santé mentale & exclusion sociale - Belgique

LE SMES - B

vous présente son

Rapport d'Activités 2016

Santé Mentale et Exclusion Social asbl
Rue du Rempart des Moines 78
1000 Bruxelles
www.smes.be

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION SMES-B 5

1. CONTEXTE PSYCHOSOCIAL 5

2. CREATION DU SMES-B 5

4. TRAVAIL A L'INTERSECTORIALITE 6

5. VISEE OPERATIONNELLE ET SOUTIEN PAR L'ACTION 6

6. PARTENAIRES ET SPECIFICITES DE LEURS PUBLIC-CIBLES 7

7. ORGANIGRAMMES ET INSTITUTIONS DECISIONNAIRES 7

II. CELLULE D'APPUI MEDICO-PSYCHOLOGIQUE 8

1. PRESENTATION DE LA CELLULE D'APPUI DU SMES 8

1.1 Historique 8

1.2 Description du projet 8

1.2.1 Mission 8

1.2.2 Public cible 9

1.2.3 Territoire d'intervention 9

1.2.4 Source de Financement 9

1.2.4 L'équipe 9

1.3 Les objectifs, intervisions et méthodologie de travail 10

1.3.1 Les objectifs 10

1.3.2 Les modalités d'intervention de la Cellule d'Appui 11

1.3.3 Les effets de la méthodologie sur les services partenaires 13

1.3.4 Les motifs de la demande 13

1.3.5 Les besoins des systèmes demandeurs 15

1.3.8 Valeurs 17

1.4 Le système demandeur 18

2. PROJET SPECIFIQUE : Le projet « Outreaching des adultes » 18

3. LE COMITE DE REFLEXION 19

4. ACTIVITES DE LA CELLULE D'APPUI 19

4.1 Activités institutionnelles et de réseau – (re)présentations extérieures 19

4.2 Les séances d'intervision 20

4.3 La sensibilisation/formation aux problématiques de santé mentale 20

4.4 Développement et promotion de pratiques intersectorielles novatrices 21

4.5 Interventions publiques de la Cellule d'Appui 21

4.5 Interventions 21

5. ANALYSE DE DONNEES 22

5.1 Dossiers 22

5.1.1 Dossiers ouverts 22

5.1.2 Etat des dossiers à la fin 2016 22

5.1.3 Nouvelles demandes sans ouverture de dossier 23

5.2 Données concernant les usagers 23

5.2.1 Nationalités et origines 23

5.2.2 Répartition selon le sexe 25

5.2.3 Répartition selon l'âge 26

5.2.4 Etat civil 26

5.2.5 Lieu de vie 27

5.2.6 Situation administrative 28

5.2.7 Source de revenus *29*
5.3 Diagnostics 29
5.3.1 Troubles psychiques *29*
5.3.2 Troubles somatiques *30*
5.4 Démarches dans le secteur de la santé mentale, antérieures à l'intervention de la Cellule d'Appui 30
5.5 Hospitalisation en 2016 31
5.6 Analyse du système demandeur 32
5.6.1 Motif de la demande *32*
5.6.2 Problème dominant selon le demandeur *32*
5.6.3 Secteur *33*
5.6.4 Institutions *33*
5.7 Interventions de la Cellule d'Appui 35
5.7.1 Au niveau des usagers *35*
5.7.2 Au niveau du système demandeur et du réseau (primaire et secondaire) *35*

6. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES 36
6.1 Conclusions 36
6.1.1 Au niveau des institutions *36*
6.1.2 Au niveau des usagers *37*
6.1.3 Au niveau des subsides *37*
6.2 Perspectives 37

III. RESEAU 38

1. INTRODUCTION 38

2. TRAVAIL EN RESEAU 38
2.1 Contexte socio-économique et travail en réseau 38
2.2 Travail en réseau 39

3. METHODOLOGIE 40

4. OBJECTIFS OPERATIONNELS 40
4.1 Intervisions 40
4.1.1 Intervisions 2016 ..... *41*
4.1.2 Evaluation *42*
4.1.3 Perspectives *43*
4.2 Tables d'échanges et Colloques 43
4.3 Site internet et stratégie de communication 44
4.4 Animation du Réseau 44
4.5 Equipe Mobile 107 : Précarité Santé Mentale 46
4.5.1 Contexte *46*
4.5.2 Objectifs *46*
4.5.3 Partenaires *47*
4.5.4 Méthodologie *47*
4.5.5 Perspectives *48*

IV. PROJECT HOUSING FIRST 49

1. TEMOIGNAGES 49

2. L'ANNEE 2016 50

3. LE MODELE HOUSING FIRST 51
3.1 Présentation générale 51
3.2 Le public cible 52

4. LE PROJET HOUSING FIRST DU SMES-B 53

4.1 Le financement 53
4.2 Les objectifs 53
4.3 Les acteurs 53
4.4 Les partenaires 55
4.5 Réalisation d'une recherche « Trouver du logement pour le public du Housing First Brussels » 56
4.6 Résultats 57
4.6.1 Mise en logement *57*
4.6.2 Objectifs opérationnels *57*
4.6.3 Suivis *57*
4.6 Communication et réflexion 60
5. Objectifs 61
V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES DU SMES-B 63

I. INTRODUCTION SMES-B

1. CONTEXTE PSYCHOSOCIAL

Même si l'accessibilité aux soins est une préoccupation politique depuis près de cinquante ans – création de l'INAMI –, elle est loin d'être acquise dans les 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 15,5 % de la population belge vit en dessous du seuil de pauvreté. Ce pourcentage passe à 30 lorsqu'on considère la population bruxelloise. 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.[1] L'augmentation des personnes vivant dans la rue avec des troubles mentaux est aujourd'hui bien documentée dans diverses grandes villes européennes. Le cumul de l'exclusion sociale et de problématiques psychiatriques rend difficile le travail des professionnels.

2. CREATION 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 ?

[1] 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.

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'usager ? Comment donner à ce dernier sa place de partenaire dans des projets de soins et d'accueil ? Comment soigner dans les lieux d'accueil, d'hébergement ou dans la rue ? Comment accueillir dans les lieux de soins ?

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

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

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 » ;
- L'accompagnement, via l'accès à un logement, de personnes sans-abri les plus éloignées du logement, de l'aide et du soin, et qui cumulent problèmes de santé mentale et d'assuétudes ;
- La diffusion es 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 en intégrant leurs spécificités respectives, 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, projet Housing First, partenaires du Réseau, groupes d'intervision, Tables d'échanges, etc.

6. PARTENAIRES ET SPECIFICITES DE LEURS PUBLIC-CIBLES

Le public-cible du SMES-B et de ses partenaires 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, psycho-sociaux et médicaux 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, l'intervenant semble aujourd'hui encore bien souvent démuni. 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 ligne, 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.

Le Réseau 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. PRESENTATION DE LA CELLULE D'APPUI DU SMES

1.1 Historique

La Cellule d'appui a été créée en 2002 par le SMES-B, grâce à l'octroi de subventions allouées par les Ministres de la Santé et des Affaires Sociales de la Commission Communautaire Française, renouvelées annuellement.

C'est au sein des intervisions 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'intervision par celle d'intervention : aller à la rencontre des personnes et des intervenants, construire ensemble en garantissant à l'usager un statut de partenaire d'un projet auquel il participe, là où il vit, à la rue, dans un centre d'hébergement, etc. Il s'agit d'éviter le morcellement dont il est si souvent l'objet.

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.

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.

La conception de la Cellule d'appui s'est inscrite d'emblée dans la démarche globale du SMES-B : la mise en place de projets à l'intersection de la santé mentale et de la grande précarité.

1.2 Description du projet

La Cellule d'Appui médico-psychologique d'intersection entre la santé mentale et l'exclusion sociale, du SMES-B (Santé Mentale et Exclusion Sociale) est un des dispositifs du SMES-B, tout comme le Réseau Santé et le projet Housing First.

1.2.1 Mission

La Cellule d'Appui a comme mission :

- Faciliter l'accès aux soins (en particulier aux soins psychiques) et à la continuité des soins ;
- Faciliter la réinsertion dans le circuit de soins de personnes en grande précarité et des personnes isolées, en souffrance psychique et sans demande d'aide explicite ;
- Prévenir les situations d'exclusion sociale en facilitant une meilleure connaissance et une plus grande acceptation des problématiques de santé mentale par les institutions qui ont en charge l'accueil et l'accompagnement du public cible.

L'équipe de la Cellule d'Appui vient en soutien aux professionnels autour de situations complexes et inquiétantes dont les problématiques de santé mentale sont étroitement liées à une désinsertion progressive ou à une précarité sociale chronique.

L'équipe répond à la demande d'un professionnel du social et/ou de la santé (travailleurs de rue, maisons médicales, maisons d'accueil, logements sociaux, etc.) confronté à une impasse dans la prise en charge ou l'accompagnement d'un usager qui souffre de troubles psychiques et subit une situation de grande exclusion sociale. Il s'agit de personnes qui sont dans la rue, dans les centres d'hébergements, logements sociaux, etc.

La Cellule d'Appui est un dispositif mobile, premier pas vers un accès à l'aide et aux soins pour les personnes en situation de grande précarité.

1.2.2 Public cible

Personnes en grande précarité, isolées, en souffrance psychique et sans demande d'aide explicite ou en refus de soins. Cependant, les demandes d'interventions sont adressées par les professionnels qui suivent ces personnes**.**

1.2.3 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.

1.2.4 Source de Financement

En 2016, la Cellule d'appui, a bénéficié de plusieurs sources de financement :

- Une subvention annuelle de la COCOF en tant que projet reconnu comme Initiative Santé ;
- Une subvention annuelle du SPF Santé Publique dans le cadre du projet « Outreaching ».

Le Smes-B bénéficie également d'une subvention de la COCOM dans le cadre de l'aide aux personnes.

1.2.4 L'équipe

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

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

Au début de 2016, l'équipe se composait comme suit :

- D'une psychiatre (0,35 ETP) ;
- D'une psychologue (0,5 ETP) ;
- D'une thérapeute (0,5 ETP) ;

- D'une coordinatrice (0,3 ETP) ;
- D'une assistante sociale (0,4 ETP).

Compte tenu des conséquences des modifications en termes de financement, le temps de travail s'est vu réduit dans le courant de l'année. Le travail de la Cellule d'appui a dû donc s'adapter aux changements d'équipe. Le temps de travail en 2016 était nettement insuffisant pour que le projet puisse répondre à toutes les demandes qui lui ont été adressées, qui soit sont en augmentation, ou pour lesquelles l'intensité de la prise en charge s'avère être de plus en plus importante.

Il faut noter, par exemple, qu'en 2016 plusieurs demandes d'intervisions dans les institutions d'accueil du public cible ont dû être refusées faute de temps de travail suffisant. Le nombre de formations sur « la santé mentale et la précarité sociale » a diminué par rapport aux années précédentes et un nombre important de demandes reçues n'ont pas pu être traitées d'une façon plus proactive et par conséquent des dossiers n'ont pas été ouverts.

1.3 Les objectifs, intervisions et méthodologie de travail

1.3.1 Les objectifs

La Cellule d'Appui se décline autour de quatre objectifs généraux :

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

D'un point de vue opérationnel, les activités 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 à 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 intervisions, des formations, ou dans le travail quotidien des institutions, permet :

- De rendre les travailleurs des maisons d'accueil ou des 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 ;
- Garantit la continuité de la prise en charge entre les hospitalisations et les hébergements en maison d'accueil ou dans une autre structure.

1.3.2 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'intervisions ;
- La sensibilisation/formation aux problématiques de santé mentale.

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.

Les intervisions

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'intervision sont programmées de manière concertée.

Ces intervisions 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.

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.

1.3.3 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 Commune1. 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'usager.

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.

1.3.4 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.

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.

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.

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.

1.3.5 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'usager, 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'usager. 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.) ».

1.3.6 La méthodologie 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 débloquer les situations d'impasse en mobilisant les ressources en présence.

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.

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.

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.

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.

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.

1.3.7 Les impacts et les effets perçus

Au niveau des institutions

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.

Au niveau des usagers

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.

1.3.8 Valeurs

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

1.4 Le système demandeur

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

2. PROJET SPECIFIQUE : Le projet « Outreaching des adultes »

Le projet « Outreaching des adultes » s'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.

Le projet « Outreaching des adultes » s'inscrit dans la philosophie du « Assertive Outreach », fruit du processus de désinstitutionalisation 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, elle n'est qu'une option parmi d'autres dans la trajectoire du patient.

Plus spécifiquement, la finalité de ce 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 (restaurant social) et/ou hébergé à La Rive (Maison d'Accueil).

Les actions en 2016
L'année 2016 a été une année de transition pour le projet « Outreaching des Adultes » et ses objectifs. Suite à la décision du ministère de la Santé, à partir de 2017, les moyens financiers du projet seront réaffectés à la création, dans le cadre de la Réforme en Santé mentale, de l'Antenne Précarité – Santé Mentale.

Le Smes-B et la Cellule d'Appui ont collaboré de manière très étroite avec les partenaires[2] impliqués dans ce projet afin de mettre en place une équipe spécialisée dans la prise en charge globale du public en situation de grande précarité. La volonté première du dispositif et des acteurs en présence, en ce compris le niveau fédéral, était de s'appuyer sur l'expertise des asbl porteuses des projet Outreaching des Adultes et mettre en place un dispositif intégrant l'expérience de ces institutions avec le public cible et développant des collaborations très étroites entre les partenaires.

Les actions se fondent sur la méthodologie de travail développée par la Cellule d'appui et elles s'articulent autour de deux axes : soutien aux professionnels autour de situations reconnues dans l'impasse et soutien de l'usager au travers du professionnel « porte-parole/ressource de confiance ».

[2] Centre Hospitalier Jean Titeca, Source asbl, Samu Social

3. LE COMITE DE REFLEXION

Mis en place en 2016, ce comité de réflexion a remplacé le Comité de pilotage créé à l'origine du projet de la Cellule d'Appui.

L'équipe de la Cellule, en accord avec les instituions partenaires, a décidé de renouveler la formule d'échanges 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 partages et en sujets à débattre.

En 2016, deux rencontres ont eu lieu autour d'une thématique spécifique, directement liée au travail de la Cellule d'Appui. Elles ont rassemblé les membres du comité de pilotage ainsi que des partenaires proches de la Cellule d'Appui. Dans un premier temps, un expert a exposé le sujet choisi, ses enjeux et perspectives. Une séance de questions y a fait suite. Dans un second temps, les membres de la Cellule d'Appui ont présenté une vignette clinique qui a été travaillée avec le groupe, afin de dégager pistes de travail et constats.

Ce comité est composé de 9 membres :

- Mallorie Van den Nyden, directrice de Fami-Home ;
- Catherine De Blauwe, médecin généraliste à la Maison médicale des Riches-Claires ;
- 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 ;
- Séverine Galopin, assistante sociale du SASLS ;
- Christine Noël, coordinatrice du Réseau Santé du Smes-B ;
- Les membres de l'équipe Housing First.

Les thèmes abordés ont été :

- « L'Administration des biens et de la personne »
  Expert : Maitre DUPUIS, avocat et administrateur des biens et de la personne ;
- « Les Maisons Médicales, leur rôle dans la prise en charge des personnes sans-abri et en situation de grande précarité »
  Expert : Dr. DE BLAUWE, médecin généraliste à la Maison médicale des Riches-Claires.

4. ACTIVITES DE LA CELLULE D'APPUI

4.1 Activités institutionnelles et de réseau – (re)présentations extérieures

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. La coordinatrice participe également, comme invitée, aux instances décisionnelles et organisationnelles du SMES-B : Conseil d'administration, Assemblée générale.

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.

Réseau SMES-B
Un membre de l'équipe a co-animé, avec un intervenant issu du secteur sans-abri un groupe d'intervisions et a participé à la préparation et à l'évaluation du cycle 2015-2016. Cette implication a consisté en 12 séances d'intervisions.

Projet Housing First
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.

Rencontres inter-équipes
La Cellule d'appui a été sollicitée par d'autres institutions pour une présentation du projet. Ces rencontres favorisent la connaissance du réseau psycho-médico-social de l'équipe et lui permettent d'appréhender les logiques de travail d'équipes et institutionnelles. Cette connaissance fine des contextes d'interventions et de prise en charge du public cible facilitent des réorientations adéquates et pertinentes au regard du profil et des besoins de certains patients.

D'autre part, pouvoir (re)clarifier la spécificité des missions de l'équipe, de sa méthodologie et de son public cible est essentiel.

En 2016, 9 services ont été rencontrés :

- Fédération des Maisons Médicales ;
- Equipe SPAD Mons ;
- Maison d'Accueil « Les trois Pommiers » ;
- Maison d'Accueil « Home du Pré » ;
- Coordinatrice réseau Marolles ;
- La CASS (Schaerbeek) ;
- Equipes mobiles 107 : TELA, EMC, TANDEM PLUS, dans le cadre de « journées d'immersion», concernant la mise en place du projet « Antenne Précarité 107 ».

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 au public.

4.2 Les séances d'intervision

En 2016, l'équipe de la Cellule a réalisé 12 séances d'intervisions, à raison de quatre séances par institution.

- CPAS de Berchem – Sainte-Agathe ;
- Maison d'accueil pour femmes en détresse « Talita » ;
- JES – Equipe d'éducateurs de rue.

4.3 La sensibilisation/formation aux problématiques de santé mentale

Cinq séances de formations ont été organisées à partir des demandes précises des institutions. Le thème général étant la santé mentale, les séances ont été adaptées aux besoins et questionnements de chaque institution concernant les médicaments et la psychose.

- Maison d'accueil pour femmes en détresse « Talita » ;
- « Santé mentale, psychiatrie et précarité » Fédération Bico (Fédération des maisons et initiatives d'accueil et d'accompagnement en faveur des personnes en difficulté et des sans-abri à Bruxelles).

4.4 Développement et promotion de pratiques intersectorielles novatrices

En 2016, la Cellule d'Appui a été reconnue comme « Pratique innovante » par le SPF Santé Publique et est inclue dans le Manuel de Pratiques Innovantes[3] publié par le SPF Santé Publique.

Participation à la conception et à la mise en œuvre de dispositifs novateurs

- Mise en œuvre de l'équipe mobile Antenne Précarité 107 dont elle fait partie ;
- Animation des séances d'Intervision du SMES.

Groupes de travail

- Groupes de travail « Equipes psychiatriques mobiles », initiés par la Plateforme de Concertation en Santé Mentale de la Région de Bruxelles-Capitale ;
- Groupe de travail Equipes mobiles 107.

4.5 Interventions publiques de la Cellule d'Appui

- Journée Intégration des projets pilotes « Précarité-Santé Mentale » au Pool 107 pour la Région Bruxelloise ;
- « L'assistant social et la santé mentale » - Table Ronde IESSID ;
- « Valoriser le consensus Européen: un levier pour vaincre le sans-abrisme. » FEANTSA - Conférence Européenne ;
- Présentation du travail de la Cellule d'Appui lors de la Journée d'information des projets inclus dans le Manuel de Pratiques Innovantes - SPF Santé Publique ;
- Présentation des équipes de soins psychiatrique à domicile - 'Zorgknooppunt-Overleg" ;
- « Qui mène la danse ? » Animation des workshops - Congrès Précarité et Santé Mentale – CASS.

4.5 Interventions

- « Réflexions sur une pratique singulière d'intervention en réseau dans les logements sociaux » in L'observatoire, n°89 ;
- « La Cellule d'Appui du SMES : un appui aux travailleurs, un soutien aux sans-abris » Article. Summer 2016, n°23. FEANTSA, revue électronique.

[3] http://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide_FR.pdf

5. ANALYSE DE DONNEES

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.

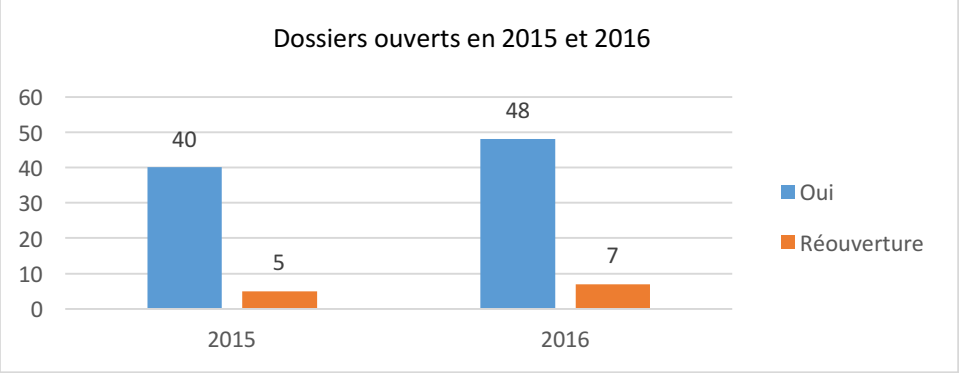
Pour évaluer notre activité, il nous a fallu développer un outil de recueil de données (tant quantitatives que qualitatives) plus pertinent, concernant non seulement le public ciblé (institutions et usagers), mais également nos modes d'intervention.

5.1 Dossiers

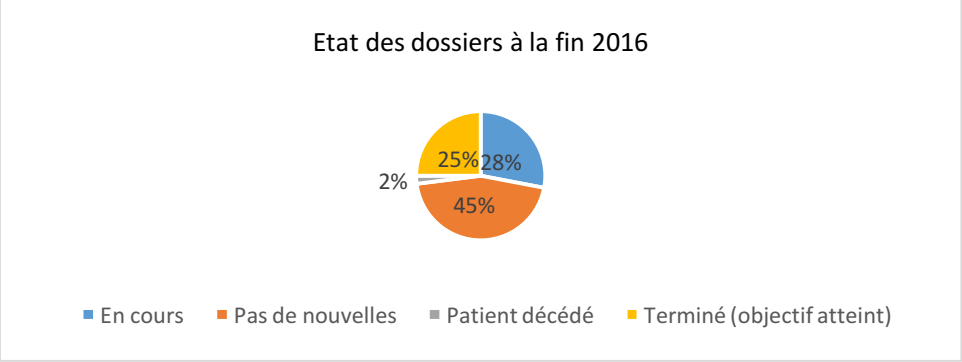
88 dossiers étaient actifs au début de l'année 2016. La Cellule d'Appui a reçu 87 nouvelles demandes en 2016, dont 55 ont fait l'objet d'une ouverture de dossier. Les données concernant la « non ouverture de dossier » (32 demandes), seront analysées séparément.

5.1.1 Dossiers ouverts

Le nombre de dossiers ouverts en 2016 a été légèrement supérieur à celui de 2015, ce qui confirme la place que la Cellule d'Appui occupe dans le réseau précarité - sans abri et dans le secteur de la Santé Mentale.



5.1.2 Etat des dossiers à la fin 2016



A la fin de l'année 2016, 28 % des dossiers étaient toujours « en cours ». Il s'agit de situations pour lesquelles nos interventions sont toujours nécessaires, soit au niveau du travailleur, de l'institution et/ou du réseau ou de l'usager.
45 % des dossiers traités restent actifs mais « en veille ». 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-2017.
Il faut noter également que 25% de situations ont été clôturées. Il s'agit des suivis dont les objectifs sont atteints, à savoir : la situation est stabilisée au niveau social et/ou médical ou bien l'usager a été réorienté vers un service d'aide spécifique à sa situation psycho-sociale.

5.1.3 Nouvelles demandes sans ouverture de dossier

32 demandes reçues en 20016 n'ont pas donné lieu à une ouverture de dossier. Cependant, pour certaines d'entre elles, différentes interventions ont été effectuées par l'équipe : (discussion en équipe, plusieurs appels téléphoniques, rencontre avec le travailleur).

Les motifs pour lesquels l'équipe n'a pas ouvert un « dossier », peuvent être regroupés comme suit :

Le patient/usager ne rentre pas dans les critères du public cible - Demande réorientée	16
Le professionnel n'a pas donné suite à la demande	15
La demande ne rentre pas dans les missions de la Cellule - Demande réorientée suite à la rencontre avec l'équipe demandeuse.	1
TOTAL	32

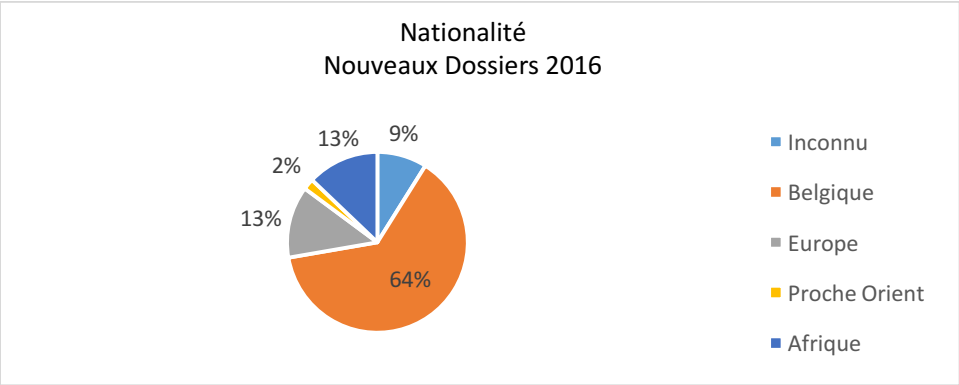
Par rapport au critère : « public cible », il faut rappeler qu'il s'agit de personnes qui cumulent une grande précarité et des problématiques psychiques, qui sont dans le refus de soins ou sans demande d'aide explicite. Ainsi, les demandes concernant des personnes en logements privés qui cherchent de l'aide au niveau social ou psychologique sont traitées en équipe, par téléphone, mais elles sont réorientées vers le réseau de la santé ou du social existant.

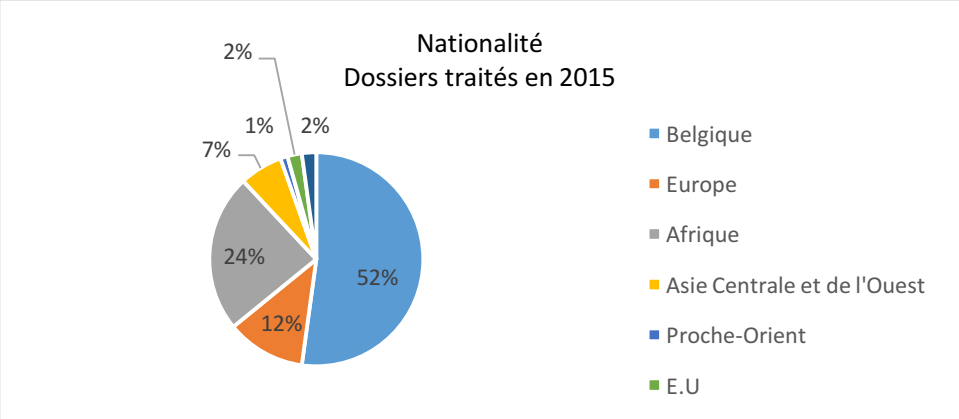
5.2 Données concernant les usagers

5.2.1 Nationalités et origines

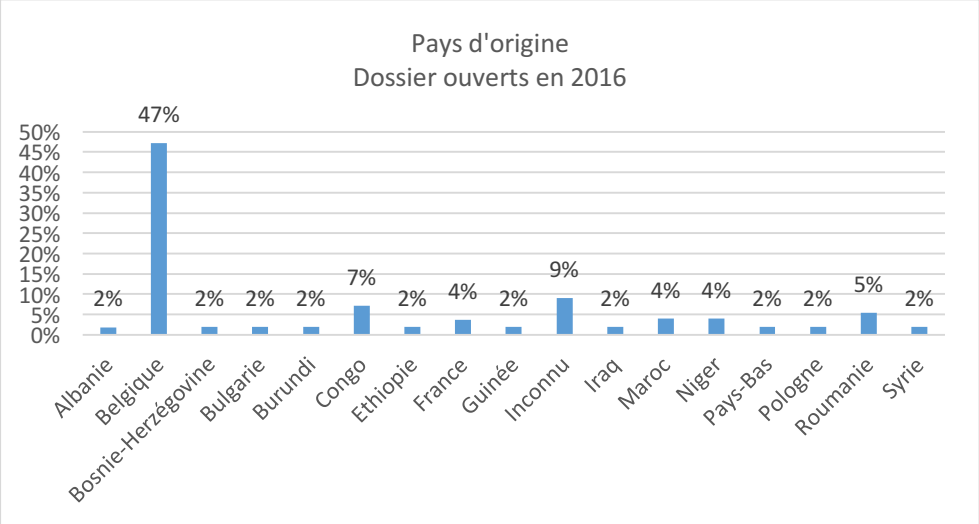
Comme en 2015, plus de la moitié des usagers sont de nationalité et d'origine belge.
On remarque même en 2016 une augmentation du pourcentage de « nationalité et origine belge » par rapport à l'année 2015.

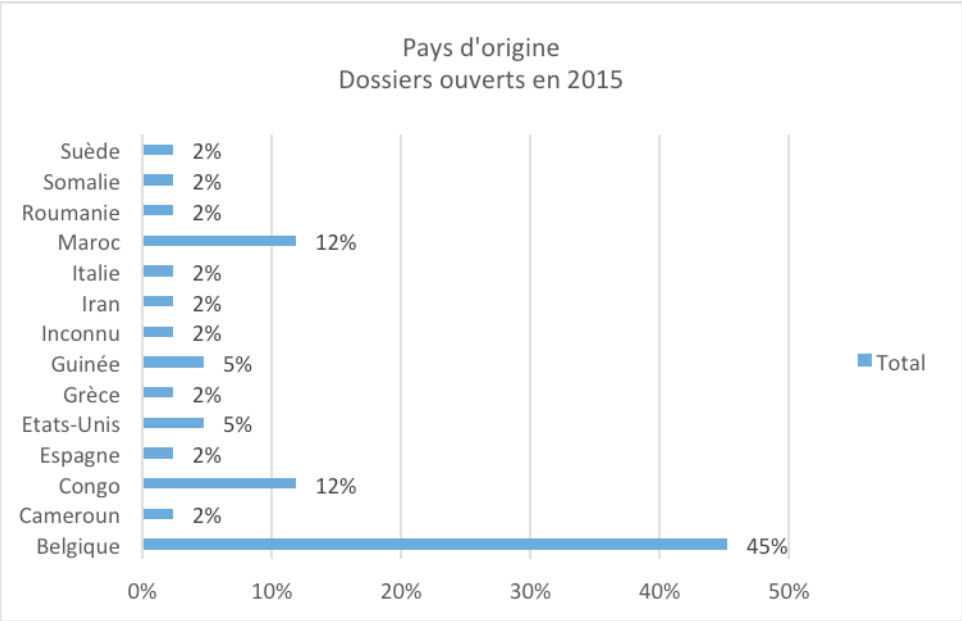
Il faut noter que la plupart des institutions qui ont fait appel à la Cellule d'Appui accueillent un public qui doit être en condition de « séjour légal » en Belgique et qui est, ou pourra être, « en ordre administratif », ce qui pourrait expliquer en partie le « nombre de nationalité et origine belge » que l'on trouve dans nos statistiques.





Les pays d'origine les plus fréquents, hors Belgique, sont ceux du continent Africain et on remarque une légère augmentation des pays européens, en particulier de la Roumanie.

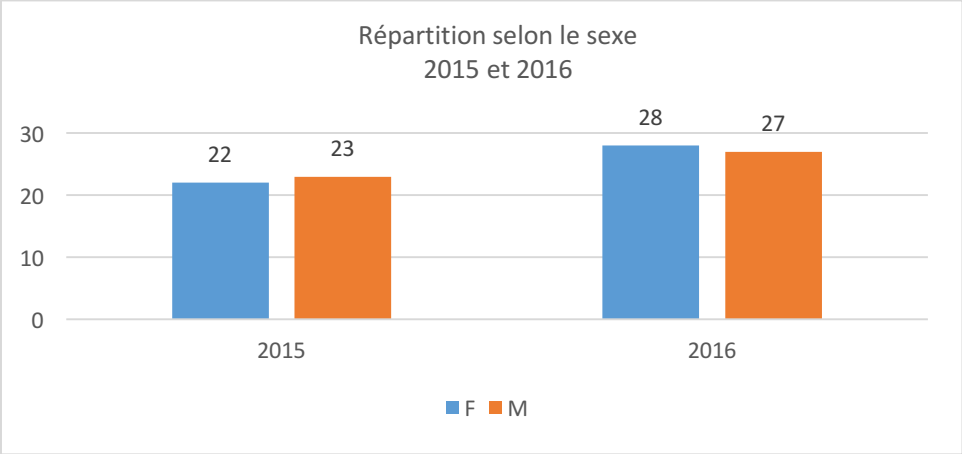




Nous avons mené des entretiens en 5 langues : le français, le néerlandais, l'anglais, l'arabe et l'espagnol. Le caractère plurilingue de notre équipe est donc essentiel.

5.2.2 Répartition selon le sexe

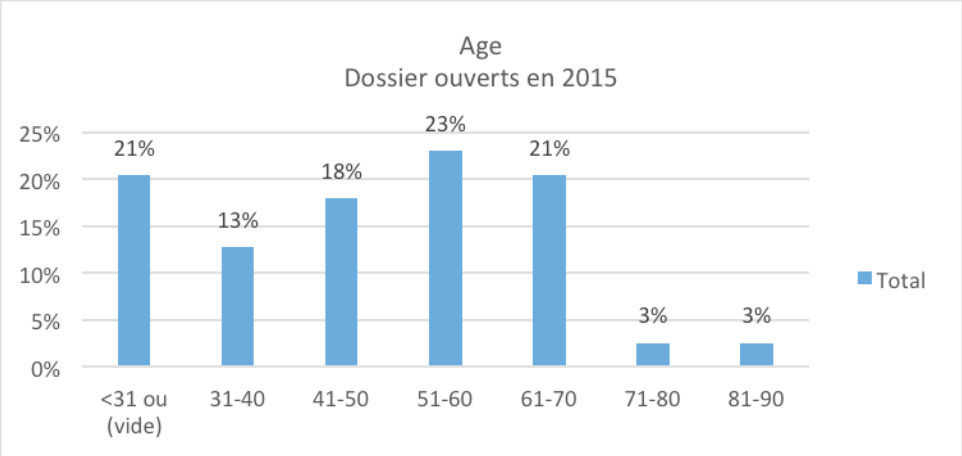
Jusqu'à l'année dernière, la Cellule d'Appui recevait plus de demandes concernant des usagers hommes que pour les femmes. Les chiffres de 2015 confirmaient cette tendance même si la différence n'était pas trop significative.
Bien qu'en 2016, la différence reste minime entre le nombre d'usagers « femme et homme », nous restons attentifs à une possible tendance à l'augmentation du nombre de « femmes » pour lesquelles les intervenants « s'inquiètent ».
Sont-elles devenues plus fragilisées ? La précarité touche-t-elle, à l'heure actuelle, plus de femmes ? Les réseaux d'accueil et d'accompagnement pour femmes sont-ils saturés ?
Voilà quelques questions que nous posent ces chiffres, questions qui pourront nous orienter dans notre travail en 2017.

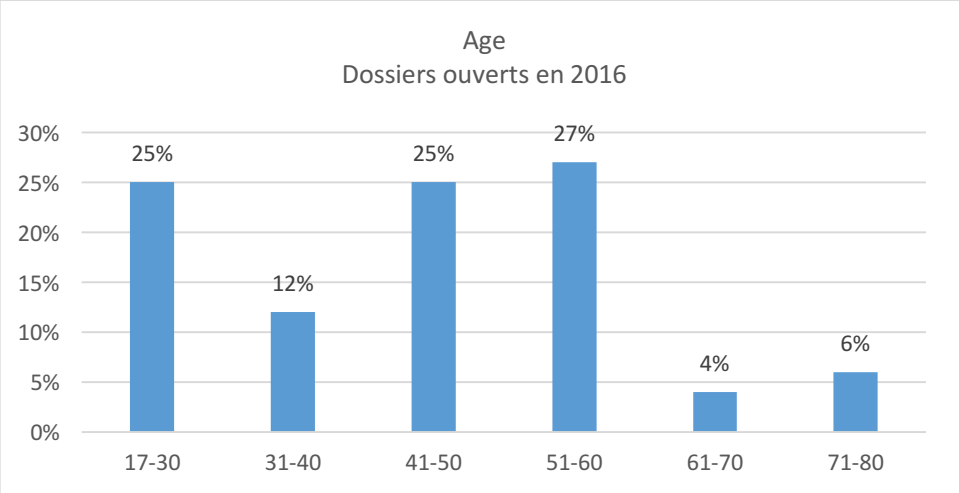


5.2.3 Répartition selon l'âge

La Cellule d'Appui accompagne uniquement les situations de personnes majeures. La tranche d'âge pour laquelle le réseau continue à solliciter le plus la Cellule d'Appui est celle des 51-60 ans.

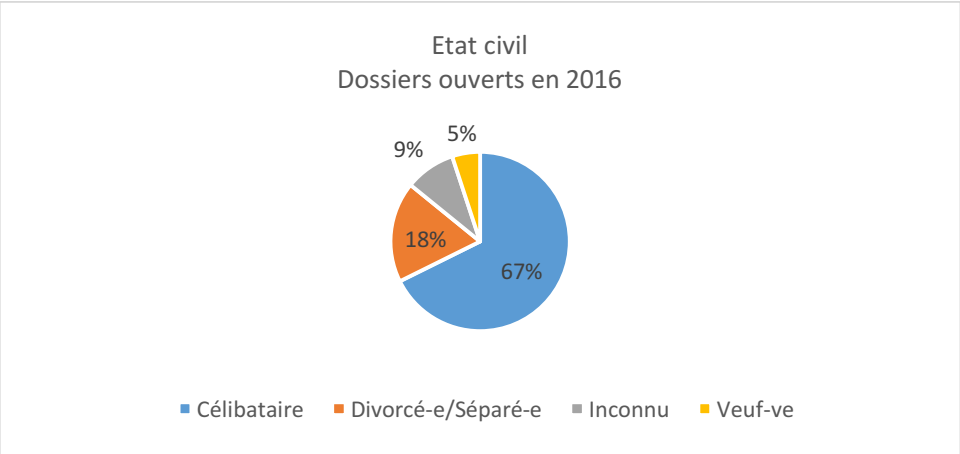
On observe une légère augmentation des jeunes de moins de 30 ans, ainsi que dans la tranche d'âge 41-50 ans.





5.2.4 Etat civil

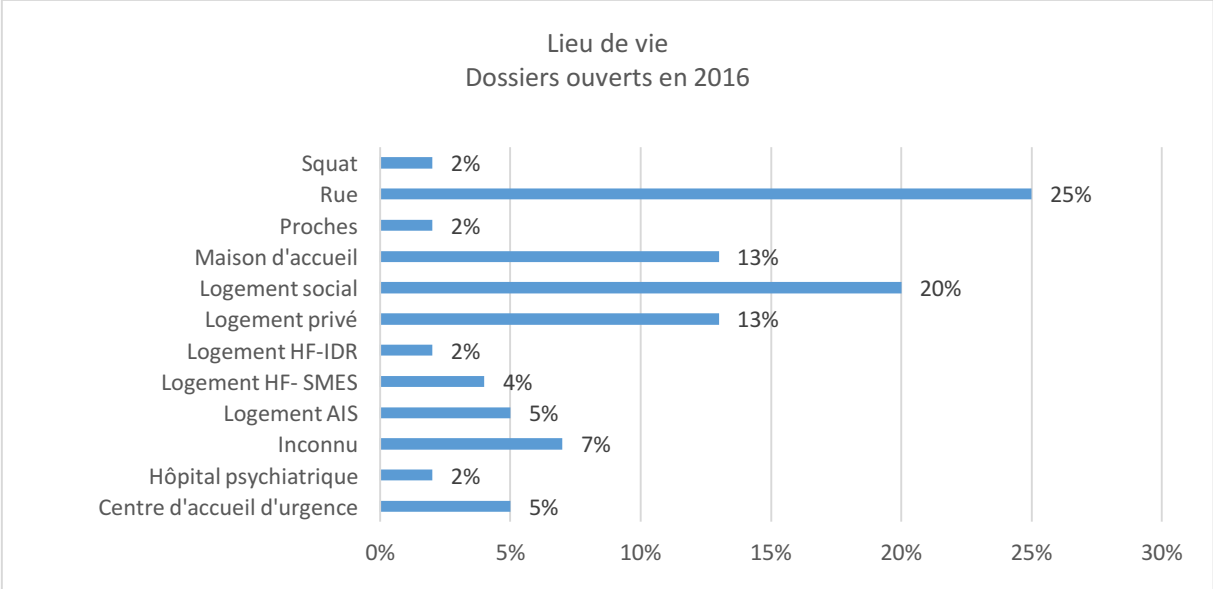
D'après les données obtenues en 2016, aucune demande reçue ne concernait de personnes en couple ou en famille. Toutes les personnes pour lesquelles les professionnels ou l'entourage ont fait appel à la Cellule d'Appui, étaient « isolées ». Ceci confirme l'importante du travail de la Cellule d'Appui vis-à-vis du public cible, isolé, car leur situation d'isolement accentue la fragilité psychique des patients, les crises et la difficulté des travailleurs à s'appuyer sur un réseau existant.

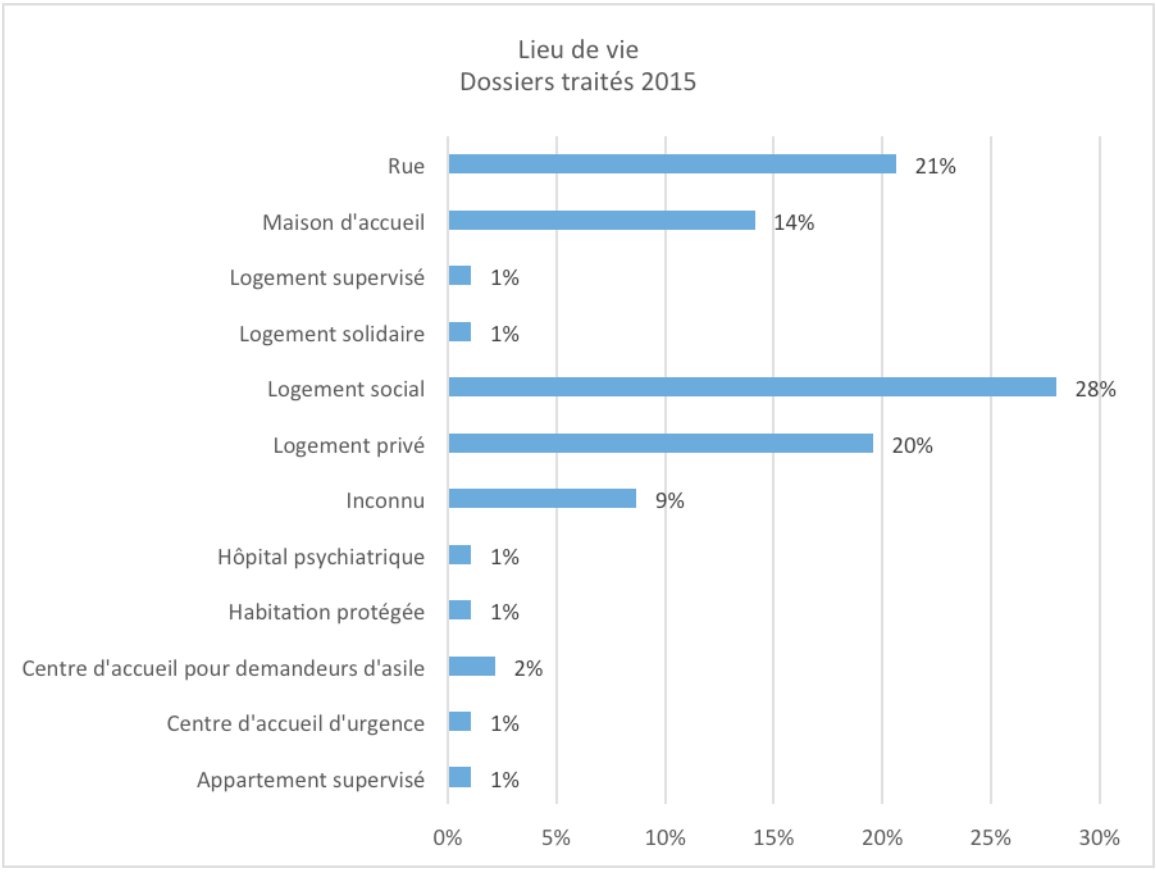


5.2.5 Lieu de vie

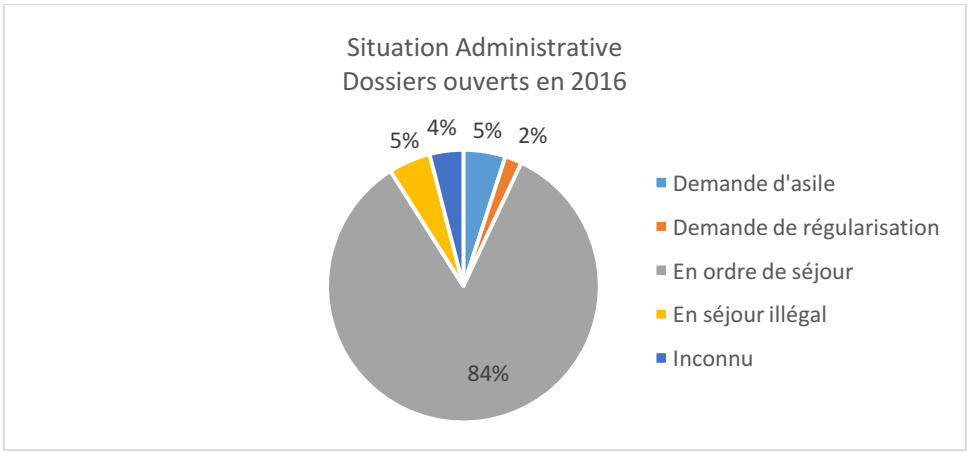
Par rapport aux dossiers traités en 2015, 2016 confirme l'augmentation du nombre de demandes concernant un public en logement mais isolé et en grande précarité, suivi par des assistants sociaux qui se trouvent dans l'impasse dans l'accompagnement des usagers au niveau social et/ou médical.

Le secteur sans-abri (maisons d'accueil, centres d'accueil et travailleurs de rue) continue à être un système demandeur important de la Cellule d'Appui. Un nombre important d'usagers sont « sans domicile fixe » : 47%, et seulement 18% d'entre eux se trouvent dans une institution avec un projet de réinsertion (maison d'accueil, centre d'accueil) au moment où la demande nous a été adressée.

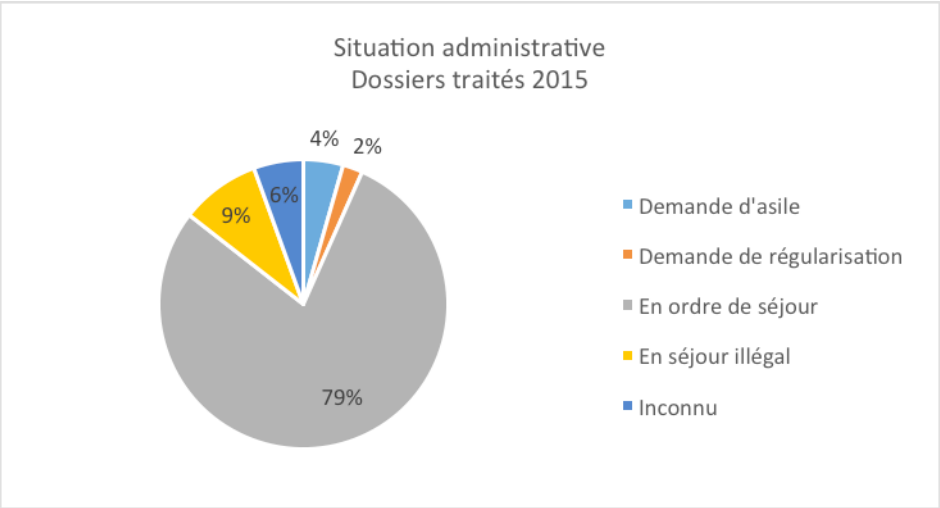




5.2.6 Situation administrative

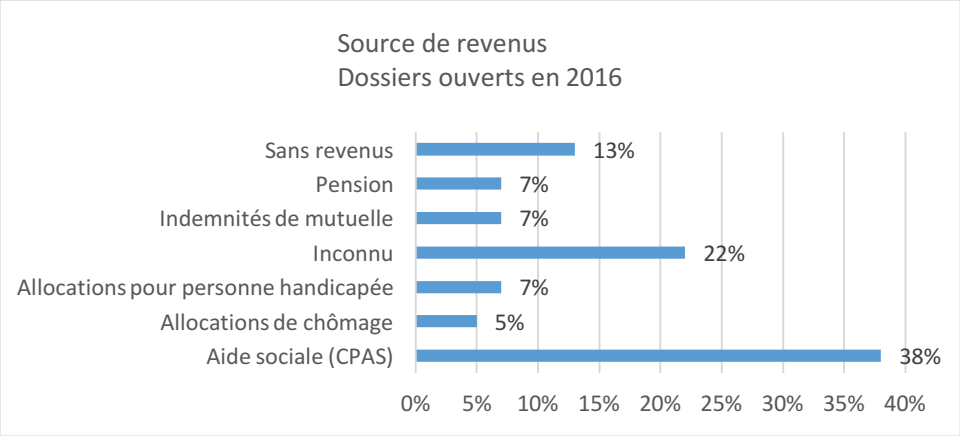


Comme l'année précédente, un nombre important d'usagers (84%) se trouve en ordre de séjour et seulement 5% en séjour illégal. Ceci est en lien avec « le lieu de vie » des usagers comme nous l'avons évoqué précédemment, et leurs conditions d'accès.



5.2.7 Source 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. Cependant, nous n'avons pas d'information concernant 22% des usagers. Ceci correspondant aux usagers accompagnés par diverses institutions (maison d'accueil, service d'accompagnement à domicile, travailleurs de rue, etc.). Cela s'explique par le fait que le référencement de la source n'est pas systématique, la priorité étant donnée à l'anamnèse du patient, de son parcours au sein de l'institution et aux informations relatives à la santé mentale.



5.3 Diagnostics

5.3.1 Troubles psychiques

Compte tenu du public cible (personnes qui cumulent troubles psychiques et grande précarité sociale), les travailleurs qui font appel à la Cellule d'Appui sont pour la plupart inquiets de leur état de santé mentale (cf. Motifs de demandes). Ainsi, le diagnostic psychiatrique n'étant pas un but en soi, il a une implication en termes de médication, d'apaisement des symptômes positifs et d'orientation du projet d'intervention.

Un diagnostic psychiatrique a été établi pour 66% des usagers. Les troubles les plus fréquents (classification du CIM-10) ont été :

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	13%
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	53%
Troubles de l'humeur (affectifs)	11%
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	5%

Les symptômes positifs liés à la psychose (non spécifié, schizophrénie, troubles délirants…) restent une source d'inquiétude importante pour les travailleurs qui font appel à la Cellule d'Appui.

5.3.2 Troubles somatiques

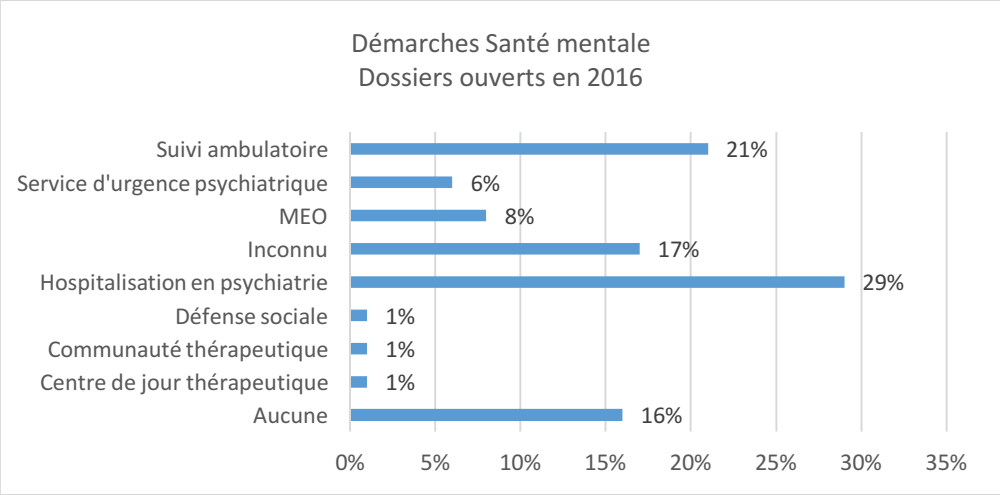
La méthodologie de travail de la Cellule d'Appui comporte une vision globale de l'usager et de la situation amenée par le travailleur. C'est pourquoi, l'équipe reçoit des demandes dont l'une des préoccupations du travailleur concerne aussi l'état de santé générale de l'usager.

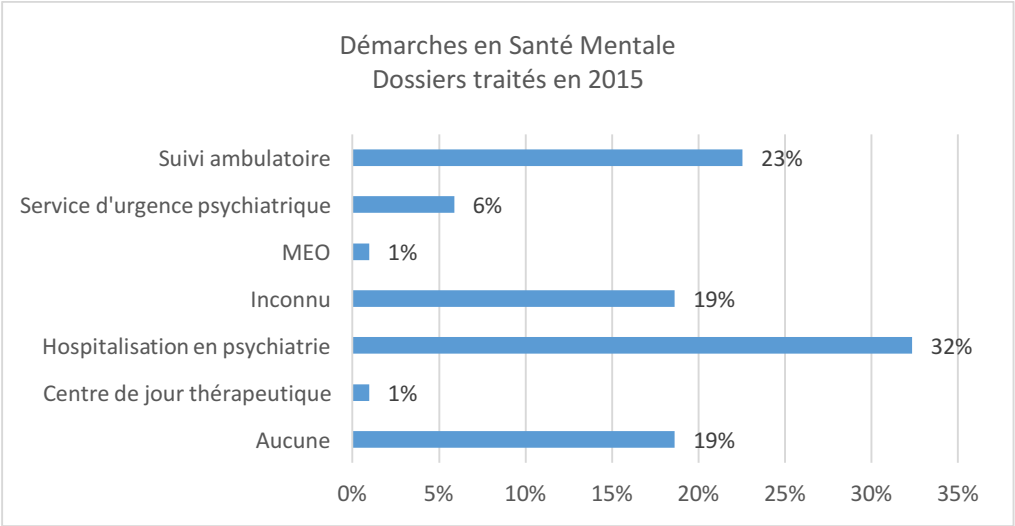
Sur les 171 dossiers actifs en 2016, seulement 62 usagers avaient des « troubles somatiques », dont les plus significatifs étaient : le VIH 20%, le diabète 24% et la cataracte 24%.

Ces chiffres ne nous indiquent que « les problématiques somatiques » prises en compte dans les interventions que l'équipe de la Cellule a faites en 2016, en lien avec les demandes des travailleurs. Ces chiffres ne montrent pas l'état de santé physique du reste des usagers pour lesquels l'équipe est intervenue en 2016.

5.4 Démarches dans le secteur de la santé mentale, antérieures à l'intervention de la Cellule d'Appui

35% des démarches antérieures à l'intervention de la Cellule d'Appui consistent en une hospitalisation ou une arrivée dans un service d'urgences psychiatrique. Il faut noter que 8% des démarches ont consisté en une Mise En Observation (MEO).





Seulement 21% ont été effectuées auprès d'un service ambulatoire, et très peu dans un centre de jour, ce qui confirme les données de l'année 2015. 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 dans la nécessité de notre fonction de liaison interinstitutionnelle pour assurer l'accès et la continuité des soins, même en cas d'hospitalisation.

5.5 Hospitalisation en 2016

A l'instar des années précédentes, on remarque qu'en 2016 le nombre d'hospitalisations est relativement faible et même inférieur à 2015, 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.

2016

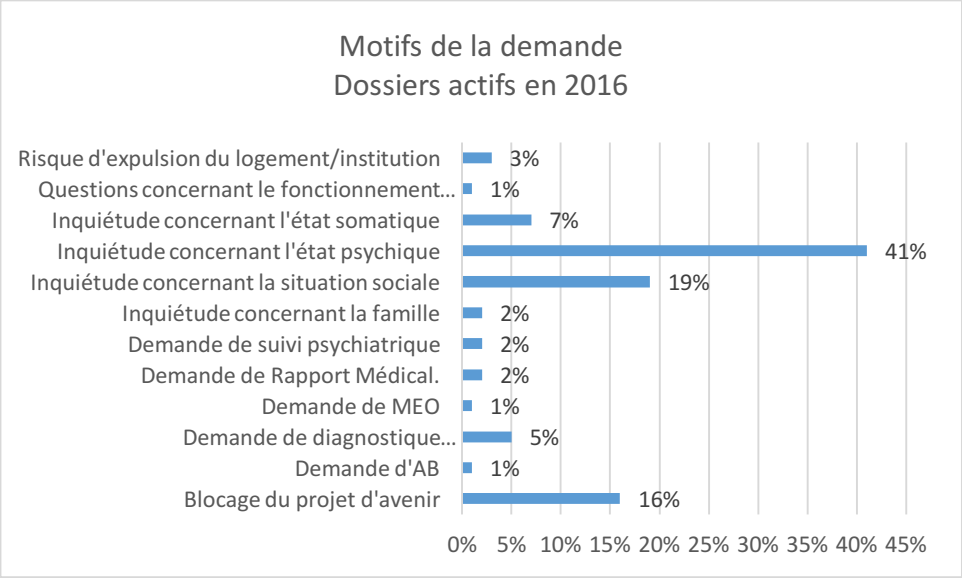
Hôpital général (troubles somatiques)	2
Hôpital psychiatrique	7

2015

Hôpital général (troubles somatiques)	8
Hôpital psychiatrique	15
Service psychiatrique d'un hôpital général	4

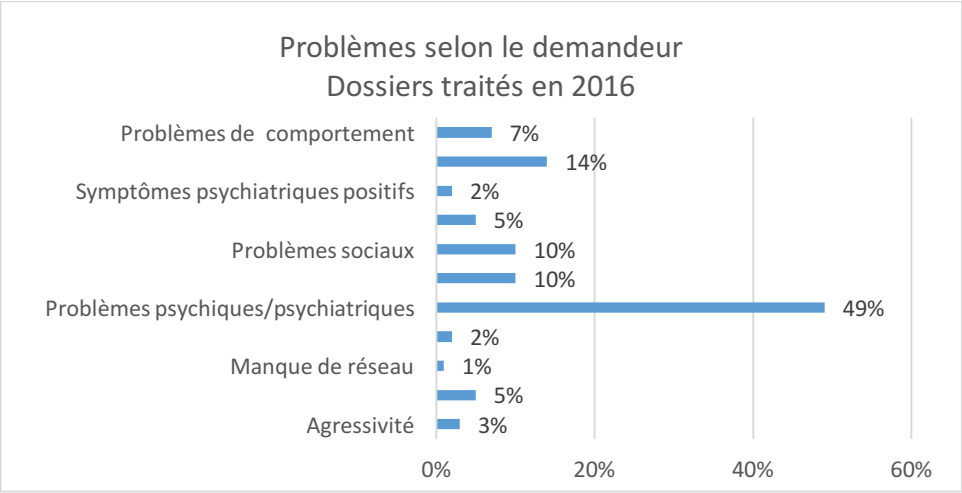
5.6 Analyse du système demandeur

5.6.1 Motif de la demande



Tout comme en 2015, la plupart des 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 et du blocage du projet d'avenir qui peut amener à une exclusion sociale plus importante et qui est lié à une problématique de santé mentale.

5.6.2 Problème dominant selon le demandeur



Comme les années précédentes, le problème prédominant, selon les envoyeurs/demandeurs, dans la situation de travail avec l'usager est d'ordre psychique. Viennent ensuite les problèmes liés aux assuétudes, ce qui apparait avec plus d'évidence cette année par rapport aux années précédentes.

Comme ce fut évoqué précédemment, la Cellule d'Appui tient en compte dans les interventions de l'équipe, du motif de la demande et de la lecture que les intervenants font de leurs impasses dans le travail qu'ils mènent

avec les usagers. L'intervention de la Cellule d'Appui « au niveau du système demandeur », essentiellement « les entretiens avec le travailleur », permet, au niveau du travailleur, de dédramatiser la situation, d'accepter les difficultés liées à la maladie mentale et au niveau de l'institution d'adapter leur prise en charge aux problématiques diverses et complexes qui caractérisent le public cible.

5.6.3 Secteur

Les 55 dossiers ouverts en 2016 sont répartis en :

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

5.6.4 Institutions

Les dossiers ouverts en 2016 résultent de demandes de 36 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. 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.

Service d'aide à la Jeunesse

1. SAJ

Aide au logement

2. AIS-Jette

Aide aux personnes âgées

3. INFOR-HOMES

Centre d'accueil de jour

4. La Rencontre
5. Samaritaine

Centre d'accueil d'urgence

6. Ariane
7. Samu Social

Centre de crise et d'accompagnement non-mandaté pour adolescent(e)s

8. ABAKA
9. SOS Jeunes

CPAS

10. CPAS de Bruxelles

11. CPAS- Molenbeek Saint-Jean
12. CPAS- Uccle

Hôpital général

13. Clinique Saint Luc

Logement à caractère social

14. Ais Saint Gilles

Logement social

15. Binhome UCCLE
16. Foyer Ixellois
17. Foyer Laekenois

Maison d'accueil

18. CAW Archipel - Albatros
19. Foyer Bodeghem
20. Home Baudouin
21. Maison d'Accueil Escale
22. Maison d'Accueil L'Ilot38
23. Talita

Maison médicale

24. Maison Médicale Cité Santé - Laeken
25. Maison Médicale Couleurs Santé
26. Maison Médicale de Jette
27. Maison Médicale Marolles

Service d'accompagnement à domicile

28. Fami-Home
29. Puerto

Service de Santé mentale

30. Antonin Artaud – SSM

Service médical

31. CASO- Médecin du Monde

Service social

32. CAW
33. Habitat et Rénovation - Projet de Cohésion Sociale Potiers Vautours
34. Quartier NORD CAW

Travail de rue

35. Diogènes
36. Infirmiers de Rue
37. Jes

5.7 Interventions de la Cellule d'Appui

5.7.1 Au niveau des usagers

L'équipe de la Cellule d'Appui a réalisé 189 interventions au niveau des usagers :

Nombre d'interventions psychiatriques	37
Nombre d'interventions psychomédicosociales	25
Nombre de démarches sociales et/ou d'accompagnements	15
Nombre de rapports médicaux	7
Suivis en réunion d'équipe (réunion clinique)	102

La modalité d'intervention « au niveau des usagers » tient en compte la demande du travailleur et elle est décidée en équipe suite aux réunions cliniques. Celles-ci permettent à l'équipe l'analyse détaillée et fine de la demande reçue.
La complexité de la situation du point de vue social et psychique, les inquiétudes du travailleur, le parcours institutionnel et de vie de l'usager, la réactivité du réseau, entre autres, déterminent la pertinence de l'intervention de la psychiatre, de la thérapeute, de la psychologue ou de l'assistante sociale.

Du total d'interventions « au niveau des usagers », 42 % concernent « une prise en charge temporaire », à savoir, des interventions psychomédicosociales. Ceci représente une diminution de 20% par rapport à l'année 2015 (66%). Ce constat confirme la méthodologie de travail de la Cellule d'Appui, laquelle se veut flexible et adaptée aux besoins du terrain et aux situations auxquelles l'équipe est confrontée. La fonction psychiatrique reste importante dans ces interventions vis-à-vis des professionnels et du public cible.

5.7.2 Au niveau du système demandeur et du réseau (primaire et secondaire)

En 2016, l'équipe de la Cellule a réalisé 446 interventions au niveau du système demandeur et du réseau qui se déclinent comme suit :

Rédaction de rapport médical	10
Entretien avec le réseau primaire	25
Entretien avec le réseau primaire et secondaire	16
Entretien avec le réseau secondaire	30
Accompagnement dans la rue	5
Concertation avec le demandeur et le patient	3
Concertation avec le demandeur et le réseau	20
Concertation avec le demandeur, le réseau et le patient	10
Entretien avec le demandeur et le patient	5
Entretien avec le travailleur	205
Entretien avec l'équipe	25
Contact téléphonique	102

6. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

En termes de conclusion, nous continuons à nous référer à l'analyse d'Olivia Troye[4] 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, agençant de façon originale des espaces, des temps, des techniques, des agents, en des dispositifs de type nouveau : une clinique hors cabinet »[5] et, ajoutons, une clinique mobile et réticulaire qui intervient sur la situation d'intervention elle-même.

6.1 Conclusions

6.1.1 Au niveau des institutions

- Les situations de blocage pour lesquelles les institutions font appel à la Cellule d'Appui (Cfr données statistiques : « Motifs de la demande » et « Problèmes selon l'envoyeur ») montrent que les symptômes et comportements liés aux troubles psychiques sont une source importante d'inquiétude pour le travailleur et la cause de blocage/impasse dans leur travail avec le public cible. Ceci est en rapport avec le fait qu'il s'agit d'un public qui n'a pas une demande explicite d'aide ou bien est dans le refus des soins ;
- La méthodologie et modalité d'interventions de la Cellule d'Appui offre un lieu tiers d'écoute et de réflexion, un moment de recul par rapport aux difficultés de la prise en charge intrinsèques au public cible ;
- Bien que les institutions du secteur de la grande précarité - sans-abri restent le « système demandeur » privilégié, nombreux sont les services qui travaillent au quotidien avec un public de plus en plus défavorisé qui cumule des problèmes de santé mentale et/ou d'assuétudes. (Cfr. Données statistiques : « lieu de vie », « demandeur »). Pour l'ensemble de ces institutions, la Cellule d'Appui est l'appui nécessaire pour « sortir de l'impasse, remobiliser le réseau, prévenir des situations d'exclusion sociale, et permettre, par la prise en charge temporaire de l'usager, l'accès aux soins sans condition » ;
- Le secteur du logement social et à caractère social est de plus en plus confronté aux difficultés inhérentes au public cible et les professionnels se retrouvent isolés dans leur travail. Des projets spécifiques, tels que celui du SASLS et de la Cellule d'Appui développés durant les années précédentes, ont montré leur efficacité et leur utilité pour les professionnels de ce secteur ;
- Les nombreux entretiens avec les systèmes demandeurs montrent les difficultés liées à l'accès aux soins psychiques du public cible, à la mise en place d'un circuit de soins adaptés, au maintien des soins dans le temps ;
- On constate également l'importance des formations en santé mentale et des dispositifs comme les

[4] Troye, O., *Renforcer les pratiques intersectorielles. L'intervention de la Cellule d'appui du SMES selon la perspective des professionnels-demandeurs*.
[5] Ion, J. et *al*., *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod, 2005, p. 18.

intervisions au sein des équipes. Une équipe non formée, sans l'appui des professionnels externes, a une énorme difficulté à accepter dans son institution des personnes qui souffrent d'une maladie mentale ou bien, elle peut exclure « trop » rapidement les personnes dont les comportements « trop psychotiques » dérangent.

6.1.2 Au niveau des usagers

- La plupart d'entre eux ont une situation sociale stable (en ordre de séjour et avec des revenus de remplacement). Ils sont « sans domicile fixe » (47%) et en « logements sociaux » (28%) ;
- Le diagnostic de psychose a été posé pour 66% des usagers. Cependant, on remarque que les démarches dans le secteur de la santé mentale ambulatoire sont très minces. Les hospitalisations psychiatriques et quelques MEO semblent être le « traitement » aux difficultés psychiques du public cible. La Cellule d'Appui permet la mise en place d'alternative à l'hospitalisation, son travail soutient un autre type de prise en charge, en ambulatoire ; parfois même en amont de la crise qui peut mener à une mise en observation ;
- Bien que la répartition selon le sexe des usagers n'ait pas beaucoup changé par rapport à l'année précédente, l'équipe se veut attentive à une possible tendance à l'augmentation du nombre de « femmes » parmi le public précarisé et/ou sans abri.

6.1.3 Au niveau des subsides

- Le financement structurel et pluriannuel de la Cellule d'Appui constitue un enjeu primordial pour pérenniser et développer le projet. La situation de la Cellule d'appui reste structurellement précaire et ce, depuis sa création en 2001 ;
- Il s'agit d'une part de stabiliser l'emploi pour permettre à l'équipe de mener à bien ses missions et pour maintenir l'expertise. D'autre part, il s'agit de permettre le développement de projets innovateurs et intersectoriels.

6.2 Perspectives

- 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 de formation est fondamental et doit s'inscrire dans la continuité ;
- Développer les axes d'intervision et de formation, notamment à destination de nouveaux champs d'activités et pouvoir rencontrer les besoins du terrain qui sont adressés au projet mais qu'il est impossible de prendre en charge aujourd'hui compte tenu des moyens ;
- Poursuivre le développement du travail de co-intervention avec l'équipe « Antenne Précarité 107 » dont le Smes-B est partenaire ;
- Poursuivre la visibilité de notre travail, la spécificité de notre méthodologie et ses apports, tant sur le terrain que dans des lieux de concertation et de réflexion.

Par une formalisation accrue de notre expertise, participer à la redéfinition de l'identité du SMES-B, essentielle dans la recomposition du champ de la santé mentale induite par la réforme en cours 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 reconnaissaient 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 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 avec 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 ». 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 le développement de 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 cinq 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'informations et de réflexions sur les bonnes pratiques de décloisonnement des secteurs psycho-médicosociaux ;
- 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 ;
- Mise en place de projets innovants répondant avec plus de facilités et de pertinence aux besoins du public cible et du réseau.

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 participe au développement et au co-pilotage des projets du Réseau et 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'Intervision 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'Intervision 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.

Afin de soutenir une meilleure connaissance des secteurs, des institutions et des pratiques, les groupes d'Intervision 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'Intervision se déroule sur trois heures et inclut la visite de l'institution hôtesse, accentuant ainsi la connaissance réciproque des deux secteurs.

4.1.1 Intervisions 2016

La seconde partie du cycle d'Intervisions 2015 – 2016 a eu lieu durant le premier semestre 2016.

En 2016, 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) :
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
		13/09/2016	07/07/2106

Cycle d'Intervisions du premier semestre 2016 (cycle 2015 – 2016)

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 (Groupe Usagers-Proches)
  - 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 2015 – 2016 a pris fin en septembre 2016 et a été évalué aussi bien par les participants que par les animateurs. Trois groupes ont été constitués, dont un néerlandophone. Ils ont réuni un total de 33 professionnels émanant de 31 institutions bruxelloises issues des secteurs du social, de la toxicomanie et de la santé mentale. Il faut également tenir compte de l'animation assurée par 6 intervenants, issus eux-mêmes paritairement des secteurs du social et de la santé mentale.

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 intervisions 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 prise en charge ambulatoire en matière de santé mentale des personnes sans-abris, les difficultés liées à l'accès des structures de soins par le public (même lorsqu'il est accompagné par des professionnels du secteur social/sans-abris) et les difficultés rencontrées par les institution, en ce spécifiquement celles qui proposent un hébergement, pour assurer une continuité dans l'aide et un maintien de ce public au sein de leur structure.

4.1.3 Perspectives

Compte tenu de la date de fin de ce cycle de supervision et du calendrier du Réseau, le prochain cycle de supervision débutera en janvier 2017.
Après chaque séance, les animateurs synthétisent les deux thèmes importants et les deux 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 2017. Cette évaluation permettra à nouveau de dégager les principales questions intersectorielles émanant du terrain qui pourront orienter les futures actions du Smes-B.

4.2 Tables d'échanges et Colloques

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 psychiquement 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.

En 2016, les questions amenées par les secteurs et les partenaires du Réseau et du Smes-B nous ont amené à organiser un événement de plus grande envergure qui visait à apporter des pistes de réponses co-construites avec les participants quant à la prise en charge du public en situation de grande précarité et en souffrance psychique. Compte tenu des résultats encourageants obtenus par les projets Housing First quant à la prise en charge d'un public en situation complexe[6] ; l'objectif ce cette matinée était, de co-construire avec les participants, à partir de cette expérience, de nouvelles pratiques adaptées au public cible.

Le Réseau du Smes-B a donc co-organisé une matinée de co-working sur l'accompagnement des publics les plus éloignés de l'aide et du soin.

Cette matinée d'échanges s'adressait :

- Aux membres d'institutions qui travaillent avec un public précarisé, usager de drogues et/ou atteint de fragilités mentales et qui cherchent à ouvrir des portes et trouver des brèches pour permettre l'accès à l'aide et aux soins à ceux qui en sont le plus éloignés ;
- Aux décideurs politiques en charge des matières qui touchent de près ou de loin le public cible.

Cette matinée visait, via le partage d'expériences, à apporter des pistes de réponses à plusieurs questions qui préoccupent régulièrement les équipes, qu'elles soient issues du secteur de la santé mentale, du social ou du secteur de la toxicomanie :

- Comment mettre en place un réseau d'aide et de soins adéquat ?

[6] Ce projet s'adresse à des personnes sans-abri les plus éloignées du soin, du logement et qui ont difficilement accès aux structures d'aide. Elles cumulent problèmes de santé mentale et d'assuétudes.

- Comment ajuster au mieux les pratiques au regard des besoins et des compétences du public cible ?
- 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 ?
- Comment développer flexibilité et créativité dans le travail ?

Cette initiative a rassemblé 119 personnes provenant de 91 institutions bruxelloises, issues des secteurs sans-abris, social, santé mentale ambulatoire et hospitalier, toxicomanie, logement ainsi que des CPAS et des Missions locales.

4.3 Site internet et stratégie de communication

Outre l'organisation de rencontres entre partenaires et autres acteurs de terrain, un des éléments 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.

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 2017 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 ?

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 – c'est à dire 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.

L'animation du Réseau se traduit par l'organisation de cycles d'Intervisions, de conférence et de Tables d'échanges, l'implication dans la création de projets et d'outils en lien direct avec les besoins des membres et du public cible et la participation aux lieux de concertation des secteurs concernés.

Compte tenu des actualités des secteurs du social et de la santé mentale, il est essentiel que le Réseau du Smes-B participe aux différentes initiatives et concertations pour représenter et relayer :

- Les besoins de ce public cible en matière de prise en charge, notamment en matière d'accès à l'aide et aux soins ;
- Les pratiques novatrices issues de l'expérience de ses membres ;
- Les constats et les spécificités liés à la prise en charge intersectorielle du public cible.

En 2016, la coordination du Réseau SMES-B a participé à différents groupes de travail, colloques et journées d'études, 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 et en assurant la représentation et l'intégration des enjeux liés à la prise en charge intersectorielle du public cible dans les réflexions menées dans les lieux de concertation organisés à partir des secteurs concernés.

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 ;
- Concertation Sans-Abri – La Strada ;
- Collaborations avec le Projet 107 Hermès Plus ;
- Groupe intersectoriel Passerelles ;
- Groupe de Travail Intersectoriel - réunissant la Strada, le Forum, l'AMA, la PFCSM, la FSSMB, la FDSS, Infirmiers de Rue et les projets Housing First et Réseau Santé du Smes-B ;
- Comité Local "zone non couverte" du Réseau Santé Mentale Bruxellois – participation à la création du Réseau ZNC et au Comité de Pilotage.

Colloques et journées d'étude :

- « Faire lien et prendre soin » - journée d'étude organisée par le Crésam ;
- « Workshop Dignity and well being » - session du réseau Smes européen organisée par Smes-EU – Copenhague ;
- « Transposition du modèle WAB » - matinée d'étude ;
- « Précarité et Santé Mentale : qui mène la danse ? » - animation et présentation d'un workshop dans le cadre du colloque organisé par la Coordination de l'Action Sociale de Schaerbeek ;
- « Co-working sur l'accompagnement des publics les plus éloignés de l'aide et du soin » - organisation de la matinée d'étude.

Jury :

- « Faire lien et prendre soin » - membre du jury de l'appel à projet initié par le Crésam et la Cera Fondation.

Perspectives

Le travail de lien intersectoriel devra être poursuivi à travers le maintien des intervisions intersectorielles et pluridisciplinaires, l'organisation des rencontres thématiques comme les tables d'échanges et les colloques – et la participation aux groupes de travail et lieux de concertation initiés dans les différents secteurs.

4.5 Equipe Mobile 107 : Précarité Santé Mentale

La prévalence de troubles psychiques et psychiatriques dans la population sans-abris atteint des taux bien supérieurs à ceux de la population générale. Parallèlement, il s'agit de la population qui a le plus difficilement accès aux soins ; compte tenu de son contexte de vie mais aussi de la nature même de sa situation de santé. Les prises en charge effectuées par les équipes psychiatriques mobiles créées lors de la Réforme fédérale en Santé Mentale, étaient basées sur le lieu de domicile du patient et sur le développement de son réseau local. Le dispositif ne prévoyait pas le soin, via ces équipes, du public en rue ou en hébergement temporaire. Vu qu'il s'agit d'une population nomade, que le processus d'auto-exclusion vécu par ces personnes est important et qu'il peut les amener au déni de leurs propres corps et psychisme, la mobilité et la démarche Outreaching sont des présupposés méthodologiques indispensables au soin psychiatrique et à l'aide des personnes vivant en rue.
C'est ce constat, partagé par les partenaires, qui a amené le Réseau du Smes-B à s'investir dans la création et la mise en place de l' « Antenne Précarité – Santé mentale ».

4.5.1 Contexte

Fin 2015, la Ministre Fédérale de la Santé décide qu'à partir de 2017, les moyens financiers des projets Outreaching des Adultes (menés par l'asbl Source, le Samu social et le Smes-B) seront réaffectés à la création, dans le cadre de la Réforme en Santé mentale, de l'Antenne Précarité – Santé Mentale.
Compte tenu du fait que :

- Le public cible de ce projet correspond au public cible des actions du Réseau du Smes-B et au public bénéficiaire des associations membres du Réseau ;
- La méthodologie développée s'appuie sur l'expertise du Smes-B et des institutions des secteurs du social et de la santé mentale constituant le réseau du Smes-B ; et qu'elle est intrinsèquement liée aux caractéristiques du public cible.

Le Réseau s'est investi dans le processus de conceptualisation et de création de l'Antenne 107 Précarité – Santé Mentale.

4.5.2 Objectifs

La participation du Réseau Santé du Smes-B à la création de cette antenne avait pour objectif de proposer et de soutenir un projet intégrant les spécificités du public cible et de ses besoins.

Il s'agissait donc de soutenir la réalisation d'un projet adapté développant une méthodologie tenant compte de :

- La mobilité géographique (bien que mobile sur l'ensemble du territoire régional et parfois en dehors, le public cible se concentre principalement sur le centre et l'ouest de la région bruxelloise) ;
- La mobilité des parcours de vie (rue, squats, prison, hôpitaux, maisons d'accueils, …) ;
- La non-demande (liée, entre autres, au phénomène d'auto-exclusion) ;
- L'addition des vulnérabilités sociales, médicales, économiques et psychiques et l'intrication de ces problématiques ;
- Le peu d'existence, voir l'absence, de réseau d'aide et de soins.

De plus, pour développer un projet d'accès et de continuité des soins efficient et adapté, l'offre d'intervention devait viser au décloisonnement des secteurs de la santé mentale et du social. Il y avait lieu de tenir compte des situations de précarité extrême dans la prise en charge en santé mentale tout en permettant l'accueil du public cible dans les lieux de vie et d'accompagnement social.

Pour le Réseau du Smes-B, la méthodologie devait viser au développement de :

- Une équipe mobile, multilingue, flexible et pluridisciplinaire intégrant une fonction psychiatrique (permettant la désinstitutionalisation des soins) ;
- Une grande pratique de travail en réseau et une excellente connaissance des secteurs social, de la santé mentale et toxicomanie, qui facilite la mise en place, le renforcement ou la réactivation du réseau de soins autour de la personne ;
- Un dispositif intervenant sur l'ensemble de la région bruxelloise ;
- Une démarche d'Outreaching ;
- Une connaissance des situations inhérente au parcours individuel du public cible et transversale aux institutions, ce qui rend les interventions plus efficientes ;
- Dans le cadre de la création de l'Antenne 107 Précarité - Sante Mentale et sur base de son expertise et de celle de ses membres, le réseau du Smes-B a :
    - Participé activement aux rencontres de réflexions liées à la mise en place du projet, tant au niveau clinique qu'institutionnel ;
    - Participé à la coordination des immersions entre les différentes équipes issues des secteurs sans-abris et de la santé mentale ;
    - Œuvré à la co-construction du projet ;
    - Relayé les besoins du Réseau aussi bien en termes de prise en charge directe du public qu'en termes de soutien aux intervenants de 1ère ligne.

4.5.3 Partenaires

Ce projet a été mené en partenariat avec les coordinations des projets 107 sur l'Est de Bruxelles et HERMESplus, la Plateforme de Concertation en Santé Mentale, le Centre Hospitalier Jena Titeca, l'asbl Source et le Samu Social.
Une partie du travail a également été réalisée avec les coordinations et professionnels des équipes mobiles en place sur Bruxelles : à savoir TELA, EMC et TandemPlus.

4.5.4 Méthodologie

Afin d'assurer les échanges méthodologiques et l'interconnaissance facilitant une intégration de l'antenne au sein des équipes mobiles 107 , et afin de maintenir les spécificités de la prise en charge intersectorielle du public cible ; le projet s'est déroulé en plusieurs phases :

- Phase 1 : réunions de prise de connaissance des projets et de concertation ;
- Phase 2 : activités facilitant une meilleure interconnaissance des projets et des professionnels ;
- Phase 3 : immersions de 2 jours de 2 travailleurs par équipe au sein des différents projets ;
- Phase 4 : séances de travail autour de vignettes cliniques ;
- Phase 5 : construction effective du projet d'Antenne, de sa méthodologie et de son articulation avec les secteurs et les partenaires.

Au total, 22 réunions entre partenaires ont eu lieu en 2016. Les représentants des projets, dont le Réseau du Smes-B, ont participé à une des rencontres organisées par la Coordination Fédérale du projet 107. Une réunion d'évaluation du processus de mise en place du projet a eu lieu avec le SPF Santé publique en juillet 2016.

Deux journées d'échanges avec l'ensemble des équipes mobiles 107 et des équipes Outreaching des Adultes ont eu lieu les 11 mars et 27 juin, pour respectivement lancer et clôturer le processus d'immersions.

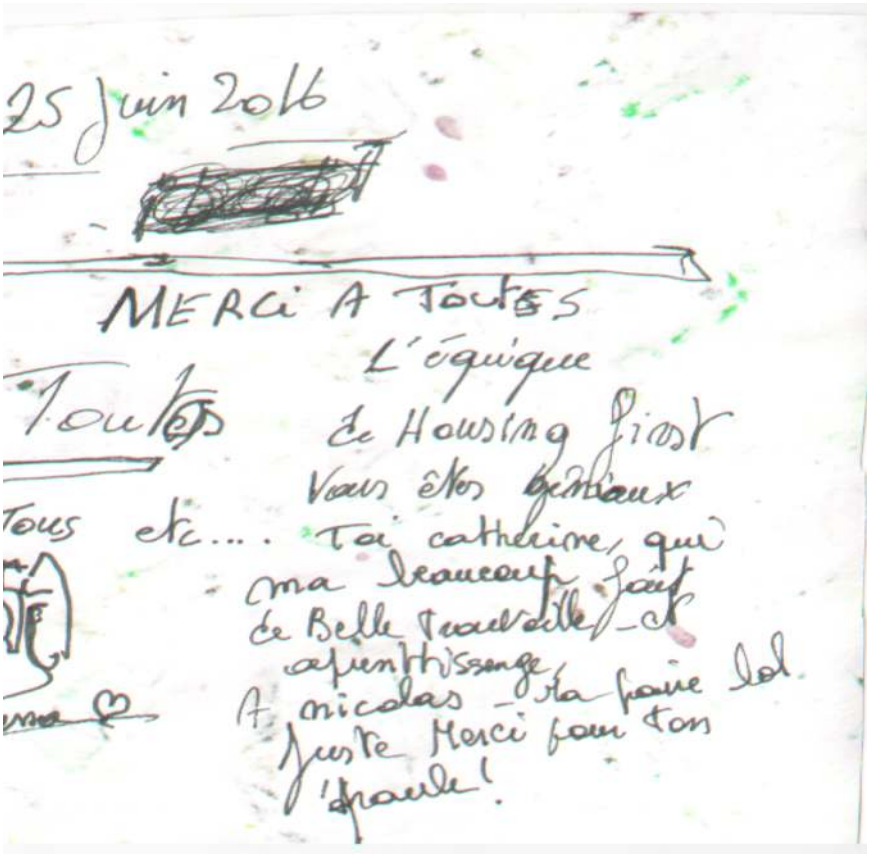
4.5.5 Perspectives

L'Antenne 107 Précarité – Santé Mentale démarrera ses activités au début de l'année 2017 en étroite collaboration avec les acteurs de terrain experts dans la prise en charge du public cible et précédemment porteurs des projets Outreaching des Adultes. L'enjeu pour le Réseau est d'assurer une bonne information vers ses membres mais aussi de poursuivre le relais des besoins des acteurs de terrain et des secteurs dans les lieux de concertation et de pilotage du projet.

IV. PROJECT HOUSING FIRST

1. TEMOIGNAGES

TEMOIGNAGE D'UN BENEFICIAIRE …



TEMOIGNAGE D'UN MEMBRE DE L'EQUIPE …

Une journée type quand on fait partie d'une équipe Housing First, ça n'existe pas.
L'agenda que nous avons organisé lors de la réunion d'équipe ne cesse d'être modifié au cours de la semaine afin de nous adapter au mieux aux personnes que nous accompagnons, à leurs besoins, leurs demandes et leur rythme. D'un contact par semaine on peut passer à des appels quotidiens, d'une visite à domicile fixée de façon récurrente ou non à un accompagnement dans un service.

Ces accompagnements peuvent prendre toutes les formes : un réapprentissage des tâches de la vie quotidienne, une aide à l'aménagement et aux tâches liées à une entrée en logement, un soutien pour réouvrir des droits et démêler des situations administratives compliquées, une écoute et un soutien une fois que la personne s'est posée...

Il y a autant de façon de travailler que de locataires.
Chaque accompagnement est différent. Nous nous adaptons à chaque personne que nous accompagnons et nous construisons avec elle la façon dont nous allons faire un bout de chemin ensemble.
Ce qui est essentiel pour nous, c'est de remettre la personne au centre de sa vie, d'en faire le principal acteur et de lui redonner le contrôle. En partant de ses ressources, nous aidons la personne à trouver les outils qui l'aideront à devenir autonome. Même si les parcours ne sont pas linéaires, j'ai vraiment appris que nous pouvions faire confiance en la capacité de rebondir des personnes que nous accompagnions.

La flexibilité et la créativité sont vraiment des éléments clés de notre travail.

Alexandra

2. L'ANNEE 2016

L'année 2016 a vu le nombre de personnes relogées s'accroître de 35%, avec une stabilisation de certains locataires suivis depuis les débuts du projet. 23 personnes sont accompagnées par l'équipe pluridisciplinaire à raison de trois visites mensuelles en moyenne. Fort heureusement, aucun décès n'est venu noircir cette année.

Malgré lu cumul de problématiques liées à leur long parcours de rue, à la maladie mentale et à des addictions, tous sont toujours dans leur logement.

Pour permettre ce maintien, il aura fallu pas moins de 823 rencontres, auxquelles il faut ajouter 1326 contacts téléphoniques.

Plus qualitativement, ce sont des relations de confiance et de respect tissées pas à pas, dans des logiques de non-jugement et d'inconditionnalité des soins, qui ont permis ces résultats.

Les partenariats, variés et intersectoriels, sont des éléments déterminants de cette réussite. Ils ont été noués grâce à des accompagnements extérieurs toujours plus nombreux (+ 40% en 2016 par rapport à 2015) et à un grand investissement dans le travail en réseau, via des rencontres, groupes de travail ou colloques.

Plus spécifiquement, la collaboration avec l'asbl Infirmiers de Rue a été particulièrement riche. Au-delà des valeurs que nous partageons, la mise en commun de nos missions et objectifs nous a permis de répondre avec plus de force et d'adéquation aux défis que nous avons rencontrés.

Derrière ces belles réussites, il faut néanmoins mentionner des ombres au tableau.

L'accès à l'aide et aux soins pour les personnes présentant des problématiques multiples et intriquées, tel qu'un double diagnostic, reste encore à améliorer considérablement. Les seuils d'accès doivent baisser pour rendre effectif le droit à la santé pour tous.

Le caractère annuel des subsides précarise l'équipe et amène le risque de perdre des travailleurs formés et servant de référence tant pour les bénéficiaires que pour leurs collègues. Plus encore, la délivrance tardive des subventions fragilise l'institution et va à l'encontre de l'accompagnement stable et pérenne que nous nous engageons pourtant à garantir à nos partenaires mettant à disposition les logements.

Dans un contexte de pénurie de logements, et avec un public qui suscite déjà tellement de craintes, il est essentiel de pouvoir bénéficier :

- De leviers structurels pour y accéder plus facilement ;
- De moyens pour garantir la qualité et la durée de l'accompagnement ;
- Et enfin de budgets alloués préalablement à la période d'activité.

Dans ce contexte incertain, nous avons souhaité augmenter notre connaissance des possibilités de mise à disposition de logements pour notre public. Une chercheuse a été engagée à cet effet et plusieurs pistes soulevées sont déjà en voie de concrétisation. Ses conclusions : créativité, diversité, partenariat et soutien politique actif.

L'équipe Housing First termine l'année 2016 avec l'énergie et l'expertise pour poursuivre sa mission de relogement et d'accompagnement des sans-abri les plus fragiles, dans l'objectif à moyen terme de vider les rues de ces personnes qui n'auraient jamais dû s'y retrouver.

3. LE MODELE HOUSING FIRST

3.1 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.

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.

3.2 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 s'adresse aux personnes sans-abri les plus éloignées du 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 présentant des problèmes psychiatriques graves et chroniques ;
- 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.

4. LE PROJET HOUSING FIRST DU SMES-B

4.1 Le financement

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

Soutien de la Secrétaire d'Etat à la lutte contre la pauvreté et du SPP Intégration Sociale via la Loterie Nationale.

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

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

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

4.2 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.

4.3 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 2016, l'équipe Housing First du SMES-B se composait de :

- 1 coordinatrice, Muriel Allart (8 mois – 25h/sem + 2 mois à 38h/sem) ;
- 1 thérapeute, Catherine Gérard (12 mois – 24h/sem) ;
- 1 responsable du volet logement, Pierre Sommereyns (10 mois – 19h/sem) ;
- 1 médecin, Fabian Colle (6 mois – 8h/sem + 5 mois à 14h/sem) ;
- 1 pair aidant, Nicolas Hotton (9 mois – 19h/sem) ;
- 1 assistante sociale, Sandrine Rochez (12 mois – 23h/sem) ;
- 1 psychologue, Alexandra Trips (12 mois – 19h/sem) ;
- 1 experte en Réduction des Risques, Nele Vande Walle (4 mois – 16h + 1 mois à 30h/sem) ;
- 1 éducatrice, Claire Gilbert (3 mois – 30h/sem) ;
- 1 chargée de projet, Muriel Vander Ghinst (3 mois – 19h/sem).

Le pair aidant

Depuis 2015, l'équipe inclus un pair aidant.

Les raisons sont multiples :

- La fonction de pair aidant fait partie du modèle Housing First ;
- La participation est une valeur essentielle au sein du SMES-B et des membres de l'équipe Housing First ;
- Une étude québécoise[7] a démontré que « l'intégration du pair aidant a(vait) des retombées positives sur les usagers, les pairs aidants, la satisfaction à l'égard des services et les pratiques des intervenants ».

Son engagement a été réalisé via une annonce diffusée au sein des réseaux santé mentale, précarité sociale et toxicomanie, et qui ciblait une personne ayant une expérience de vie en lien avec au moins deux des problématiques rencontrées par les bénéficiaires du projet.
L'écueil du recrutement a consisté à trouver une personne qui avait suffisamment d'expertise de vie, mais qui était sortie de ces difficultés tout en n'ayant pas pris de distance trop grande à l'égard des ceux qui les rencontraient encore.

Le pair aidant a reçu le même profil de poste que ses collègues, c'est-à-dire généraliste dans l'accompagnement des locataires mais mettant en avant son expertise spécifique.

Son arrivée a été préparée au sein de l'équipe selon des recommandations de l'étude québécoise qui soulignent l'importance d'une équipe prête, contente et ouverte à un fonctionnement différent même s'il y a des logiques à faire confluer.
Une autre recommandation est de proposer au pair aidant de raconter son histoire afin de permettre aux autres membres de l'équipe d'identifier plus clairement les éléments de son expérience sur lesquels s'appuyer. Ce récit de vie a nécessité un peu de temps et de connaissance réciproque avant d'avoir lieu mais il a apporté une réelle plus-value dans l'accompagnement et le travail en binôme.
Cette fonction étant encore peu répandue et amenant une implication personnelle particulière, un cadre de réflexion et de soutien a été mis en place via :

[7] *L'intégration des pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté : points de vue de divers acteurs*. Hélène Provencher, Université Laval, Québec, Camille Gagné, Université Laval, Québec, Luc Legris, Hôpital Louis, Hippolyte Lafontaine, Montréal.

- Une rencontre mensuelle avec la coordinatrice ;
- Deux supervisions individuelles mensuelles (c'est également le cas pour les autres membres de l'équipe de terrain qui le souhaitent) ;
- Des rencontres avec d'autres pairs aidants, des experts du vécu, ….

Le pair aidant a également suivi un certificat universitaire à la « pair-aidance santé mentale et précarité » à l'UMons durant un an, et a été reçu avec grande distinction.

Cette collaboration nous a permis de tirer plusieurs enseignements :

- Le pair aidant modifie nos habitudes et amène un autre discours, des réflexions à un autre niveau, notamment sur l'« agir » là où l'équipe était plutôt dans les domaines de l'analyse et de la parole ;
- Il amène un apport spécifique sur le communautaire, la socialisation, le bien-être, le sport ;
- Il possède une accroche plus facile avec certains locataires.

4.4 Les partenaires

Les partenaires du projet Housing First Brussels :

Infirmiers de Rue, le Forum – Bruxelles contre les inégalités, la Strada, le CPAS de Forest, le CPAS de Molenbeek, le CPAS de Saint-Josse, le CPAS de Saint-Gilles, le CPAS de Schaerbeek, l'AMA - 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 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 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 ;
- Le Foyer du Sud : 1 logements (nouveau) ;
- Le Foyer Etterbeekois : 1 logement (nouveau) ;
- L'Agence Immobilière Sociale de Molenbeek (MAIS) : 6 logements (2 nouveaux) ;
- L'Agence Immobilière Sociale de Saint-Gilles : 2 logements (nouveau) ;
- L'Agence Immobilière Sociale de Saint-Josse : 1 logement (nouveau) ;
- L'asbl SETM : 1 logement ;
- Le CPAS de Forest : 1 logement ;
- L'Agence Immobilière Sociale Comme Chez Toi : 1 logement.

Des partenariats ont d'ores et déjà été établis pour des nouveaux logements via :

- Le Fonds du logement : 2 logements (nouveau) ;
- Un propriétaire privé : 3 logements (nouveau) ;
- L'Agence Immobilière Sociale Quartier : 1 logement (nouveau) ;
- Le Foyer du Sud : 1 logement supplémentaire ;
- L'Agence Immobilière Sociale de Molenbeek (MAIS) : 2 logements ;
- Le Foyer Schaerbeekois : 4 logements ;
- L'asbl ARCHI HUMAN : 1 logement, dont nous sommes co-fondateurs et administrateurs.
  Il s'agit d'un projet initié par l'architecte Luc SCHUITEN, et qui combine deux démarches :
  - D'une part, la lutte contre le sans-abrisme, en construisant des unités de logement individuelles pour les personnes sans-abri et en sensibilisant les citoyens sur les possibilités très réelles de mettre fin au sans-abrisme chronique dans les dix prochaines années ;
  - Et d'autre part, la revalorisation de nos quartiers en réinvestissant des espaces résiduels inexploitables, coins ou façades aveugles, tombés en déshérance. A travers ce projet nous voulons promouvoir le droit à un logement décent (droit fondamental garanti par la constitution belge) et ainsi contribuer au respect de la dignité humaine.

Les personnes relogées dans le cadre du projet Archi Human seront suivies par notre équipe et celle d'Infirmiers de rue dans le cadre du projet Housing First.

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

Les partenaires publics (voir Financements).

Nous les remercions chaleureusement.

4.5 Réalisation d'une recherche « Trouver du logement pour le public du Housing First Brussels »

Afin de dégager des solutions concrètes de relogement pour le projet « Housing First Brussels », une recherche a été menée fin 2016. Les domaines explorés ont porté sur :

- Les logements sociaux ;
- Les Agences Immobilières Sociales ;
- La reconversion de bureaux vides en logements ;
- L'habitat léger ;
- La mise en gestion AIS de biens inoccupés ;
- Les partenariats avec des fondations et investisseurs privés ;
- La création d'un fond permettant de financer une partie du loyer d'un sans-abri relogé dans le logement privé.

L'objectif est d'utiliser dès 2017 les solutions de relogement accessibles et de démarrer ou poursuivre, dès janvier, des partenariats à moyen terme pour développer les solutions de 2018.

4.6 Résultats

4.6.1 Mise en logement

- Dans le courant de l'année 2016, nous avons réalisé 8 entrées en logement, soit une augmentation de 35% du nombre de personnes relogées ;
- Ces personnes sont venues rejoindre les 15 déjà accompagnées par le projet ;
- 100 % des personnes relogées ont été maintenues en logement.

4.6.2 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 :	8 personnes ont été sélectionnées par 7 associations et un CPAS
Leur donner accès à un logement :	8 personnes ont eu accès à un logement.
Les accompagner :	Ces 8 personnes sont toujours accompagnées actuellement, ainsi que les 21 personnes entrées en logement en 2015, 2014 et 2013, à l'exception des trois personnes décédées.

4.6.3 Suivis

L'équipe Housing First du SMES-B a réalisé 553 visites à domicile et 270 accompagnements à l'extérieur. Cela représente un total de 823 rencontres avec les locataires.
Il s'agit d'une augmentation de 13% du nombre de visites à domicile et de 40% du nombre d'accompagnements extérieurs.
Les locataires ont donc davantage été mis en lien avec le réseau.

Pour des raisons liées à la complexité des situations, au cumul des tâches à réaliser et à la sécurité, 70% des visites à domicile ont été réalisées en binôme.

Les locataires ont été rencontrés 3 fois par mois, ce qui correspond à une diminution de 25% en regard à 2015, qui s'explique par la stabilisation de certains locataires suivis depuis au moins deux ans.
Le nombre de rencontres avec les locataires a néanmoins 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.

25% des rendez-vous n'ont pu avoir lieu en raison de l'absence (125 rendez-vous) ou de l'annulation (74 rendez-vous) par le locataire. Cela représente un total de 199 visites programmées qui n'ont pas pu avoir lieu, soit un peu moins d'une visite sur 4.
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…).

Au total, ce sont donc 1022 rencontres qui ont été organisées en 2016.

En dehors des visites, 1326 contacts téléphoniques ont permis de rester disponibles tout en s'adaptant aux canaux de communication des locataires, de maintenir le lien et de répondre à des demandes diverses. L'augmentation par rapport à 2015 n'est que de 3%, ce qui signifie une diminution des demandes et besoins des locataires en dehors des heures de rendez-vous.

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

<table>
<tr>
<td><u>Fonction psychiatrique :</u>

SSM La Gerbe
SSM Le Méridien
Projet Lama (psychiatre)
Parentalité-Addiction
Interstices
Tela
Hermès +</td>
<td><u>Fonction relationnelle :</u>

Compagne / compagnon
Amis
Bibliothèque
Voisins
Concierge
Café
Famille
Animal de compagnie
Douche Flux
L'Allée du Kaaï</td>
</tr>
<tr>
<td><u>Fonction sociale :</u>

Diogènes
Services d'aide à domicile
Colis alimentaires
Poverello
La Samaritaine
Educateurs de rue de Saint-Gilles
Service Habitat accompagné du CPAS 1060</td>
<td><u>Fonction financière :</u>

CPAS de Bruxelles-Ville, Saint-Gilles, Saint-Josse, Forest, Molenbeek, Schaerbeek
Administrateurs de bien
Services de Médiation de dettes
Mutuelles
ONEM / Actiris
DG Personnes Handicapées
Banques
Syndicats</td>
</tr>
<tr>
<td rowspan="2"><u>Fonction médicale :</u>

Maisons Médicales de l'Enseignement, Aster, Soins pour tous, du Béguinage, des Marolles, Botanique, Santé Plurielle, Soins pour tous
Hôpitaux Saint-Pierre, Molière, Saint-Jean, Brugmann, Sans-Soucis, Titeca
Médecins généralistes privés
Réseau Hépatite C
Patients assistance
Pharmacies</td>
<td><u>Fonction liée à l'usage de drogues :</u>

Transit
Latitude Nord
Projet Lama
Dune / Clip
Parentalité Addiction</td>
</tr>
<tr>
<td><u>Fonction juridique :</u>

Assistants de justice
Assistants de probation
Travaux d'intérêt généraux</td>
</tr>
</table>

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

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

4.6 Communication et réflexion

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

Enseignement :

Juin : deux interventions dans le cadre d'une formation du RBDH sur « Les dispositif d'accès au logement pour les plus précarisés ».

Accompagnement :

Nous accompagnons la création du nouveau projet « Station logement » de l'asbl Diogènes.

Accueil de stagiaires :

Nous avons accueilli :

- Une stagiaire assistante sociale réalisant un master en santé mentale pendant une période de deux mois ;
- Une stagiaire éducatrice réalisant un mémoire sur le Housing First, pendant trois mois ;
- Une stagiaire infirmière réalisant une formation en santé communautaire pendant un mois.

Présentation dans des colloques :

- Janvier : intervenant à une table ronde sur la vulnérabilité des publics dans le cadre du Colloque International « Entre ombre et lumières : les addictions » ;
- Mars : présentation du Housing First lors de l'AMA'tinée ;
- Mai : stand au salon « Habitools » du RBDH ;
- Juin : présentation à la FEBUL ;
- Juin : présentation lors de la conférence finale Housing First Belgium, dans le cadre d'un atelier intitulé « Encouraging housing retention and recovery for tenants with addictions » ;
- Octobre : intervenant au débat autour du documentaire « l'Abri », organisé par Bruxelles Laïque dans le cadre du Festival des Libertés ;
- Décembre : présentation et organisation de la matinée « Co-Working sur l'accompagnement des publics

les plus éloignés de l'aide et du soin » ;

- Décembre : intervenant au débat autour de la pièce de Théâtre « L'odeur » de Rémi Pons, en lien avec le Collectif des Morts de la Rue ;
- Décembre : animation d'un atelier dans le cadre du colloque « Santé Mentale et Précarité ; qui mène la danse ? » organisé par le CPAS de Schaerbeek ;
- Décembre : intervenant à la conférence sur « 40 ans de CPAS » organisée par le SPP Intégration Sociale.

Groupes de travail :

- Groupe de Travail Intersectoriel autour du Housing First, réunissant le SMES-B, la Strada, le Forum, l'AMA, la PFCSM, la FSSMB, la FDSS et Infirmiers de Rue ;
- Groupes d'Echanges Intersectoriels autour de la mise en place sur le terrain des valeurs et critères du modèle Housing First ;
- Concertations de l'aide aux sans-abri de la Strada sur le Housing First ;
- Plate-Forme Logement et Santé Mentale de la PFCSM ;
- Plate-Forme Logement et Santé Mentale de la Strada ;
- 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 ;
- Comité de pilotage du projet « Capteur de logement » de l'Ilôt et des projets « Capteur de logement » wallons et bruxellois ;
- Comité de pilotage et Conseil d'Administration de l'asbl Archi Human.

Médias :

- Participation aux vidéos réalisées par la FEANTSA sur le Housing First : https://www.youtube.com/watch?v=mrz0tFGzkOs&list=PLUCuxEnMqUj2hM-KLWDtPjZvlVRVIRKMX ;
- Participation à la vidéo sur les méthodes d'accompagnement Housing First réalisée par la Fondation Roi Baudouin ;
- Présentation du Housing First dans l'émission « Tout le Baz'art » sur Luc Schuiten : https://www.rtbf.be/auvio/detail_tout-le-baz-art?id=2112986 ;
- Article « Le Housing First : vers la fin du sans-abrisme ?», Alter Echo, mai 2016.

Outils de communication :

- Le site internet www.housingfirstbrussels.be ;
- Un folder de présentation a été édité à 500 exemplaires.

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

5. Objectifs

- Renforcer le développement partenarial entre le public et l'associatif au fil des coopérations sur le terrain ;
- Elargir l'équipe d'accompagnement pluridisciplinaire Housing First de type Assertive Community Treatment permettant d'accompagner les personnes de manière globale et sur mesure ;
- Maintenir, adapter et déployer des réseaux médico-psycho-sociaux à l'intersection des secteurs de la précarité, du logement, de la santé mentale, des assuétudes, ou tout autre réseau permettant de répondre aux besoins du public-cible ;
- 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 ;
- Si les moyens nous le permettent, reloger entre 10 et 15 nouvelles personnes et les accompagner selon la méthodologie Housing First.

V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES DU SMES-B

En 2016, le Smes-B 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.

2017 verra des changements importants au sein de l'équipe de la Cellule d'appui et dans sa clinique également, compte tenu de la mise en place sur le terrain de l'Antenne Précarité Santé Mentale. Ce nouveau cadre permettra au projet de développer ses modes d'intervention autour de différents axes et d'élargir son réseau de partenaires, notamment au niveau hospitalier compte tenu du partenariat avec le Centre Hospitalier Jean Titeca. Parallèlement, le déploiement et la pérennisation des activités de la Cellule d'appui repose la question de son financement. Obtenir un financement plus structurel et à la mesure des besoins permettrait non seulement de stabiliser l'emploi existant mais également de l'augmenter en diversifiant les fonctions professionnelles.

Le Housing First s'est inscrit comme nouveau pilier des politiques sociales et de santé de prise en charge des sans-abris. Depuis sa mise en place, le projet ne cesse de se développer : 23 personnes ont été relogées et le projet atteint un taux de 100 % de maintien dans le logement. Ce qui témoigne d'un projet et d'une méthodologie adaptés aux besoins du public cible, 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 leur maintien en logement et leur rétablissement.
La poursuite des contacts fructueux avec différents opérateurs de logements devraient permettre de maintenir un nombre croissant de mise à disposition d'appartements pour le projet.
Le SMES -B œuvre à consolider la place du projet au sein des secteurs et à mettre en place des synergies permettant d'asseoir sa complémentarité avec les autres services d'aide aux sans-abris.

En 2017, 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 avec les coordinations des projets Housing First et Cellule d'Appui et avec le Conseil d'Administration, à la réorganisation interne du SMES-B, de ses outils de gestion et de ses modes de fonctionnement.