices se rencontrent régulièrement afin de partager les informations relatives à leur projet respectif et d'articuler leurs activités en cohérence avec la philosophie générale du SMES-B.

6.1.1. Réseau SMES-B

Un membre de l'équipe a co-animé un groupe d'intervision et a participé à la préparation et l'évaluation du cycle 2014-2015. Cette implication a consisté en 12 séances d'intervisions ou réunions de travail.

Un membre de l'équipe a participé à la Table d'échanges « Accrochage complexe et réorientation difficile » qui a eu lieu le 22 janvier 2015.

6.1.2. Projet Housing First

La Cellule d'appui participe activement à la mise en œuvre du Housing First à différents niveaux. La coordinatrice est membre du Comité de pilotage et la psychologue est membre du Comité d'accompagnement

Par ailleurs, la Cellule d'appui est un partenaire « clinique » du projet. La Cellule d'appui intervient dans le cadre de ses missions et de sa méthodologie spécifique de travail lorsqu'elle est sollicitée par un travailleur en difficulté ou en questionnement dans l'accompagnement d'un locataire.

6.1.3. Activités institutionnelles

La coordinatrice participe, comme invitée, aux instances décisionnelles et organisationnelles du SMES-B : Conseil d'administration (11 réunions), Assemblée générale (2 réunions), Comité de relance (4 réunions), Comité de Communication (4 réunions).

Par ailleurs, elle a assuré certains contacts avec les pouvoirs subsidiaires de la Cellule d'appui : COCOM, Région Logement (Projet SASLS), SPF Santé publique (Outreach).

Enfin, l'équipe a participé à la Journée institutionnelle du SMES-B. Celle-ci a réuni tous les travailleurs ainsi que des membres du Conseil d'administration. L'objectif de cette rencontre était de réfléchir ensemble à l'organisation actuelle de l'institution afin d'en améliorer le fonctionnement et d'en assurer les missions de manière optimale.

6.2. Rencontres inter-équipes

La Cellule d'appui a été sollicitée par d'autres institutions pour une présentation des services du Smes-B de manière générale ou de la Cellule plus spécifiquement. Ces rencontres augmentent la connaissance du réseau psycho-médico-social de l'équipe et lui permet d'appréhender les logiques de travail d'équipes et de travailleurs que la Cellule pourra, dès lors, solliciter ou mettre en lien avec nos usagers de manière plus opportune et efficace.

D'autre part, pouvoir (re)clarifier la spécificité de nos missions, de notre méthodologie et de notre public est essentiel. Il est évident que nous expliquons également le cadre de nos interventions systématiquement lorsqu'une nouvelle institution s'adresse à nous pour un soutien autour d'une situation individuelle problématique.

En 2015, nous avons rencontré 11 services :

- Atome, service de soutien du réseau sur l'Est de Bruxelles
- L'équipe de Médiateurs de Proximité de la Commune de Schaerbeek.
- Le SPAD de Mons.
- Infor-Home
- Dans le cadre de la Semaine du Secteur Bruxellois de l'Aide aux Personnes sans-abri consacrée au thème du logement : CPAS d'Uccle, Maison d'accueil Talita, Commune d'Ixelles, La Strada, Les Petits Riens, le Home Baudoin, Accueil Montfort

Au-delà de la connaissance réciproque de nos services, l'objectif de ces rencontres était de réfléchir à la mise en place éventuelle de partenariats formels et de collaborations cliniques cohérentes et adaptées à notre public.

6.3. Interventions

En 2015, l'équipe de la Cellule a réalisé 17 séances d'interventions, à raison de trois séances par institutions, à l'exception du SASLS (deux séances).

Les institutions visitées sont :

- Centre d'accueil d'urgence l'Ilot.
- SOS Jeunes Initiatives Jeunesse
- Foyer Georges Motte
- Foyer Bodeghem
- SASLS- Service d'Accompagnement social des Locataires sociaux – SASLS (Région bruxelloise)
- Maison d'accueil pour femmes en détresse « Talita »

6.4. Formations

- Maison d'accueil pour femmes en détresse « Talita »
- Fédération Bico, asbl- Fédération des maisons et initiatives d'accueil et d'accompagnement en faveur de

personnes en difficulté et des sans-abri à Bruxelles.

6.5. Groupes de travail

En 2015, un membre de l'équipe de la Cellule a participé à différents groupes de travail :

- Groupes de travail « SPAD » et « Santé mentale et Logement », initiés par la Plateforme de Concertation en Santé Mentale de la Région de Bruxelles-Capitale
- Groupe de travail Inter-réseaux, initié par le Réseau Bruxelles-Est

6.6. Colloques, séminaires, journées d'étude, etc.

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

En 2015, nous avons participé à :

- Colloque PFCSM, « 25 ans de concertation en santé mentale à Bruxelles », organisé par la Plate-forme de concertation pour la Santé Mentale, en Région Bruxelles-Capitale.
- « Précarité et santé mentale. 20 ans après. Etat de lieux et perspectives », organisé par le Réseau Régional Action Psychiatrie Précarité (RACPP- Rouen).
- Journée de formation « Les enjeux de l'exil », organisé par Résilience et Intégration asbl (R&I).
- Journée d'étude « Approche communautaire et Santé Mentale », organisé par la Plate-forme « Pratiques communautaires en Santé Mentale ».
- Un membre de l'équipe a suivi la formation « Santé Mentale et Contexte Social », organisé par l'UCL.
- Conférence-débat « La protection de la personne et des biens », organisé par le SISD Bruxelles.
- Colloque « La question de l'Hygiène corporelle et domestique dans le contexte du soin à domicile, organisé par le SISD Bruxelles.
- 5^{ème} Congrès des équipes mobile en psychiatrie- Bruxelles 2015, « Les équipes mobiles en tension de la psychiatrie ? ».
- Colloque « Le logement à Bruxelles : Quel accès pour les sans -abri ?, organisé par l'AMA, Fédération des Maisons d'Accueil et des Services d'aide aux sans-abri.
- Colloque Monté des fondamentalismes, des radicalismes, de la violence et de l'intolérance religieuse », organisé par l'UCL.
- Plénière du Réseau Santé Mentale Marolles. « Le lien ambulatoire- hospitalière ».

7. LE COMITE DE PILOTAGE

Le Comité de pilotage (Compil) se veut le lieu où, au départ de vignettes cliniques, l'équipe de la Cellule d'appui peut exposer ses questionnements et prendre du recul par rapport à ses modes d'intervention.

Toutefois, le rôle du Compil ne se résume pas à dégager, à l'instar d'une supervision, des pistes d'action concrètes pour sortir de situations ponctuelles de blocage. Sa fonction est de faire émerger et de mettre au travail des thématiques transversales au cœur des pratiques de la Cellule d'appui. L'objectif est de faire évoluer sa méthodologie de travail vers des pistes innovantes en adéquation avec ses missions.

En d'autres termes, les membres du Compil s'y impliquent non seulement en tant que clinicien expert dans leur champ de compétence, mais aussi comme partenaire inscrit dans une perspective dynamique d'intersectorialité et de pratiques de réseau telle que développée et diffusée par le SMES-B.

Les membres sont issus de champs d'activités variés, mais en lien avec les problématiques auxquelles sont confrontés les usagers : santé et santé mentale (hospitalier et ambulatoire), social, logement, hébergement, travail de rue, toxicomanie, Projet Psy 107.

Cette diversité de positions sectorielles et institutionnelles a un double objectif. D'une part, elle garantit la multiplicité de points de vue critiques sur les interventions de la Cellule d'appui et d'autre part, elle permet à l'équipe d'acquérir une connaissance approfondie des logiques de travail en vigueur dans les secteurs représentés.

Le Compil compte également des administrateurs du SMES-B. Ils y participent, non en tant que gestionnaires de l'institution, mais comme repères et garants de sa philosophie de travail. En outre, leur présence permet de mieux adapter l'organisation et le fonctionnement de l'institution aux réalités de terrain mises en exergue par les travaux du Compil.

Au cours des dernières années, on a assisté à un essoufflement du Comité de pilotage. Il s'est progressivement réduit à un espace où l'on discutait davantage de problèmes administratifs et de gestion, qui relèvent d'autres instances, que de travail de terrain. En 2014, nous avons donc procédé à une redynamisation du Compil en étoffant sa composition pour centrer son travail sur la dimension strictement clinique. En 2015, c'est donc un Compil renouvelé qui s'est réuni mensuellement.

Il est composé de 7 membres :

- Mallorie Van den Nyden, directrice de Fami-Home et membre de l'AG du SMES-B
- Greta Leire et Augustin Forget, coordinateurs de Hermèsplus+ (projet Psy 107)
- Catherine De Blauwe, médecin généraliste à la Maison médicale des Riches-Clares
- Lelia Siddi, assistante sociale au SSM L'Adret
- Laurent Demoulin, directeur de Diogènes, Président du SMES-B
- Muriel Goessens, directrice de Transit, administratrice du SMES-B
- Isabelle Vauthier, assistante sociale à la clinique psychiatrique Fond'Roy

Nous tirons un bilan très positif du travail effectué en 2015.

7.1. Le cadre des échanges

Le Compil a réuni des personnes qui ne se connaissaient pas forcément et qui ont du co-construire un lieu où chacun peut se sentir libre de parole sans crainte d'être mis en cause, professionnellement ou institutionnellement, ce qui suppose la définition d'un cadre clair de fonctionnement et d'organisation. Ce dernier a garanti un climat de confiance et de respect lors des débats et les membres ont fait preuve d'une grande fiabilité quant à leur disponibilité, leur écoute et leur participation active. Pour l'équipe, ce fut d'autant plus important que les échanges se font au départ de situations de travail concrètes. Cette modalité l'oblige donc à se mettre à « nu » par rapport à ses pratiques. Par conséquent, le Compil doit être le lieu où l'on peut poser ses doutes, non celui où l'on risque d'être recadré autour de nos missions s'il apparaît que l'on s'en éloigne dans certains cas. L'équipe doit pouvoir s'exposer avec le sentiment de conserver sa liberté d'intervention, compte tenu de son expertise.

7.2. Le contenu des échanges

La composition du Compil (différents secteurs et différentes fonctions) offre une multiplicité de points de vue en phase avec les réalités exposées au travers des vignettes cliniques. Les échanges permettent d'une part, de

dégager des pistes de travail et d'autre part, de livrer des informations sur les contextes et les pratiques des secteurs respectifs des membres, affinant ainsi nos modes d'intervention et de (ré)orientations.

Il nous a toutefois fallu rester attentifs à toujours centrer les débats autour d'une thématique transversale et à conserver aux vignettes présentées leur caractère illustratif. Or à diverses reprises, les échanges ont évolué vers de la supervision. Cela traduit-il notre besoin d'être soutenus lorsque, à notre tour, nous avons l'impression d'être dans une impasse ? C'est un des apports du Compil : la mise en évidence de la nécessité d'un espace où l'on peut exprimer nos frustrations, nos colères, nos doutes par rapport à certaines situations, mais aussi certains partenaires.

Une des thématiques récurrentes au cœur de la réflexion de la Cellule d'appui depuis sa création est son positionnement difficile entre la première et la deuxième ligne. Si notre mission est le soutien aux professionnels, certaines situations nous imposent une prise en charge de la personne, par exemple, lorsqu'elle est en rupture avec les institutions. Ce passage en première ligne se fait dans une optique de relais mais on constate qu'il nous est parfois malaisé d'en sortir, a fortiori lorsque un lien s'est créé avec la personne au point qu'elle nous identifie à son intervenant de référence.

A cela s'ajoute que, dans le contexte actuel, les possibilités de réorientation sont de plus en plus complexes, voire inexistantes, pour certaines catégories de population (personnes en séjour illégal, par exemple). Pour maintes situations, la question sous-jacente se pose dès lors en ces termes : si on n'intervient pas en première ligne, qui va le faire pour assurer l'accès et/ou la continuité de soins ?

Cette problématique est apparue à diverses reprises lors des Compil. Nous en avons retiré quelques enseignements. Tout d'abord, il nous faut reclarifier nos critères d'intervention car ils déterminent l'analyse de toute nouvelle demande. La réponse que l'on y donnera sera d'autant plus pertinente que l'on aura recueilli un maximum d'informations lors du premier contact.

Mais il s'agit aussi d'appréhender le positionnement en première ou deuxième ligne sous un autre angle. Il s'agit dans les deux cas, d'un appui aux travailleurs dans leur impasse face aux problématiques liées pour la plupart, à l'état de santé psychique des usagers. L'enjeu est davantage de définir les critères qui nous font entrer en première ligne avec l'effet bénéfique, une fois la décision prise, de ne plus être dans le doute par rapport à ce choix. Ces critères doivent s'appuyer sur notre mission générale qui est de favoriser l'accès et la continuité de soins pour des personnes cumulant exclusion sociale et troubles psychiques. Une telle approche nous permettra de faire confiance en nos ressources, notre expertise et notre connaissance du terrain et du réseau et d'assumer nos choix.

7.3. La préparation des Compil

Il apparaît que la richesse des travaux du Compil dépend aussi d'une préparation préalable de la part de l'équipe. Au-delà du choix de la vignette clinique, il faut définir une question « méta » à mettre au travail au départ de la situation évoquée, autrement dit, mettre explicitement en exergue la thématique que l'on veut travailler au départ de la vignette. Il s'agit de mettre à la discussion une problématique clairement formulée aux membres et pour laquelle nous avons déjà travaillé collectivement nos repères et notre ligne de conduite.

7.4. Renouvellement du Compil

L'équipe de la Cellule, en accord avec les institutions partenaires, a décidé de renouveler la formule d'échange mise en place jusqu'à présent. Après plusieurs années de fonctionnement, il y avait nécessité de modifier cet espace d'échanges qui se veut riche en partage et en sujets à débattre.

Dès 2016, ces rencontres auront lieu trois fois par an autour d'une thématique spécifique directement liée au travail de la Cellule d'Appui. Elles rassembleront les membres du comité de pilotage ainsi que des partenaires proches de la Cellule d'Appui. Dans un premier temps, un expert exposera le sujet, ses enjeux et perspectives. Une séance de questions y fera suite. Dans un second temps, les membres de la Cellule d'Appui présenteront une vignette qui sera travaillée avec le groupe afin de dégager pistes de travail et constats.

8. DONNEES CHIFFREES

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

Pour évaluer notre activité de manière plus pointue, il nous a fallu développer un outil de recueil de données (tant quantitatives que qualitatives) plus pertinent, concernant non seulement le public ciblé (institutions et usagers), mais également nos modes d'intervention. Un outil informatique adéquat, capable d'intégrer et de traiter les données de près d'un millier de dossier ouvert depuis la création de la Cellule d'appui, sera mis au point en 2016.

8.1. Données générales

8.1.1. Nombre de demandes et de dossiers en cours.

106 dossiers étaient actifs au début de 2015 et 92 ont été traités durant l'année (différentes interventions ont été effectuées).

Ces 92 dossiers se sont répartis comme suit selon leur année d'ouverture :

Dans le courant de l'année 2015, la Cellule d'Appui a ouvert 42 dossiers, ce qui correspond au nombre de nouvelles demandes qui ont été acceptées. Par ailleurs, nous avons reçu 20 demandes supplémentaires de différentes institutions qui ont directement été réorientées ou qui restent en attente d'informations complémentaires. Les données les concernant, ne sont pas tenues en compte dans nos analyses, car le programme statistique utilisé ne le permet actuellement pas. Le nouveau programme de récoltes et traitement de données installé en 2016 devra permettre d'y remédier.

8.1.2. Etat des dossiers traités en 2015

A la fin de l'année, plus de la moitié des dossiers étaient toujours en cours. Il s'agit de situations pour lesquelles nos interventions sont toujours nécessaires, soit parce que la situation de crise persiste, et le travail en réseau continue ; soit parce que nous n'avons pas trouvé de relais dans le secteur de la santé mentale ou auprès d'autres services. C'est dû à la complexité des situations et à l'intrication des problématiques sociales et de santé mentale.

On remarque que presque un tiers des dossiers traités restent actifs mais sans nouvelles. Il s'agit de situations pour lesquelles nous ne sommes plus intervenus depuis plus de 6 mois ce qui laisse supposer que la crise est passée ou que la situation est stabilisée. Un bilan de ces situations sera fait mi-2016.

Il faut noter également que 11% de situations prises en charge en 2015 ont pu être clôturées.

8.2. Données concernant les usagers

8.2.1. Nationalité

Plus de la moitié des usagers sont de nationalité belge, ce qui représente une augmentation par rapport au 2014. De ces 52%, 63% d'entre eux d'origine belge, 29 % d'origine africaine et les 8% restant sont issus d'Iraq, du Pakistan et de Pologne.

Par rapport aux dossiers ouverts en 2015 :

Plus de 50% des usagers pour lesquels les institutions ont fait appel à la Cellule sont belges et la plupart d'origine belge également :

Nous avons mené des entretiens en 5 langues : le français, le néerlandais, l'anglais, l'arabe et l'espagnol. Le caractère plurilingue de notre équipe est donc essentiel.

8.2.2. Répartition selon le sexe

Les hommes représentent toujours plus de la majorité des usagers pour lesquels les demandeurs font appel à la Cellule d'Appui. La même tendance s'observe dans les nouveaux dossiers ouverts au courant de l'année 2015.

8.2.3. Répartition selon l'âge

En ce qui concerne les dossiers traités courant 2015, par rapport à 2014, on observe une légère diminution des jeunes de moins de 30 ans (phénomène déjà observé en 2013), ainsi que dans la tranche des 31-40 ans (33% en 2014). Par contre, le nombre de situations accompagnées de personnes se trouvant dans la tranche des 51-60 ans, a augmenté de 7 %.

La Cellule d'Appui accompagne uniquement les situations de personnes majeures. La tranche d'âge pour laquelle le réseau sollicite le plus la Cellule d'Appui est celle des 51-60 ans. La moyenne d'âge des patients pour lesquels nous intervenons est, quand à elle, de 40 ans.

8.2.4. Etat civil

Plus de 70 % des patients sont soit célibataires, séparées/divorcées soit veuve/veuf. L'isolement est un des facteurs qui accentue la fragilité psychique des patients et les crises.

8.2.5. Lieu de vie

On observe par rapport à 2014, une augmentation des usagers qui habitent dans les logements sociaux. Ceci s'explique par la présence en 2015 d'une AS détachée du SASLS dans le cadre d'un projet de collaboration entre les deux institutions. Sa présence et les activités menées auprès de travailleurs sociaux du SALS et de la fédération BICO ont influencé cette augmentation. Par ailleurs, un nombre important d'usagers sont sans-abris, seulement 14% d'entre eux se trouvent dans une institution où moment où la demande nous a été adressée.

8.2.6. Situation administrative

Un nombre important d'usagers se trouve en ordre de séjour et seulement le 9% en séjour illégal.

Cette donnée est en lien avec les lieux de vies prépondérant dans les dossiers traités en 2015. En effet, tant l'accès aux logements sociaux, privés qu'aux maisons d'accueil nécessite que les usagers soient en ordre de documents sur le territoire belge.

8.2.7. Sources de revenus

Plus de la moitié des usagers ont un revenu de remplacement ce qui dénote le travail effectué au niveau social-administratif pour les travailleurs qui s'adressent à la Cellule.

8.2.8. Diagnostic psychiatrique

Sur la totalité de dossiers traités en 2015, 95% des usagers ont été diagnostiqués. Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre Méthodologie, le diagnostic psychiatrique n'est pas un but en soi, mais il a « une implication en termes de médication, d'apaisement des symptômes positifs et d'orientation du projet d'intervention ».

Les troubles les plus fréquents ont été :

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	11,54%
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	53,85%
Troubles de l'humeur (affectifs)	11,54%
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	9,62%

8.2.9. Troubles somatiques

11% des usagers prises en charge en 2015 ont présenté un trouble somatique ; tumeur, maladies du système immunitaire, maladies endocriniennes, maladies du système nerveux, maladies de l'œil et de ses annexes, maladies de l'appareil digestif. Source d'inquiétude pour les intervenants et les usagers, ces troubles sont tenus en compte dans la prise en charge globale de la personne. Activer un réseau pertinent s'il n'est pas en place résulte parfois une première porte d'entrée au milieu médical.

8.2.10. Démarches dans le secteur de la santé mentale antérieures à l'intervention de la Cellule d'appui

Un tiers des démarches antérieures à l'intervention de la Cellule consistent en une hospitalisation dans un service psychiatrique.

Seulement 23% des démarches effectuées ont été faites auprès d'un service ambulatoire et très peu dans un centre de jour. Les items Inconnu et Aucune, laissent entrevoir que malgré la souffrance psychique des usagers (cf. diagnostic psychiatrique) le lien avec les soins ne semble pas être évident et qu'il s'établit en premier lieu avec le milieu hospitalier sans un suivi régulier ambulatoire. **Ce constat nous conforte de la nécessité de notre fonction de liaison interinstitutionnelle pour assurer l'accès et la continuité des soins, même en cas d'hospitalisation.**

8.2.11. Hospitalisation en 2015

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

Cela dit, on peut aussi en déduire que l'intervention de la Cellule d'appui facilite une prise en charge non hospitalière, surtout en ce qui concerne les soins psychiatriques.

8.2.12. Interventions de la Cellule d'appui auprès des usagers

En 2015, l'équipe a rencontré 66% des usagers pour lesquels les institutions avaient fait appel à la Cellule. 436 interventions se sont réparties comme suit :

Nombre d'interventions psychiatriques	68
Nombre d'interventions psycho-médico-social	223
Nombre de démarches sociales et/ou accompagnements	12
Nombre de rapports médicaux	31
Suivis en réunions d'équipe	102

Sur les 42 nouveaux dossiers ouverts en 2015, l'équipe a réalisé 20 « premiers entretiens », ce qui signifie que presque la moitié des usagers ont été rencontrés au moins une fois par la Cellule d'Appui. Ce chiffre est supérieur au nombre de premiers entretiens effectués en 2014 (11 sur 49 demandes).

Cette augmentation est liée à l'augmentation du nombre de demandes reçues du secteur des logements sociaux, qui en général font appel à la Cellule face à des situations lourdes du point de vue clinique et social. En effet, il s'agit d'une population fort isolée avec très peu de réseaux familiaux et institutionnels et non demandeuse d'aide.

Dans la plupart de cas, les assistants sociaux des SISF qui s'adressent à la Cellule d'Appui, sont eux aussi, isolés dans leur travail (ils travaillent seuls au sein de leurs institutions et en général les espaces de discussion en équipe sont rares ou inexistant, ils n'ont pas ou peu de connaissance du réseau psycho-social) ; ils ont très peu d'informations sur le parcours de vie de l'usager, son réseau et ils ont sollicités pour une intervention quand l'état de santé mentale a déjà généré des problèmes soit de voisinage soit pour l'institution même.

Ces intervenants découvrent donc une situation de crise au niveau sociale et en termes de santé mentale. Ils sont souvent démunis face à la complexité de la situation et sollicitent l'aide à l'équipe de la Cellule d'Appui qui va les accompagner dans une réflexion globale, vers des pistes de prises en charge et vers l'ouverture au réseau. Compte tenu de ce contexte, les interventions de l'équipe de la Cellule d'Appui se font chez l'habitant, avec l'usager et les travailleurs sociaux, ainsi que dans les locaux du Smes-B pour un suivi psycho-médico-social. L'objectif étant de stabiliser l'état psychique de la personne et initier la mise en place d'un réseau de soins et d'aide ou de le réactiver.

Nous constatons que le travail mené avec le public sans-abris, qui bien qu'il s'agisse également d'un public isolé, diffère. En effet, le travail d'accompagnement mené par les intervenants de première ligne favorise l'anticipation d'une dégradation de l'état mentale et de la situation sociale. Et lorsque ces intervenants sont confrontés à une aggravation des symptômes relevant de la santé mentale qui mettent en danger l'usager ou autrui, ou entravant les démarches sociales, ils font appel à la Cellule d'Appui pour tenter de débloquer la situation. Dans ce type de situation, le réseau associatif est généralement préexistant et est convoqué plus rapidement. Les interventions de notre équipe se font alors dans une optique de concertation ou d'un suivi temporel psycho-médical.

8.3. Système demandeur

8.3.1. Services envoyeurs

Les 42 dossiers ouverts en 2015 sont répartis en :

Entourage ou privé	7%
Services du secteur de la Santé Mentale	5%
Services Sociaux-Educateurs -Administratifs	24%
Secteur du logement social	19%
Maison d'accueil, Centre d'accueil et d'hébergement et travailleurs de rue	43%
Service d'accompagnement à domicile	2%

Les institutions dont les dossiers ont été traités en 2015 se distribuent comme suit :

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

Les dossiers traités en 2015 (ouverts en 2015 ou déjà en cours) résultent de demandes de 48 institutions bruxelloises différentes ; émanant des secteurs du social, de la santé et de la Santé mentale. On observe un élargissement du champ d'intervention de la Cellule d'appui. En effet, elle est sollicitée par des institutions relativement éloignées du réseau « de base » du SMES-B. Cela peut s'expliquer par la méthodologie spécifique de la Cellule d'appui qui répond très concrètement aux besoins de services de plus en plus confrontés à des usagers en grande précarité et en souffrance psychique.

Maisons d'accueil

- Accueil Montfort : Rue de l'Eglise Saint-Pierre 18, 1090 Bruxelles
- Albatros : Rue de la Buanderie 40, 1000 Bruxelles
- Armée du Salut/Foyer Georges Motte : Boulevard d'Ypres 24, 1000 Bruxelles
- Maison d'Accueil Escalé : Place Loix, 20. 1060 Saint-Gilles
- Source - La Rive : Rue de la Senne 78, 1000 Bruxelles
- Talita : Cité du Sureau 3, 1000 Bruxelles
- Porte Ouverte : Rue du Boulet 30, 1000 Bruxelles
- Les Petits Riens : Rue du Prévôt 30-32, 1000 Bruxelles
- CAW Archipel – L'Armée du Salut – **Foyer Bodeghem**. Rue Bodeghem, 27. 1000 Bruxelles

Centres d'accueil

- Samu social : Rue du Petit Rempart 5, 1000 Bruxelles
- Le Petit-Château : Boulevard du Neuvième de Ligne 27, 1000 Bruxelles

Travailleurs de rue

- Diogènes : Place de Ninove 10, 1000 Bruxelles.

- Infirmiers de Rue : Rue de la Caserne 80/4, 1000 Bruxelles

Services de santé mentale

- Exil : Avenue Brugmann 43, 1060 Bruxelles
- Rivage - den Zaet : Quai du Commerce 7, 1000 Bruxelles

Hôpitaux/Institutions de soins

- PSC ST-ALEXIUS : Rue de l'Arbre Bénit, 102.1050 Ixelles
- CASO. Médecins du Monde : Rue Botanique 75, 1000 Bruxelles.
- Les Cliniques universitaires Saint-Luc : Avenue Hippocrate 10, 1200 Woluwe-Saint-Lambert

Centre Médical/Médecins

- Maison Médicale de la Senne : Rue Camusel, 5 1000 Bruxelles
- Maison Médicale Couleurs Santé : Chaussée de Boondael 190 - 1050 - Ixelles
- Médecin Sans Frontières ; 46, Rue de l'Arbre Bénit 1050 Bruxelles.
- Médecin généraliste.

Logement /Agences Immobilières Sociales :

- ASSAM SORELO
- Logement Social Evere
- Les Villas de Ganshoren
- Foyer Ixellois
- Foyer Molenbeeckois
- Everecity
- Floreal
- Le Foyer Bruxellois
- Habitation Moderne

Services sociaux / juridiques

- CAW Brussel : Grétrystraat 1. 1000 Brussel
- Caritas Molenbeek : Rue des Quatre-Vents 67, 1080 Bruxelles
- CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale
- Centre Social Protestant : Rue Cans 12, 1050 Ixelles
- Gardiens de la Paix, Bravvo, asbl
- Service Juridique d'Espace Social Télé-Service asbl.
- CAW-Archipel - Welkom Mommaertstraat 22 - 1080 Bruxelles
- Service de Médiation et Prévention-Woluve Saint Lambert : Tomberg, 188. Woluwe Saint Lambert
- Habitat Accompagné : Rue Fernand Bernier 40, 1060 Saint-Gilles.
- La Consigne- Article 23

Suivi à domicile

- Puerto : Marché aux Porcs 23, 1000 Bruxelles
- Fami-Home : Quai du Hainaut 29, 1080 Bruxelles

Autres

- SAJ/SPJ
- L'entourage des personnes (famille, amis, voisins)
- Hestia - Police Fédérale
- La Poissonerie- Collectif : 214 de la rue du progrès. Schaerbeek
- Groot Eiland

8.3.2. Motif de la demande du système demandeur

Tout comme en 2014, la plupart de demandes d'interventions qui nous sont adressées ont à l'origine une inquiétude concernant l'état psychique/ psychiatrique des usagers. En second lieu, les travailleurs se soucient de la dégradation de la situation sociale qui peut amener à une exclusion sociale plus importante.

8.3.3. Problème dominant selon l'envoyeur

Sans surprise, selon les envoyeurs, le problème prédominant dans la situation de travail avec l'utilisateur est d'ordre psychique. Viennent ensuite les suivis de problèmes sociaux. Ceci justifie la demande d'un suivi temporaire au niveau psycho-médico-social- car comme nous l'avons évoqué, il s'agit d'un public non demandeur dont l'état psychique inquiète les intervenants. Cette tendance était déjà présente dans les rapports précédents.

8.3.4. Demandes d'Administrateurs de biens et de la personne et M.E.O

Parmi les dossiers traités en 2015, 11 usagers ont fait l'objet d'une mise en observation et 12 ont été placés sous administration de biens.

Bien que ces chiffres restent peu significatifs par rapport aux nombres d'interventions psycho-médico-sociales de la Cellule d'appui, ces procédures impliquent un travail intensif avec le système demandeur afin de clarifier leurs demandes et les objectifs de ces interventions.

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

En 2015, l'équipe de la Cellule a réalisé 347 interventions auprès du système demandeur qui se déclinent comme suit :

- 30% de réunions de concertations avec le réseau (primaire et/ou secondaire) en présence ou non de l'utilisateur
- 3 % d'entretiens avec le demandeur et le patient
- 67% d'intervention d'appui au travailleur et/ ou l'équipe.

9. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

En termes de conclusion, nous nous référons à l'analyse de Olivia Troye qui pointe la spécificité bénéfique du travail de la Cellule d'appui et de là, son caractère indispensable dans le réseau.

« En raison notamment des multiples fonctions rassemblées à la Cellule d'appui du SMES et des liens privilégiés tissés au fil des années avec les professionnels des secteurs du social et de la santé mentale, l'institution a pu

s'adapter aux évolutions constatées sur le terrain et mettre en place des pratiques innovantes qui s'inscrivent dans cette idée de « clinique psychosociale » telle que décrite par J. Furtos où, plutôt que d'être substantialisée et dépolitisée, la souffrance psychique est réinscrite dans le champ social et fait l'objet d'une intervention globale, concertée et cohérente.

Au terme de ce travail, nous pouvons voir dans les modes d'action de la Cellule d'appui ce que J. Ion décrit comme « l'importation, sur les lieux du travail social, de méthodes, savoirs et techniciens venus de l'univers de la psychologie, agaçant de façon originale des espaces, des temps, des techniques, des agents, en des dispositifs de type nouveau : une clinique hors cabinet » et, ajoutons, une clinique mobile et réticulaire qui intervient sur la situation d'intervention elle-même.

Une question reste toutefois en suspens ... Si la Cellule est appelée concernant des situations, certes, difficiles mais où il n'y a pas lieu d'exclure l'usager du service, qu'advient-il des situations pour lesquelles la souffrance de ce dernier viendrait attaquer de façon irrémédiable le cadre de travail et la relation avec le professionnel et son institution ? Comment prévenir de telles situations ? L'enjeu de cette question réside vraisemblablement dans l'intersectorialité, et plus précisément dans la diffusion et l'autonomisation de plus en plus grande de pratiques qui contribuent à donner de l'épaisseur à cette intersection entre social et santé mentale afin qu'il ne s'agisse plus seulement d'un interstice comblé en quelques occasions ponctuelles. (...).

Les données analysées nous montrent que la Cellule d'appui joue actuellement un rôle indispensable dans la réalité du terrain. Premièrement, l'analyse des situations de blocage montre que l'absence de la Cellule aurait pu, assez clairement, conduire à des situations d'échec. En effet, les professionnels tentent déjà de faire le maximum avant de contacter la Cellule. Par ailleurs, ils ont de l'expérience, participent souvent à des réunions d'équipe en interne, certains bénéficient de supervisions collectives voire participent ou ont participé aux cycles d'interventions du SMES-B. Malgré tout cela, ils peuvent avoir besoin, à un moment donné, de l'appui spécifique de la Cellule. Les professionnels ont besoin de ces interactions, de ces apports d'expériences, de ces regards pluriels autour d'une situation compliquée. Et cette place investie par la Cellule n'est visiblement occupée par aucun autre service, ou en tout cas pas avec cette combinaison d'approches. Deuxièmement, l'analyse démontre que l'institution vient combler de réelles lacunes en termes de collaborations et de coordinations entre les secteurs du travail social, de la santé mentale et du monde médical. Vis-à-vis des systèmes de soins traditionnels, la Cellule joue un rôle de chaînon manquant pour pallier au manque de liaisons autour du patient.

C'est pourquoi, il semble qu'il faille considérer sa pérennisation et s'interroger sur l'évolution du rôle qu'elle pourrait jouer à l'avenir. En effet, vu ses missions et compte tenu du rôle de coordination qu'elle joue, ne faudrait-il pas amplifier et rendre plus durable le rôle de la Cellule, puisque l'analyse montre que son action s'avère essentielle tant pour les bénéficiaires que pour les professionnels ? Ces idées de pérennisation et d'optimisation de l'institution demandent une analyse beaucoup plus approfondie. A titre de piste, cette optimisation pourrait éventuellement émaner de la Cellule elle-même, à travers une action dirigée vers les professionnels ou secteurs peut-être moins sensibilisés à ces pratiques intersectorielles. L'analyse montre en tous cas la pertinence d'un travail multi-échelle tel que le fait le SMES-B avec ses trois entités et la nécessité de conforter la Cellule dans les missions qu'elle poursuit et dans le rôle cardinal qu'elle joue aujourd'hui ».

On le voit, la Cellule d'appui est un dispositif essentiel dans le réseau bruxellois d'aide aux personnes cumulant exclusion sociale et troubles psychiques. En témoigne, entre autres, l'augmentation du nombre de demandes de nouveaux services. Dès lors, comme les années précédentes, la structuralisation de son financement constitue un enjeu primordial pour pérenniser et développer ses activités. Si l'année 2015 fut moins sujette à incertitude, il n'en reste pas moins que la situation de la Cellule d'appui reste structurellement précaire et ce, depuis sa création en 2001.

Il ne s'agit pas seulement de stabiliser l'emploi, mais de l'augmenter en diversifiant les fonctions professionnelles, entre autres celle de médecine générale et de travail social. D'un point de vue clinique, un renforcement du

personnel améliorerait la communication dans les premiers moments de l'appel, la rapidité de réponse et d'intervention, la qualité de la collecte de données, le retour de l'information après l'intervention et les feed-back et l'adaptation au rythme des usagers nécessitant une grande disponibilité et une flexibilité dans l'organisation du temps de travail. Ce renforcement permettrait également la prise en charge d'un plus grand nombre de situations sur le territoire bruxellois.

Par ailleurs, une équipe consolidée permettrait de déployer ses autres modes d'intervention - les interventions et les formations pour lesquelles elle est de plus en plus sollicitée - et de mieux rencontrer l'objectif de témoignage des impasses institutionnelles et intersectorielles et de participation à l'élaboration de dispositifs innovants.

Pour 2016, les axes de travail seront les suivants :

- poursuivre les activités et interventions de la Cellule d'Appui
- continuer d'aller vers les institutions, en dehors des rencontres autour d'un usager. Dans un contexte d'important turn-over du personnel dans les institutions d'aide et de soins, ce travail d'information est fondamental et doit s'inscrire dans la continuité.
- développer les axes d'intervention et de formation, notamment à destination d'autres champs d'activités que les partenaires du réseau SMES-B
- mettre en place le partenariat entre les équipes mobiles du projet 107 et les équipes outreaching précarité dont la Cellule fait partie.
- affiner les indicateurs, quantitatifs et qualitatifs, d'évaluation de notre action afin de mieux en mesurer l'impact tant sur les systèmes demandeurs que sur les usagers. Le travail de définition d'items pertinents étant terminé, l'installation d'un programme de collecte de données sera mis en place début 2016
- poursuivre la visibilité du travail mené, de la spécificité de la méthodologie et ses apports, tant sur le terrain que dans des lieux de concertation et de réflexion
- articuler les activités cliniques et réflexives à celles du Réseau SMES-B et du projet Housing First, entre autres sur les aspects de communication, de représentation et d'interpellation politique
- par une formalisation accrue de l'expertise de l'équipe, participer à la redéfinition de l'identité du SMES-B, essentielle dans la recomposition du champ de la santé mentale induite par la réforme en cours des soins en santé mentale.

III. RESEAU

1. INTRODUCTION

Dans la sphère sociale ou psycho-médico-sociale, le travail en réseau ne va pas de soi. Il est le fruit d'une construction méthodologique basée non seulement sur une faisabilité – est-il possible philosophiquement et pratiquement pour des secteurs de travailler ensemble ? – mais également d'une confiance réciproque – confiance en ce réseau et en sa coordination et confiance en les partenaires. Les deux questions se posent également au niveau du Réseau du SMES et de ses partenaires. D'emblée, on peut affirmer que même si les acteurs de terrain reconnaissent que le Réseau facilite le travail en décloisonnant les pratiques et en offrant un accès aux différents savoir-faire et expertises des autres acteurs, les anciennes pratiques individuelles de partenariats locaux et de prises en charge désarticulées sont encore présentes. Une des principales missions du Réseau SMES est de permettre, favoriser et faciliter une prise en charge plus transversale rendue possible par le renforcement de la connaissance réciproque des acteurs des deux secteurs – santé mentale et précarité.

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

Ce rapport d'activités présente les avancées du Réseau SMES sur le travail de terrain, la consolidation des partenariats, une meilleure représentation – visibilité – dans et hors Réseau, permettant au travail réalisé et aux bonnes pratiques dégagées de mieux s'affirmer et de s'inscrire dans une réflexion plus globale centrée sur le soutien des partenaires. Il doit, malheureusement, faire état de quelques écueils dont la résolution ne manquera pas de faire l'objet d'une réflexion incluant les partenaires.

2. TRAVAIL EN RESEAU

2.1. Contexte socio-économique et travail en réseau

L'accessibilité aux soins pour les publics les plus précarisés soulève encore de nombreuses questions et ne peut être que le résultat d'une meilleure collaboration entre les acteurs au travail avec ces populations ; collaboration soutenue par les pouvoirs publics. Ce constat est d'autant plus vrai lorsqu'à l'exclusion sociale se rajoute une problématique psychiatrique, ce cumul rendant difficile le travail des professionnels nécessitant de davantage prendre en compte la diversité des trajectoires individuelles et les sphères sociales. En effet, la compréhension des besoins des personnes sans-abri en termes de santé est indispensable pour concevoir et promouvoir non seulement des services d'aide, mais également des services essentiels pour lutter contre les inégalités sociales en matière de soins de santé qui touchent particulièrement ce public.

Dès 1993, ce constat donne l'impulsion pour créer le SMES travaillant à l'intersection des problématiques sociales et de santé mentale. Ce cumul présente en effet des spécificités et une complexité auxquelles les acteurs ne peuvent répondre individuellement, ni même sectoriellement. Pour être pertinentes, ces questions ne peuvent être pensées qu'à travers un décloisonnement des secteurs. L'objectif est alors de soutenir des pratiques innovantes et intersectorielles, au plus proche des besoins de patients malades et exclus, constamment sur le fil de la précarité sociale et de la précarité mentale.

Il fallait qu'ensemble les acteurs des deux champs acceptent ce constat : les problématiques vécues par les personnes en grande détresse sociale et psychologique présentent des spécificités et une complexité auxquelles les acteurs ne peuvent répondre individuellement. Depuis 2007, l'objectif général du Réseau du SMES est d'améliorer l'accès à l'aide et aux soins pour le public cumulant les problématiques de santé mentale et d'exclusion sociale.

2.2. Travail en réseau

Le Réseau tente de répondre aux nouvelles exigences de notre système de soins et de santé par une meilleure adaptation aux attentes du public, mais aussi des partenaires, acteurs de terrain, confrontés de plus en plus à une complexification du paysage psycho-médicosocial. D'une part, le public arrive sans cesse à de nouvelles questions, de nouvelles problématiques intriquées dans les champs de la santé, de la santé mentale, du logement, mais également de ce que nous pourrions appeler le « vivre ensemble », ce droit social de plus en plus difficile à construire dans un contexte économique difficile. D'autre part, les acteurs de terrain soulignent les difficultés dues à la spécialisation des services et la démultiplication des initiatives qui viennent encore compliquer le paysage associatif bruxellois.

Le travail en réseau replace le professionnel au cœur du fonctionnement du système de soins et de santé par un décloisonnement à différents niveaux. La collaboration se fait entre le champ social et celui de la santé. Il s'agit d'une mise en commun plus opérante et formelle et d'une approche plus globale des problèmes psycho-sociaux. Cette volonté de coopérer dans une conception non hiérarchique

mobilise des pratiques davantage fondées sur les possibilités techniques, un respect mutuel et une reconnaissance de la compétence de l'autre.

Le but du Réseau SMES est de répondre à une double contrainte. D'une part, il cherche à faire circuler l'information à l'intérieur de la sphère psycho-médicosociale en insufflant une volonté d'échange de pratiques et de savoir-faire. Il sert d'observatoire des problématiques de terrain avec le but actif de développer des outils de communication, de rencontres, de nouvelles méthodes de travail pour soutenir les professionnels. Il donne la possibilité aux acteurs de terrain de travailler différemment pour répondre avec plus de facilité aux besoins de leurs usagers tout en capitalisant les savoir-faire individuels. D'autre part, le Réseau appelle au décloisonnement des secteurs sociaux et de la santé mentale en soutenant des pratiques innovantes et intersectorielles au plus proche des besoins des patients cumulant exclusion sociale et difficulté psychique. La complexité accrue des situations sociales et pathologies rencontrées par les professionnels de terrain a amené les acteurs de la santé mentale et du social à collaborer depuis de nombreuses années. Le travail du Réseau SMES est de renforcer ces partenariats en favorisant les rencontres.

Pour les acteurs de terrain, le Réseau doit rester un lieu d'échanges de bonnes pratiques où la singularité des situations est mise en avant. Il ne peut jamais exister de « parcours prédéfini » en fonction des situations sociales ou des pathologies. L'entrée dans le Réseau se fait de multiples façons. Il n'est donc pas tout à fait dans la même logique que ce qu'on définirait comme un « trajet de soin » qui suppose le passage par des étapes prédéfinies et successives reliées de manière hiérarchique. Le Réseau doit, dans tous les cas, être et rester un agencement souple de liens, une trame composée de relations non hiérarchiques.

3. METHODOLOGIE

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

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

- Poursuite de l'organisation d'Intervisions constituant un espace de rencontre entre les professionnels du social et de la santé mentale en vue de faciliter et d'augmenter leur capacité d'accompagnement du public-cible ;
- Poursuite des Tables d'échanges offrant un lieu d'information, de réflexion, de débat et de propositions techniques – mises en œuvre pratiques – et politiques, à l'intersection des secteurs de la santé mentale et du social ;
- Développement du site internet – www.smes.be – en vue d'offrir une borne permanente d'information et de réflexion sur les bonnes pratiques de décloisonnement des secteurs psychosociaux ;

- Travail en Réseau tissant des liens entre les acteurs de terrain et les différents dispositifs formels afin d'accroître la cohérence et l'efficacité du projet.

Chaque axe fait l'objet d'une évaluation afin de coller au mieux aux situations de terrain et aux besoins des partenaires inscrits dans le Réseau. Le réseau est de plus chapeauté par un Comité de pilotage composé de quatre représentants du Conseil d'administration, lui-même composé des associations partenaires du SMES. Ce Comité veille au respect de la philosophie du SMES dans les actions entreprises par son Réseau.

4. OBJECTIFS OPERATIONNELS

4.1. Intervisions

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

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

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

4.1.1. Intervisions 2015

Le premier semestre 2015 a vu s'achever le cycle d'Intervisions 2014 – 2015. Le deuxième semestre 2015 a vu débuter le cycle d'Intervisions 2015 – 2016.

En 2015, les groupes se sont constitués et réunis de la manière suivante :

		Dates des rencontres du Groupe 1 (fr)	Dates des rencontres du Groupe 2 (fr) :	Dates des rencontres du Groupe 3 (ndls) :
Fin cycle 2014 - 2015	1	19/01/2015	13/01/2015	15/01/2015
	2	09/02/2015	10/02/2015	12/02/2015
	3	10/03/2015	10/03/2015	12/03/2015
	4	20/04/2015	21/04/2015	23/04/2015
	5	18/05/2015	19/05/2015	21/05/2015
Début cycle 2015 - 2016	1	07/12/2015		

4.1.1.1. Cycle d'Intervisions du premier semestre 2015 (fin du cycle 2014 – 2015)

Les co-animateurs :

- Groupe 1 (francophone) :
 - Oum-Chikh DAHOU du SMES-B
 - Emmanuel BOUVIN du Home Baudouin
- Groupe 2 (francophone) :
 - Laurence LEROY du Centre de Guidance d'Ixelles
 - Alain CAUFRIEZ de l'Entr'Aide des Marolles
- Groupe 3 (néerlandophone)
 - Bram VAN DE PUTTE de Diogènes
 - Steven BAEKE du Service de Santé Mentale Antonin Artaud

Les structures participantes :

- Groupe 1 (francophone) :
 - Home Victor Du pré
 - Equipe Mobile Tela / Projet 107 développé sur l'Est de Bruxelles
 - Talita
 - SSM Psycho-Etterbeek
 - Bravvo
 - Abaka
 - SSM Le SAS
 - L'Îlot 160
 - S.AC.A.DO
- Groupe 2 (francophone) :
 - Les Petits Riens
 - Cité Modèle
 - Habitat & Rénovation
 - Infor-Homes
 - Centre de Prévention des Violences Conjugales
 - Interstices CHU Saint-Pierre

- Foyer Bruxellois
 - Samu Social
 - Article 23 - Télé-Services
 - AIS Etterbeek
 - Hôpital Fond'Roy
 - Projet Lama
 - Le Cairn
 - Diogènes
- Groupe 3 (néerlandophone) :
 - Beschermde Wonen De Boei
 - CAD De Werklijn
 - Talita VZW
 - DOP-Dienst Eendersteuningsplan Brussel
 - VZW Beschut Wonen De Lariks
 - VZW PAG-ASA
 - LILA
 - Vzw Begeleid Wonen Brussel
 - Fami-Home
 - Garant de Réseau du Projet 107 Est de Bruxelles
 - Infirmiers de rue / Straatverplegers

4.1.1.2. Cycle d'Intervisions du second semestre 2015 (début du cycle 2015 – 2016)

Ce cycle a cette année, pour diverses raisons, débuté en décembre 2015 pour un groupe et en janvier 2016 pour les 2 autres groupes.

Les co-animateurs :

- Groupe 1 (francophone) :
 - Mahe AJA du SMES-B
 - Emmanuel BOUVIN du Home Baudouin
- Groupe 2 (francophone) :
 - Laurence LEROY du Centre de Guidance d'Ixelles
 - Alain CAUFRIEZ de l'Entr'Aide des Marolles
- Groupe 3 (néerlandophone)
 - Bram Van De Putte de Diogènes
 - Thomas AMEEL de De Spiegel

Les structures participantes :

- Groupe 1 (francophone) :
 - Maison d'accueil Chèvrefeuille

- Foyer Bruxellois
- - Lhiving
 - Foyer Georges Motte
 - Maison d'accueil Les Petits Riens
 - Fami-Home
 - Free Clinic
 - Projet Lama
 - Centre Hospitalier Jean Titeca
 - 107 Bruxelles - est
 - Talita asbl
- Groupe 2 (francophone) :
 - Source
 - CASG Wolu-Services
 - Projet Lama
 - Pierre d'Angle
 - Maison d'accueil Les Petits Riens
 - Escale
 - Interstices
 - Un Toit à soi
 - Centre de Prévention des Violences Conjugales et Familiales
 - Travailleurs de Rue de Saint Gilles
 - Dune asbl
 - Porte Ouverte
- Groupe 3 (néerlandophone) :
 - De Werklijn
 - Pag-asa
 - Onthaal Anderlecht CAW Brussel
 - Team Outreach CAW
 - Talita
 - Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
 - Antonin Artaud
 - Alias

4.1.2. Evaluation

Le cycle des Intervisions 2014 – 2015 a pris fin en juin 2015 et a été évalué aussi bien par les participants que par les animateurs. Sur le premier semestre 2015, trois groupes ont été constitués, dont un néerlandophone. Ils ont réuni un total de 34 personnes, en plus des six animateurs.

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

Ces interventions mettent en exergue les questions transversales liées aux secteurs impliqués, notamment le fait que les accompagnements menés avec le public-cible viennent questionner les institutions et leurs fonctionnements.

Ce cycle a également mis en exergue une problématique récurrente venant compliquer le travail des professionnels de terrain : la question de la réorientations des bénéficiaires. Celle-ci s'est déclinée dans plusieurs situations cliniques amenées par les participants, et a donné lieu à une Table d'échanges intitulée « Accrochage complexe et réorientation difficile », le 22 janvier 2015.

Le cycle d'Intervision 2015 – 2016 a débuté en décembre 2015 pour un des nouveaux groupes et en janvier 2016 pour les deux autres. Ils regroupent un total de 33 professionnels, en plus des six animateurs. Le cycle sera évalué par les animateurs et par les participants, à la fin du premier semestre 2016.

4.1.3. Perspectives

L'année 2016 sera, comme chaque année, divisée en deux périodes, la première terminant le cycle d'Intervisions 2015-2016 et la seconde, après les vacances d'été, entamant celui de 2016-2017.

Après chaque séance, une note synthétique est rédigée. Elle comprend les trois thèmes importants et les trois questions principales abordés lors de la rencontre. Comme chaque année, nous procéderons à une évaluation du cycle d'intervisions par les participants et les animateurs, en fin de cycle – à savoir fin du premier semestre 2016. Cette évaluation permettra à nouveau de dégager les principales questions intersectorielles émanant du terrain qui pourront orienter les futures actions du Smes-B.

Seules les Intervisions du premier semestre 2016 sont actuellement définies puisqu'elles poursuivent le cycle déjà entamé au second semestre 2015 :

	Dates des rencontres du Groupe 1 (fr)	Dates des rencontres du Groupe 2 (fr) :	Dates des rencontres du Groupe 3 (ndls) :
1	01/02/2016	26/01/2016	07/01/2016
2	07/03/2016	23/02/2016	04/02/2016
3	04/04/2016	24/03/2016	03/03/2016
4	01/05/2016	26/04/2016	07/04/2016
5	06/06/2016	31/05/2016	05/05/2016
6		21/06/2016	02/06/2016

4.2. Tables d'échanges

L'idée des Tables d'échanges découle naturellement des Intervisions. Elles sont nées de la volonté des partenaires – participants à ces Intervisions – de poursuivre les pistes de réponse venant du champ plus pratique de l'action de terrain. Ces espaces de débats ont pour vocation d'affiner les réflexions par rapport à des questions-clés en vue de l'adaptation des pratiques et/ou des politiques au bénéfice des personnes fragilisées socialement et psychologiquement et des professionnels qui les accompagnent. Les Tables d'échanges permettent de mettre en exergue et de travailler les questions transversales aux différents secteurs touchés par les questions liées à la précarité et à la santé mentale.

Chaque Table d'échanges s'organise autour d'une question/problématique qui émerge de manière récurrente des groupes d'Intervisions ou des partenaires de terrain avec lesquels le Réseau SMES collabore. Une Table d'échanges peut aussi s'organiser lorsque l'actualité des secteurs l'exige ou à la demande d'un partenaire pris dans une situation particulièrement complexe. C'est l'essence même de notre pratique de réseau.

Comme expliqué ci-dessus, le cycle d'Intervisions 2014 – 2015 a mis en exergue le questionnement des professionnels quant à la réorientation des leurs bénéficiaires.

En effet, plusieurs questions préoccupent régulièrement les équipes, qu'elles soient issues du secteur de la santé mentale ou du social :

- Comment réorienter un bénéficiaire qui est dans une forme de rupture récurrente sans être dans une véritable demande d'aide ?
- Comment concilier la temporalité de l'urgence et celle du travail de relais et de réorientation ?
- Comment concilier « juste lien », nécessité d'accrochage et mise en place d'un travail de relais ?
- Comment et quand travailler la réorientation d'un usager dont la temporalité est différente de celle de l'intervenant ou de son institution ?
- Comment impliquer toutes les parties concernées (les services envoyeur et accueillant et le bénéficiaire) pour une meilleure continuité des soins ?

Ces questions ont été traitées lors de la Table d'échanges du 22 janvier 2015 « Accrochage complexe et réorientation difficile ».

La montée en flèche des conditions de prise en charge – délai maximum de suivi, « public-cible », conditions d'accès... – rend souvent nécessaire le relais vers une autre structure pour assurer la continuité des soins ou, du moins, pour assurer la continuité de l'accès aux soins pour nos bénéficiaires. Les souffrances psycho-sociales rendent l'accrochage difficile entre l'usager et l'intervenant et viennent souvent compliquer le processus de réorientation. Elles peuvent conduire la personne à accaparer l'équipe ou à être en complète rupture. Le manque de places dans certaines structures, les listes d'attente, les processus de candidatures ... sont quelques-uns des constats de cet accrochage complexe et de cette réorientation difficile.

Cette Table d'échanges était animée par une professionnelle de l'asbl « Le Gué ». Elle a regroupé 30 institutions et projets bruxellois issus des secteurs du social, de la santé mentale, de la toxicomanie et de la santé :

- Le Gué
- P107 Bruxelles Est
- Maison Médicale Les Primeurs
- Projet Lama
- Smes Europa
- Fami-Home
- La Cellule d'Appui du Smes-B
- Tandem+
- Dune/le CLIP
- Groupe Passerelles
- Interstices
- SSM Champ Couronne
- Fond'Roy
- Maison Médicale Tournesol
- Equipe Mobile de Crise
- Clinique Saint Jean
- Prélude
- Centre de Guidance d'Ixelles
- Entr'Aide des Marolles
- Bataclan
- Talita
- Housing First Brussels
- Réseau d'Aide aux Toxicomanes
- Clinique Sanatia
- Prisme SPAD
- CASO
- Médecins du Monde
- Porte Ouverte
- Chèvrefeuille
- SACADO

Les conclusions de ces discussions ont fait l'objet d'un écrit rédigé par une professionnelle qui sera diffusé aux participants et dans le réseau.

4.3. Site Internet et stratégie de communication

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

Afin de développer le volet de visibilité des projets intersectoriels temporaires ou non, le Smes-B a poursuivi les réflexions sur la modification du site internet, avec l'aide pratique de l'asbl Vertige, d'une professionnelle de la communication en collaboration avec les partenaires.

En 2016, l'asbl mettra en ligne une bibliothèque de documentation ayant pour objet les pratiques innovatrices à la frontière du social et de la santé mentale.

Dynamiser le Réseau demande de pouvoir renforcer sa visibilité auprès de ses membres et de communiquer avec pertinence ainsi qu'avec des moyens concordant avec les évolutions technologiques actuelles. Nous disposons maintenant des moyens de répondre à cet objectif. Notre ambition pour 2015 est aussi de parvenir à intégrer ce projet au sein d'une stratégie de communication cohérente et globale.

4.4. Animation du Réseau

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

Dans les faits, cette animation se traduit par l'organisation de cycles d'Intervisions et de Tables d'échanges avec la recherche d'intervenants ou d'orateurs, la création d'un agenda, la promotion des événements et la récolte des formulaires d'inscription. Plusieurs rencontres avec les orateurs ou intervenants sont nécessaires afin de poser le cadre de ces rencontres. La coordination du Réseau SMES n'y étant pas présente – bien qu'elle puisse y être si sa présence est requise par le groupe – il est important qu'elle s'assure que le cadre des rencontres est compris par tous. La coordination organise également une rencontre avec chaque intervenant ou orateur, une fois la session terminée, afin de recueillir le ressenti de ceux-ci. L'évaluation porte aussi bien sur les « sujets » – questionnements, problématiques, échanges de bonnes pratiques... – nés des rencontres, que sur l'avis du groupe. Il est demandé aux participants de compléter un questionnaire d'évaluation.

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

En 2015, la coordination du réseau SMES a participé à différents groupes de travail, d'une part, renforçant la visibilité du projet et, d'autre part, renforçant la circulation des informations, questionnements, constats, inquiétudes et bonnes pratiques entre les secteurs de la santé mentale et du social. Quelques exemples de groupes de travail :

- « Soins psychiatriques à domicile » – Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale de Bruxelles – Capitale (PFCSM) ;
- « Logement et Santé Mentale » – Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale de Bruxelles – Capitale (PFCSM) ;
- Inter Réseaux – Réseau Bruxelles Est et Projet 107 Titeca–Saint-Luc Est de Bruxelles ;
- Concertation Sans-Abri – La Strada ;
- Collaborations avec le Projet 107 Hermès Plus ;
- Groupe intersectoriel Passerelles – La Strada ;

Perspectives

Dans le futur, la coordination du Réseau SMES devra se pencher sur la mise en ligne, via le nouveau site internet, d'un répertoire d'acteurs – qu'ils soient inscrits comme partenaires ou non – de la santé mentale et du social. Celui-ci devra donner la possibilité de rejoindre le site des associations – en cliquant sur un lien – afin de trouver de plus amples renseignements et devra, au minimum, offrir une classification thématique des institutions.

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

4.5 « Habiter »

Le Réseau Smes-B a mis sur pied³ un projet qui visait à produire un discours sur la notion d'habiter, émanant directement de personnes en situation de précarité ayant connu la vie en rue et récemment entrées en logement.

Ce projet a pour objectif, via sa diffusion, de proposer au spectateur, des professionnels mais aussi au grand public, une réflexion sur le thème de l'habiter, qui vise à la déconstruction des stéréotypes associés à la population sans-abris et aux problématiques de santé mentale.

³ Avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin et de la Fondation Abbé Pierre

« Habiter » est un documentaire de 36 minutes construit sous la forme de « constellation ». Il est composé de plusieurs « bulles » significatives autour du thème de l'habiter. La réalisation propose une vision large ; allant du niveau micro, l'expérience ou le souvenir très personnel, au niveau macro, un discours plus rationnel ou global sur cette thématique.

Ce projet a rassemblé les bénéficiaires de 6 services d'accompagnement bruxellois membres du Réseau Smes-B : Puerto, Fami-home, Cellule Housing First du SMES-B, asbl DIOGENES vzw, De Schutting, Bij Ons (projet Chez Elles).

Au total, 20 locataires, ayant vécu en rue, ont été rencontrés et ont participé à des niveaux différents au projet. Quatorze d'entre eux y ont activement participé. Les autres n'ont pu continuer le projet pour des raisons liées à leur état (problèmes de santé mentale trop important, décès, trop grande difficulté se structurer, ...).

Les objectifs de ce projet sont multiples et visaient deux publics distincts.

D'une part, il s'agissait pour les professionnels du secteur de :

- proposer au réseau un outil concret soutenant le questionnement et le débat intersectoriel autour de l'insertion des personnes sans-abris en souffrance psychique.
- produire une réalisation émanant du public-cible visant à la déconstruction des stéréotypes liés à la santé mentale et au sans-abrisme.
- alimenter les pratiques de terrain au sein des équipes.
- questionner les modes d'habiter, la solitude, la solidarité, l'intimité et la communauté.

D'autre part, pour les participants le projet visait à :

- augmenter le bien être psychique, le bien être et la stabilité en logement,
- lutter contre les ruptures et les exclusions ;
- permettre aux participants d'être entendus via l'appropriation de nouveaux outils d'expression ;
- favoriser, via l'expression audio-visuelle, l'appropriation effective du logement ;
- favoriser le lien entre des personnes en situation précaires et des professionnels de la culture afin de construire de nouvelles collaborations ;
- soutenir la reconstruction de l'estime de soi du public cible via la réalisation de quelque chose de concret ;

4.5.1. Méthodologie

Afin de s'adapter au mieux aux réalités, ressources ou difficultés du public, le projet a été mené collectivement et individuellement.

Il s'est déroulé en deux temps : tout d'abord une phase préparatoire axée sur la rencontre et le débat ; ensuite une phase plus technique visant à l'acquisition de nouvelles techniques et à la réalisation même du documentaire.

Dans un premier temps, la responsable de projet, souvent accompagnée d'un travailleur social des équipes des institutions partenaires, a rencontré les futurs participants afin de leur présenter et

proposer le projet. Ces entretiens visaient aussi à la création d'une relation de confiance entre la chargée de projet et le/la locataire afin de soutenir sa participation. Une discussion sur le thème de l'habiter s'en suivait et un appareil photographique jetable était laissé au participant afin qu'il se familiarise avec la prise d'images. Les photographies ont ensuite été développées et discutées ensemble, elles ont servi de base pour définir avec le groupe ce qui allait être filmé.

Dans un second temps, les participants se sont familiarisés avec le matériel technique de prise de son et d'image. Ils se sont ensuite exercés à l'écriture et à la scénarisation ; et ont défini collectivement les éléments que devait contenir le film.

Le tournage a été réalisé par les participants, accompagné ou non par un professionnel de l'image. Des discussions préparatoires au montage, réalisé par un professionnel, ont eu lieu afin de choisir les séquences devant être montées et faire partie du documentaire final.

4.5.2. « Habiter » en quelques chiffres

En quelques chiffres, le projet « Habiter » c'est :

- 20 participants locataires ayant vécu en rue, dont 14 ont participé activement.
- 6 services d'accompagnement bruxellois membres du Réseau Smes-B : Puerto, Fami-home, Cellule Housing First du SMES-B, asbl DIOGENES vzw, De Schutting, Bij Ons (projet Chez Elles).
- 550 photographies et plus de 100 petits clips du quotidien réalisés par les habitants.
- 140 rencontres en ce compris les ateliers.
- Des dizaines de témoignages et d'entretiens.
- 8 jours de tournage avec un caméraman professionnel.
- 8 professionnels ayant travaillé autour du projet : une sociologue chargée de projet, une monteuse, un caméraman, une étalonneuse, un mixeur son, un traducteur, un chargé de communication, une graphiste.
- 12 mois de travail avec les habitants en logement.
- 5 capsules sur des thèmes variés abordant de manières différentes la question du logement.
- 1 film « Habiter » de 36 minutes, réalisé par 9 des participants.
- 150 DVD.

4.5.3. Diffusion

Afin de multiplier l'impact du projet, ce dernier a été présenté lors de divers événements au cours de l'année 2015 :

- Participation de trois participants à l'émission de Radio « La Voix de la Rue », sur le thème « Rue et créativité », sur Radio Panik, organisée par l'asbl Douche Flux.
- Présentation du projet et projection des capsules le 4 mai 2015 dans le cadre du colloque « Logement et sans-abrisme » organisé par l'AMA et Fami-home.
- Présentation du projet dans le cadre du Midi Nomade - organisé par l'asbl DUNE, avec la participation de certains locataires.
- Projection des capsules dans le cadre de la sortie du rapport européen sur le mal logement, le

19 novembre 2015, organisé par la Feansta et la Fondation Abbé Pierre.

- Projection d'une étape du film, en présence des participants, le 18 juin 2015 dans le cadre des Immontrables (cycle de projection de Film au Micro Marché) en présence des participants.
- Première projection du film au cinéma Galeries, suivie d'un débat avec les participants au projet. Cette projection a rassemblé 128 personnes dont une majorité de professionnels issus du Réseau Smes-B, des secteurs du social, de la santé mentale, de la santé et de la culture.

4.5.4. Perspectives

En 2016, le film sera diffusé lors du festival Images Mentales organisé par la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale. Il sera également proposé aux membres du réseau et partenaires comme support de réflexion pour les équipes et lors de formation organisées sur les thématiques liées au sans-abrisme et à la santé mentale.

« Habiter » sera également proposé à la diffusion lors de festivals de films participatifs et pour une diffusion à la Fondation Abbé Pierre, avec les participants.

IV. PROJECT HOUSING FIRST

1. TEMOIGNAGES

TEMOIGNAGE D'UN BENEFICIAIRE ...

« Dans ma tête, j'ai des tonnes et des tonnes et des tonnes de choses que je ressens, mais c'est plus difficile de mettre des mots sur ces sentiments. Je pense que pour ressentir et comprendre tout ça, il faut l'avoir eu et perdu. Voilà mon sentiment : quand on vous annonce, étant dans la rue depuis des années, que vous avez la chance de pouvoir avoir un logement à vous, seulement à vous, seulement à moi, sur cela il n'y a pas de mots qui puissent l'exprimer.

Et puis un jour, une équipe géniale, très complète, m'accompagne dans mon nouveau « chez moi » et je ne peux empêcher mes larmes de couler. A nouveau, un endroit où je peux me poser, reposer, sans avoir peur de ce qui peut m'arriver pendant que je dors, donc dormir et me reposer dans tout son sens. Et aussi un suivi très polyvalent dans le sens où on m'accompagne dans mes démarches, on m'écoute et j'ai une aide et une attention de tous les instants, et en même temps, ils respectent énormément le fait que je puisse avoir une vie privée. Je me sens plus soutenue qu'étouffée, comme certains qui sont « supervisés ».

Et je leur en serai toujours reconnaissante, du coup je fais du mieux que je peux et je me porte beaucoup mieux. Merci à eux. Ils m'ont redonné ce qu'on appelle l'ESPOIR d'une vie meilleure, ce que j'avais complètement perdu. »

Sarah



TEMOIGNAGE D'UN MEMBRE DE L'EQUIPE ...

« Je suis assistante sociale pour le projet Housing First du SMES-B depuis le mois d'août 2014. D'emblée, j'ai été conquise par la philosophie du projet, en concordance avec la posture professionnelle que je souhaitais mettre en œuvre. Accompagner un locataire qui entre en logement après de nombreuses années passées dans la rue signifie pour moi cheminer avec lui, à son rythme, pour qu'il puisse retrouver une place –sa place– dans la société, le respect et la dignité qui lui ont souvent échappé lorsqu'il était en logique de survie dans la rue. Concrètement, cela signifie faire avec lui des démarches administratives (l'accompagner à la commune, au CPAS, à la mutuelle, à la banque, ...), lui rendre visite dans son appartement, voir avec lui comment il s'y sent, se l'approprier (on abordera, par exemple, les questions relatives au nettoyage, à la lessive, l'alimentation, la décoration, le voisinage, ...). Avoir un « chez-soi » permet au locataire de prendre du repos, de revoir sa famille, de se préoccuper de sa santé, de son présent, en sécurité, et de repenser à un avenir sous un jour meilleur (reprendre une formation, faire du bénévolat, voire retrouver du travail, ...).

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

L'accompagnement en binôme et plus intensif permet de pallier à certaines situations qui semblent parfois s'engluer. Il y a des étapes à franchir ensemble, pas à pas, dans une écoute et un respect mutuels, pour créer une relation de confiance entre le locataire et l'accompagnatrice psychosociale que je suis, passionnée par mon travail et très reconnaissante de pouvoir le pratiquer de cette façon au sein du projet Housing First. »

Sandrine

2. LE MODELE HOUSING FIRST

2.1. Présentation générale

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

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

Les projets basés sur le modèle Housing First (Tsemberis & al. 2004) ciblent spécifiquement ce public et font le pari que son accès et son maintien en logement sont non seulement possibles, mais également souhaitables. Chaque critère de ce modèle a été choisi en fonction de son efficacité en termes de maintien en logement des sans-abri aux profils les plus complexes et d'amélioration de leur bien-être.



© Romain Thiry

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

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

Le logement est ici considéré comme la base du rétablissement de la personne sans-abri. Il permet d'acquérir les compétences à habiter un chez soi, depuis son chez soi, grâce au soutien d'une équipe pluridisciplinaire.

Ce travail demande une grande part de créativité et d'adaptation. Il nécessite aussi un réseau élargi qui puisse répondre aux besoins et demandes variés des locataires.

L'efficacité du Housing First a été évaluée à de nombreuses reprises (Tsemberis & al., 2004) et dans plusieurs pays (Bush Geertsema & al. 2010). Les taux de maintien en logement y sont

systématiquement supérieurs à 80%. Le coût global pour la société est moindre. A moyen terme, les personnes prises en charge par des dispositifs Housing First recourent moins aux services d'urgences et sont moins aux prises avec la justice.

2.2. Le public cible

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

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

- La problématique du sans-abrisme est définie selon la typologie européenne «ETHOS» (catégories 1 & 2) :
 - Personnes vivant dans la rue ou dans des espaces publics,
 - Personnes en hébergement d'urgence.
- La problématique de santé mentale concerne les personnes en souffrance psychique chronique.
- La problématique des assuétudes vise un usage chronique et un abus de produits psychotropes légaux et illégaux et ses répercussions sur la santé de la personne.
- La problématique de santé physique est définie comme une accumulation de troubles somatiques aigus et/ou chroniques.

© Romain Thiry



3. LE PROJET HOUSING FIRST DU SMES-B

3.1. Le financement

Septembre 2013 ⇒ Juin 2016 : **Housing First Belgium**

Soutien de la Secrétaire d'Etat à la lutte contre la pauvreté, du SPP Intégration Sociale, de la Loterie Nationale et de la Politique des Grandes Villes.

Subside via le CPAS de Molenbeek pour la mise en œuvre du projet sur la commune.

Co-financements des Ministres de l'Action Sociale, de la Santé et du Logement de la COCOF, de la COCOM et de la Région de Bruxelles-Capitale.

Depuis avril 2015 : **Housing First Brussels**, porté avec Infirmiers de Rue au sein d'un large partenariat.

Soutien des Ministres de l'Action Sociale de la COCOM.

Soutien de la Fondation Roi Baudouin, d'AG Insurance et de Vivre Ensemble.

3.2. Les objectifs

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



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

- Mettre en place des partenariats et réseaux d'accompagnement associatifs et publics à l'intersection des secteurs de l'aide aux personnes, de la santé mentale et des assuétudes, permettant d'apporter des réponses aux besoins et demandes multiples des bénéficiaires.
- Développer des collaborations / partenariats avec des opérateurs publics visant à la mise à disposition de logements pour le projet.
- Sélectionner les personnes les plus éloignées du logement : sans-abri (ETHOS 1 & 2), souffrant de problèmes de santé mentale et/ou d'assuétudes.
- Leur donner un accès à un logement individuel, pérenne et à bas loyer, directement depuis la rue, sans condition de traitement ni d'abstinence.
- Les accompagner au moyen d'une équipe pluridisciplinaire de type Assertive Community Treatment (ACT) permettant de prendre en charge les problématiques complexes et multiples du public. L'accompagnement est mobile, construit sur mesure et négocié avec la personne. Néanmoins, l'équipe rencontre le locataire au minimum une fois par semaine.
- Atteindre 85% de maintien en logement et 90% de loyers payés en temps et en heure.

3.3. Les acteurs

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

L'équipe est supervisée et se forme en continu.



En 2015, l'équipe Housing First du SMES-B se composait de :

- 1 coordinatrice, Muriel ALLART,
- 1 responsable administrative et financière, Marie AUBRY,
- 1 secrétaire, Julie SNEIDERS,
- 1 thérapeute, Catherine GERARD,
- 1 responsable du volet logement, Jessica KRIESCHER,
- 1 médecin, Fabian COLLE,
- 1 infirmière, Caroline DE VIRON,
- 1 pair aidant, Nicolas HOTTON,
- 1 assistante sociale, Sandrine ROCHEZ,
- 1 psychologue, Alexandra TRIPS,
- 1 experte en Réduction des Risques, Nele VANDE WALLE.

3.4. Les partenaires

Les partenaires du projet Housing First Belgium :

Infirmiers de Rue, le Relais Social de Charleroi, le Relais Social de Liège, Le Relais Social de Namur, le CPAS de Molenbeek, le CPAS de Gand, le CPAS d'Anvers, le CPAS d'Hasselt, la Strada et le SAW.

Les partenaires du projet Housing First Brussels :

Infirmiers de Rue, le Forum Bruxellois de Lutte contre la Pauvreté, la Strada, le CPAS de Forest, le CPAS de Molenbeek, le CPAS de Saint-Josse, le CPAS de Saint-Gilles, le CPAS de Schaerbeek, l'AMA -Fédération des Maisons d'Accueil et des Services d'Aide aux sans- abri, la Fédération des Services de Santé Mentale, la Fédération des Maisons médicales, la Fédito bruxelloise, la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, le SAMU Social, le SASLS.

Les partenaires originaux, fondateurs du projet :

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

Les partenaires logements :

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

- Le Foyer Schaerbeekois : 8 logements ;
- L'Agence Immobilière Sociale de Molenbeek (MAIS) : 4 logements ;
- L'asbl SETM : 2 logements ;
- Le CPAS de Forest : 1 logement ;
- L'Agence Immobilière Sociale Comme Chez Toi : 1 logement.

Les partenaires de réseau dans l'accompagnement des personnes relogées.

Les partenaires publics (voir Financements).

Nous les remercions chaleureusement.

3.5. Résultats

3.5.1. Mise en logement

- Dans le courant de l'année 2015, nous avons réalisé 9 entrées en logement.
- Ces personnes sont venues rejoindre les 9 déjà accompagnées par le projet.
- 100 % des personnes relogées ont été maintenues en logement. Une personne a fait l'objet d'un relogement.
- Trois personnes sont décédées.

3.5.2. Objectifs opérationnels

Développer un partenariat fort entre le public et l'associatif :	Partenariat avec 5 CPAS.
Constituer une équipe pluridisciplinaire :	L'équipe est constituée, formée et au travail.
Mettre en place des partenariats et des réseaux d'accompagnement associatifs et publics :	Réalisé pour chaque locataire.
Mettre des logements à disposition du projet :	8 nouveaux logements ont été mis à disposition du projet.
Sélectionner des personnes répondant aux critères du projet :	9 personnes ont été sélectionnées par 7 associations.
Leur donner accès à un logement :	9 personnes ont eu accès à un logement.
Les accompagner :	Ces 9 personnes sont toujours accompagnées actuellement, ainsi que les 9 personnes entrées en logement en 2014 et 2013, à l'exception des trois

3.5.3. Suivis

Loc.	Date	Appel / SMS			Visite à domicile			Extérieur			Abs
		Equip.	Locat.	Réseau	Solo	Duo	VAD	Solo	Duo	Ext	
1	20/04 au 31/12	1	18	8	8	21	29	0	1	1	2
2	01/01 au 20/01	2	0	0	1	0	1	1	1	2	2
3	01/01 au 31/12	37	31	24	29	19	48	2	2	4	15
4	01/01 au 31/12	55	70	14	8	6	14	8	4	12	26
5	10/07 au 31/12	3	6	19	4	9	13	3	2	5	7
6	01/01 au 31/12	68	53	50	24	27	51	12	12	24	16
7	01/01 au 18/11	16	7	19	5	8	13	9	4	13	1
8	01/01 au 31/12	56	75	28	7	25	32	5	15	20	10
9	01/01 au 31/12	25	82	27	24	16	40	0	16	16	0
10	01/07 au 31/12	16	0	0	2	18	20	1	1	2	1
11	01/07 au 31/12	18	0	11	2	18	20	1	1	2	1
12	26/06 au 02/12	15	24	42	19	24	43	9	2	11	3
13	01/01 au 31/12	43	9	23	15	11	26	3	3	6	14
14	24/03 au 31/12	1	3	15	2	22	24	1	7	8	9
15	01/01 au 31/12	39	17	15	11	9	20	16	3	19	11
16	30/09 au 31/12	12	0	15	9	8	17	0	4	4	1
17	03/01 au 31/12	41	72	42	24	17	41	5	4	9	3
18	17/09 au 31/12	6	7	5	9	19	28	2	2	4	1
TOTAL :		454	474	357	203	277	480	78	84	162	123
		1285			642						123

L'équipe du SMES-B a réalisé **480 visites à domicile et 162 accompagnements à l'extérieur**, soit une moyenne de 4 visites pour un accompagnement. Cela représente au total 642 rencontres avec les locataires.

Pour des raisons liées à la complexité des situations, au cumul des tâches à réaliser et à la sécurité, 57% des visites à domicile ont été réalisées en binôme.

Les locataires ont été rencontrés **un peu plus de 4 fois par mois**, ce qui correspond à une moyenne d'une fois par semaine, prévue dans l'accompagnement Housing First. Ce nombre a tendance à fluctuer en fonction :

- du moment de l'accompagnement : il est plus élevé au début en raison des démarches liées à l'entrée en logement (inscription à la commune, activation des revenus, contacts avec le propriétaire, transfert de pharmacie, ...) et du démarrage de l'accompagnement qui nécessite souvent un soutien accru et une attention plus soutenue ;
- de la fréquence des crises et des problèmes de santé ;

- de la présence ou non d'un réseau autour de la personne et des possibilités de mise en place d'un réseau local de soins adapté ;
- des rendez-vous qui n'ont pas abouti à une rencontre de la personne.

20% des rendez-vous n'ont pu avoir lieu en raison de l'absence ou de l'annulation par le locataire. C'est assez prévisible et pas si élevé au regard de la déstructuration des personnes accompagnées et cela pourrait démontrer une bonne accroche avec les travailleurs du projet et le résultat des outils mis en place (calendrier, téléphone, horloge, régularité des visites, ...).

En dehors des visites, **plus d'un millier de contacts téléphoniques** ont permis de rester disponibles tout en s'adaptant aux canaux de communication des locataires, de maintenir le lien et de répondre à des demandes diverses.

L'équipe a également réalisé un travail conséquent de lien avec le réseau et d'élargissement de ce réseau (« appel réseau ») en dehors des rencontres avec les locataires. Afin de permettre à chaque acteur de travailler au mieux et de répondre adéquatement aux besoins des locataires, l'équipe organise régulièrement des réunions de concertations.

<p><u>Fonction psychiatrique :</u></p> <p>SSM La Gerbe SSM Le Méridien Projet Lama (psychiatre) Parentalité-Addiction Interstices Tela Hermès +</p>	<p><u>Fonction relationnelle :</u></p> <p>Amis Disquaire Voisins Concierge Café Famille Animal de compagnie</p>
<p><u>Fonction sociale :</u></p> <p>Diogènes Transit Latitude Nord Projet Lama Dune / Clip Services d'aide à domicile Colis alimentaires Poverello</p>	<p><u>Fonction financière :</u></p> <p>CPAS de Bruxelles-Ville, Saint-Gilles, Forest, Molenbeek, Schaerbeek Administrateurs de bien Services de Médiation de dettes Mutuelles ONEM / Actiris DG Personnes Handicapées Banques Syndicats</p>
<p><u>Fonction médicale :</u></p> <p>Maisons Médicales de l'Enseignement, Aster, Soins pour tous, du Béguinage, des Marolles, Botanique Médecins généralistes privés Hôpitaux Saint-Pierre, Molière, Saint-Jean, Brugmann, Sans-Soucis Réseau Hépatite C Patients assistance Pharmacies</p>	<p><u>Fonction socioprofessionnelle :</u></p> <p>Cours d'informatique Formation français et mathématique</p> <p><u>Fonction juridique :</u></p> <p>Assistants de justice Assistants de probation Prisons de Forest et de Ittre Aumônier</p>

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

D'autres tentatives d'élargissement du réseau ont été proposées, mais n'ont pas encore abouti. Elles concernent notamment des ateliers créatifs et artistiques, un suivi médical, une cure de désintoxication ou encore un service d'aide à domicile.

Les raisons de ce non-aboutissement sont probablement doubles :

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

3.6. Communication et Réflexion

Le projet a été largement diffusé en Belgique et à l'étranger via des colloques, dans la presse ou encore lors d'interventions dans des écoles supérieures.

Enseignement :

Deux présentations et débats sur le projet avec des étudiants assistants sociaux de l'EOS.
Une intervention dans le cadre du Master en Ingénierie et Action Sociale de l'IESSID.

Accueil de stagiaires :

Deux stagiaires infirmiers se sont joints à l'équipe pour des périodes d'une semaine et d'un mois.

Présentation dans des colloques :

- 29/04 : Petits déjeuners de la Réduction des Risques sur le logement, Modus Vivendi.
- 04/05 : « Le logement à Bruxelles : quel accès au logement pour les sans-abri ? », AMA et Fami-Home.
- 05/06 : Journée des 10 ans du Bon Plan, DUNE asbl.
- 16/10 : « La Fabrique des Pauvres », Forum Bruxellois de Lutte contre la Pauvreté.
- 22/10 : Festival des libertés, débat suite au documentaire « L'abri », Bruxelles Laïque.
- 29/10 : « Contre la pauvreté, je choisis le Vivre Ensemble ! », Vivre Ensemble.

Groupes de travail :

Les porteurs du projet ont échangé autour du Housing First dans le cadre de plusieurs groupes de travail :

- Approche intégrée de l'aide aux personnes sans-abri ;
- Concertations de l'aide aux sans-abri de la Strada sur le Housing First ;
- Intervisions sur le Housing First organisées par la Fondation Roi Baudouin ;

- Comités d'accompagnement et de pilotage des projets Housing First Belgium et Housing First Brussels
- Réunions d'échanges réguliers entre les projets Housing First bruxellois.

Médias :

- Le Soir, 08/01/2015 : « Donner un toit en premier aux sans-abri pour se reconstruire » ;
- Brussel Deze Week et BrusselsNieuws.be, 22 janvier 2015 : « Housing First: 'Daklozen weer burgers maken' » ;
- Question Santé N° 77, janv. fév. mars 2015 : dossier consacré à l'aide aux sans-abris et au projet "Housing First" ;
- Radio Chrétienne Francophone – Emission Juste Terre ! Jeudi 15/10/15.

Outils de communication :

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

Le site internet www.housingfirstbrussels.be a été créé fin 2015, ainsi qu'un folder de présentation.

4. OBJECTIFS 2016

- Renforcer le développement partenarial entre le public et l'associatif au fil des coopérations sur le terrain.
- Maintenir et mettre à disposition une équipe d'accompagnement pluridisciplinaire Housing First de type *Assertive Community Treatment* permettant d'accompagner la personne de manière globale et sur mesure.
- Maintenir, adapter ou déployer des réseaux médico-psycho-sociaux à l'intersection des secteurs de la précarité, du logement, de la santé mentale, des assuétudes, ou tout autre réseau permettant de répondre aux besoins du public-cible.
- Mettre à disposition des logements publics et privés. Conformément à la méthodologie Housing First, ces logements seront individuels et à loyer modéré. Ils seront accessibles immédiatement depuis la rue ou les services d'urgence, sans condition de traitement ni d'abstinence, selon un bail illimité dans le temps, et dispersés dans la ville.
- Sélectionner des personnes sans-abri (selon la typologie ETHOS, catégories 1 et 2), n'ayant pas ou difficilement accès à un logement en raison de problématiques cumulées de précarité sociale, de santé mentale et d'assuétudes.
- Mettre en logement entre 10 et 15 nouvelles personnes et les accompagner selon la méthodologie Housing First.

V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES DU SMES-B

En 2015, le Smes a poursuivi ses missions, dans sa philosophie de travail à l'intersectorialité de la santé mentale et de la précarité. Il s'intègre parfaitement dans le paysage associatif bruxellois. Il contribue au rassemblement de constats et recommandations qu'il relaye de manière intersectorielle et vers les pouvoirs publics. Il offre un lieu de concertation aux travailleurs de terrain malmenés par la complexification des situations vécues par le public-cible dans sa double problématique sociale et psychique.

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

En 2016, la Cellule d'Appui

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

Avec l'appui de la coordination du Réseau, elle travaillera à la diffusion de sa méthodologie spécifique à l'intersection entre la santé mentale et le social, tant sur le terrain que dans des lieux de concertation et de réflexion. Elle visera enfin à articuler ses activités cliniques et réflexives à celles des autres dispositifs du SMES-B entre autres sur les aspects de communication, de représentation et d'interpellation politique.

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

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

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

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