RAPPORT COMPLET

EVE ENGLEBERT

UNE VISION D'ENSEMBLE DES INITIATIVES SUBSIDIÉES DANS LE CADRE DU PLAN DE RELANCE ET DE REDÉPLOIEMENT

PAR LA LIGUE BRUXELLOISE POUR LA SANTÉ MENTALE

Rue Mercelis 39
1050 Bruxelles
02 511 55 43
www.lbsm.be

LBSM

LIGUE BRUXELLOISE POUR LA SANTÉ MENTALE

Francophones Bruxelles

Avant-propos

En septembre 2020, à l'issue du premier confinement, le Ministre bruxellois des Affaires sociales et de la Santé, Monsieur Alain Maron, a initié dans le cadre d'un accord du gouvernement bruxellois une série d'appels à projets. Sur le volet social-santé, et plus particulièrement en matière de santé mentale, les objectifs se sont définis autour du renforcement de l'offre de soins en SSM, du travail mobile en santé mentale et de l'accessibilité bas-seuil.

A travers les financements octroyés, le Gouvernement Bruxellois se veut être le garant d'une vision régionale et ainsi, offrir des réponses durables aux besoins sociétaux des bruxellois.e.s. Les actions élaborées répondent à plusieurs types de publics et de besoins qui relèvent des spécificités de la population reçue et du territoire couvert. Ceci nous amène à souligner qu'une vision régionale en santé mentale ne peut se concevoir qu'au regard de la complémentarité des initiatives subsidiées, elles-mêmes complémentaires des autres dispositifs existants dans le secteur social-santé.

Pour faire de la crise sanitaire un momentum et relever les opportunités qu'elle sous-tend, il est indispensable d'envisager la portée globale de cet appel à projets et de valoriser le travail et l'expertise du terrain en pérennisant **l'ensemble** des initiatives mises en place. C'est en effet dans la transversalité des approches et dans l'articulation des différents dispositifs et modes de faire soin que se situe toute l'originalité et la pertinence des pratiques développées dans le cadre du PRR.

Table des matières

Avant-propos 1

Table des matières 2

1. Introduction 4

2. Contexte de l'appel à projets 5

2.1 Appel à projets « Renforcement et création de lieux de liens » 5

2.2 Appel à projets « Santé Mentale & Mobilité » 6

3. Chronologie et temporalité des projets PRR 8

3.1 De septembre 2020 à mars 2021 10

3.2 De mars 2021 à septembre 2021 10

3.3 De septembre 2021 à janvier 2022 12

3.4 De janvier 2022 à avril 2022 12

3.5 D'avril 2022 à juin 2022 13

4. Qu'est-ce qui fait soin en santé mentale ? 14

5. Jeudi de l'Hémicycle 21

5.1 Approches communautaires & collectives 21

Crise sanitaire 21

Approches communautaires & collectives 22

5.2 Grandes précarités 27

5.3 Hors les murs 34

5.4 Professionnel·le·s en détresse 41

Faire soin dans la cité en 3 axes 41

5.5 Pair-aidance 49

6. Lieux de liens 49

Remarques liminaires 49

6.1 Contexte 50
6.2 Accueil bas-seuil & dynamiques 52
6.3 Bas-seuil et accessibilité 53
6.4 Un échange d'humain à humain 54
6.5 Spécificité du travail de pair-aidant 55
6.6 Lieu de liens, une réponse à la saturation ? 56
6.7 Vignettes cliniques 57
6.8 En guise de conclusion 70
7. Note quantitative 71
7.1 Introduction générale 71
7.2 De quoi parlons-nous ? 71
7.3 Objectifs et « hypothèses » 72
7.4 Méthodologie 72
7.5 Analyse et interprétation des données 75
Taux de participation 75
Axe 1 : activités à destination des usagers 77
Axe 2 : activités à destination des professionnel·le·s 80
Axe 3 : activités entre professionnel·le·s 83
7.6 Discussion & limites 85
8. Conclusion générale 87
Annexes 93

1. Introduction

Ce document a pour ambition de rendre compte d'une vision globale des projets subsidiés dans le cadre du volet « santé mentale » du Plan de Relance et de Redéploiement (ci-après, PRR). Notre intérêt se porte plus particulièrement sur deux appels à projet, à savoir celui de l' « accessibilité bas-seuil » et celui de la « mobilité ».

Les projets menés regroupent une diversité d'acteur·rice·s - *des services de santé mentale, des réseaux d'organisations actives dans le domaine de la santé mentale, des lieux de liens, une initiative en santé mentale communautaire, une maison médicale, un institut en recherche et formation, un service de santé mentale communautaire ainsi qu'un service actif en matière de toxicomanie* - qui n'ont pas forcément l'habitude de collaborer ensemble.

Fort de ce constat et d'une expérience préalable dans l'accompagnement des projets subsidiés sur le fond Covid & santé mentale, la Ligue a proposé et a obtenu d'assurer une coordination des projets du PRR, de pouvoir les accompagner et de valoriser le travail réalisé par les acteur·rice·s de terrain. Par cette mission, la Ligue se constitue comme le point de contact entre la multiplicité des acteur·rice·s impliqué·e·s, la diversité des actions, la complexité et le caractère inédit de la situation. Cette position lui permet d'assurer un travail continu d'analyse, de compréhension, de synthèse et de restitution d'une vision globale des projets du PRR.

Le présent document ne rapporte pas les analyses et résultats d'une recherche *stricto sensu*. Il s'agit plutôt d'un travail de compilation, de rassemblement de documents issus d'un travail de réflexion, d'échange et mise en commun entre porteurs de projets. La méthodologie utilisée est plurielle, adaptée aux différentes situations et relevant de différentes temporalités. Nous retrouvons d'une part des éléments qualitatifs issus des témoignages du terrain lors de rencontres individuelles et collectives mais également des éléments quantitatifs récoltés grâce à la mise en place d'un recueil de données. Ce rapport rend à la fois compte d'éléments contextuels relatifs à ces appels à projet mais témoigne également des expertises du terrain. Il vise à offrir une vision « bottom-up » des initiatives, à mettre en lumière les lignes de force mais également les difficultés rencontrées.

2. Contexte de l'appel à projets

A l'issue du premier confinement, en juillet 2020, le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale a présenté **un plan de relance et de redéploiement**[1], l'objectif étant de répondre aux besoins que la crise sanitaire a visibilisés et accentués. Les enjeux de ce projet régional visent à (1) soutenir les publics les plus fragilisés ; (2) contrer les conséquences sociales et économiques de la crise ; (3) changer les comportements et renforcer la résilience sociale, économique et environnementale. A travers ce plan, le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale s'est déclaré **garant du renforcement d'une vision régionale** en proposant des mesures cohérentes de court, moyen et long terme qui se répartissent en 3 axes principaux[2]. Le focus du présent document relève des mesures portées par la Commission communautaire française (COCOF) et la Commission communautaire commune (COCOM) dans le cadre de leurs compétences en **santé mentale**.

En septembre 2020, deux appels à projet sont conjointement lancés par le Cabinet du Ministre Alain Maron via l'Administration COCOF et de la COCOM. Le premier porte sur la mobilité, à savoir renforcer l'offre, l'accessibilité et le travail mobile en santé mentale et le second sur le renforcement et la création de lieux de liens[3].

2.1 Appel à projets « Renforcement et création de lieux de liens »

Cet appel à projets a pour visée de renforcer l'offre et l'accessibilité « bas-seuil » aux soins de santé mentale par le renforcement ou la création de « lieux de liens ». Les lieux de liens sont des espaces d'accueil communautaire accessibles à tout public et plus particulièrement, aux publics les plus isolés. Ce type d'initiative vise à renforcer la continuité des soins en développant l'approche communautaire en santé mentale et ce, de façon complémentaire avec les réponses classiques, individuelles ou groupales. Il s'agit de créer du

[1] Cabinet du Ministre-Président Bruxellois Rudi Vervoort, Plan de Relance et de Redéploiement de la Région de Bruxelles-Capitale face à la crise du Covid1-9. 7 juillet 2020. URL : Plan-de-relance-Dossier-de-presse-FR.pdf (rudivervoort.brussels)

[2] Axe 1 : Transition socio-économique & emploi ; Axe 2 : Politiques sociales et de santé ; Axe 3 : Développement territorial & environnement

[3] Voir en annexe la fiche SOSA18, document de travail sur lequel se base les 2 appels à projets

lien sur une échelle territoriale de proximité et en réseau pour offrir aux usagers des espaces d'échanges, du soutien entre pairs, la possibilité de développer leur tissu social, vecteurs d'inclusion sociale.

Parmi les projets subsidiés COCOF, nous retrouvons 3 lieux de liens: le ***Babel'zin*** (SSM Le Grès), ***l'Espace Jean Vermeylen*** (L'asbl l'Equipe) ainsi que ***le petit Coin des Cerises*** (SSM Coin des Cerises). Les projets COCOM se comptent au nombre de 4: ***MASS de Bruxelles***, ***Macadam***, ***Club Norwest***, ***Circuit*** (CSM Antonin Artaud). A cela s'ajoute un dernier lieu de liens, ***le Delta***, qui bénéficie quant à lui d'un financement COCOF (CSM l'Adret) et d'un financement COCOM (Epsylon) et cela, coordonné par Rezone[4]. Le cœur de ces projets se constitue autour du travail communautaire. Accueil, partage, échange, tissage de liens, rencontres, co-construction sont autant de termes qui constituent le socle sur lequel reposent ces lieux et sur lesquels nous reviendrons dans la suite de ce rapport (cfr chapitre 6).

2.2 Appel à projets « Santé Mentale & Mobilité »

Cet appel à projets[5] a pour visée de veiller aux **besoins d'accompagnement et d'écoute des professionnel·le·s** fortement marqués par la crise mais également de renforcer le travail mobile afin de répondre à des besoins non rencontrés et ciblés mais également d'être en renfort dans les institutions selon un régime de deuxième ligne. En d'autres termes, il s'agit de venir en renfort et de proposer des supervisions/formations aux équipes soignantes et d'aides psychosociales mais également de créer de l'intervision et des échanges de pratiques entre institutions. Le souhait est également de renforcer les liens entre les secteurs et les lignes d'aides et de soins afin de renforcer la continuité des soins. Il s'agit également de permettre à tous les bruxellois.e.s, en particulier les personnes les plus fragiles socio-économiquement, d'avoir accès aux services en matière de santé mentale.

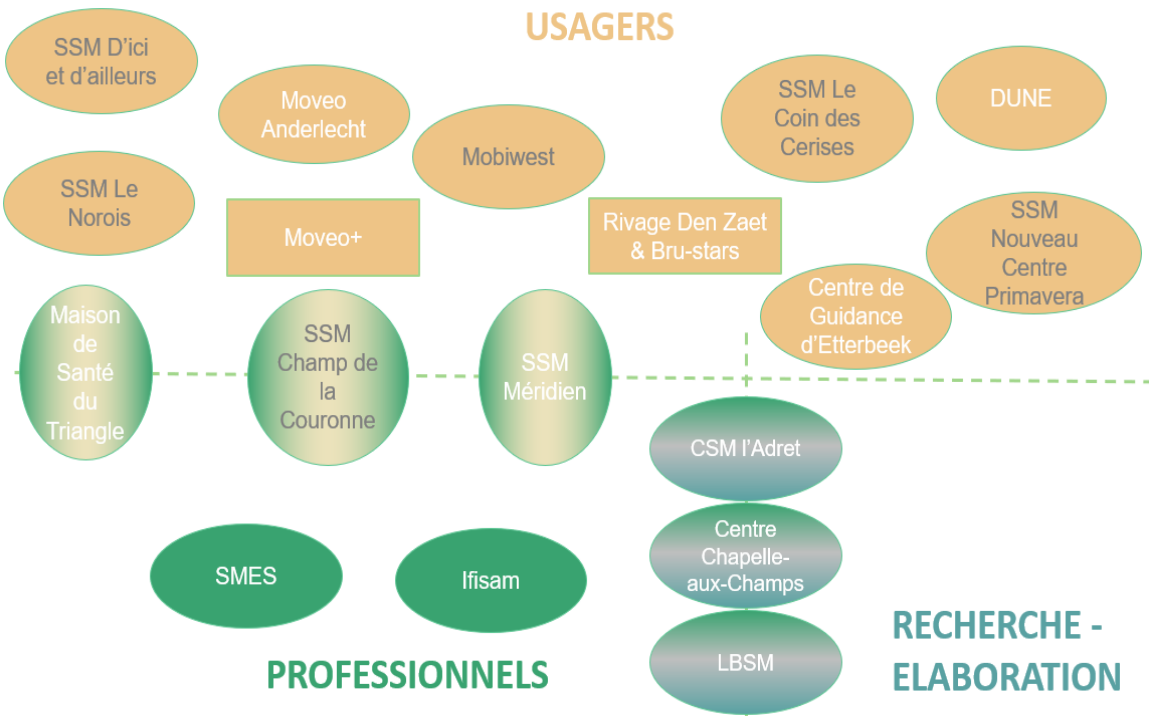
De manière plus concrète, nous retrouvons sur le terrain différentes modalités de travail qui participent à cette mobilité en santé mentale. Celle-ci se conçoit différemment en fonction des projets subsidiés mais nous avons néanmoins identifiés 3 grands axes.

[4] Rezone est l'antenne sud du réseau « Psy 107 ». C'est un réseau de service dans le domaine de la santé mentale actif dans le sud de Bruxelles.

[5] Voir fiche SOSA18

- Le **premier axe** concerne les projets à destination des usagers. Il s'agit d'aller à la rencontre et de répondre aux besoins des publics les plus vulnérables et les plus éloignés du système de soin au travers d'une mobilité bien pensée et adaptée à chaque situation.
- Le **deuxième axe** concerne les projets à destination des professionnel·le·s. Il s'agit de venir en renfort et de proposer un appui aux professionnel·le·s et ce, sous de multiples formes : formations, supervisions, intervisions, immersions, permanences, …
- Le **dernier axe** concerne la recherche et l'élaboration. Il s'agit d'avoir une meilleure compréhension de certains aspects du travail et de la souffrance vécue en santé mentale mais également d'élaborer des connaissances et outils afin d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement tant pour les usagers que pour les professionnel·le·s.

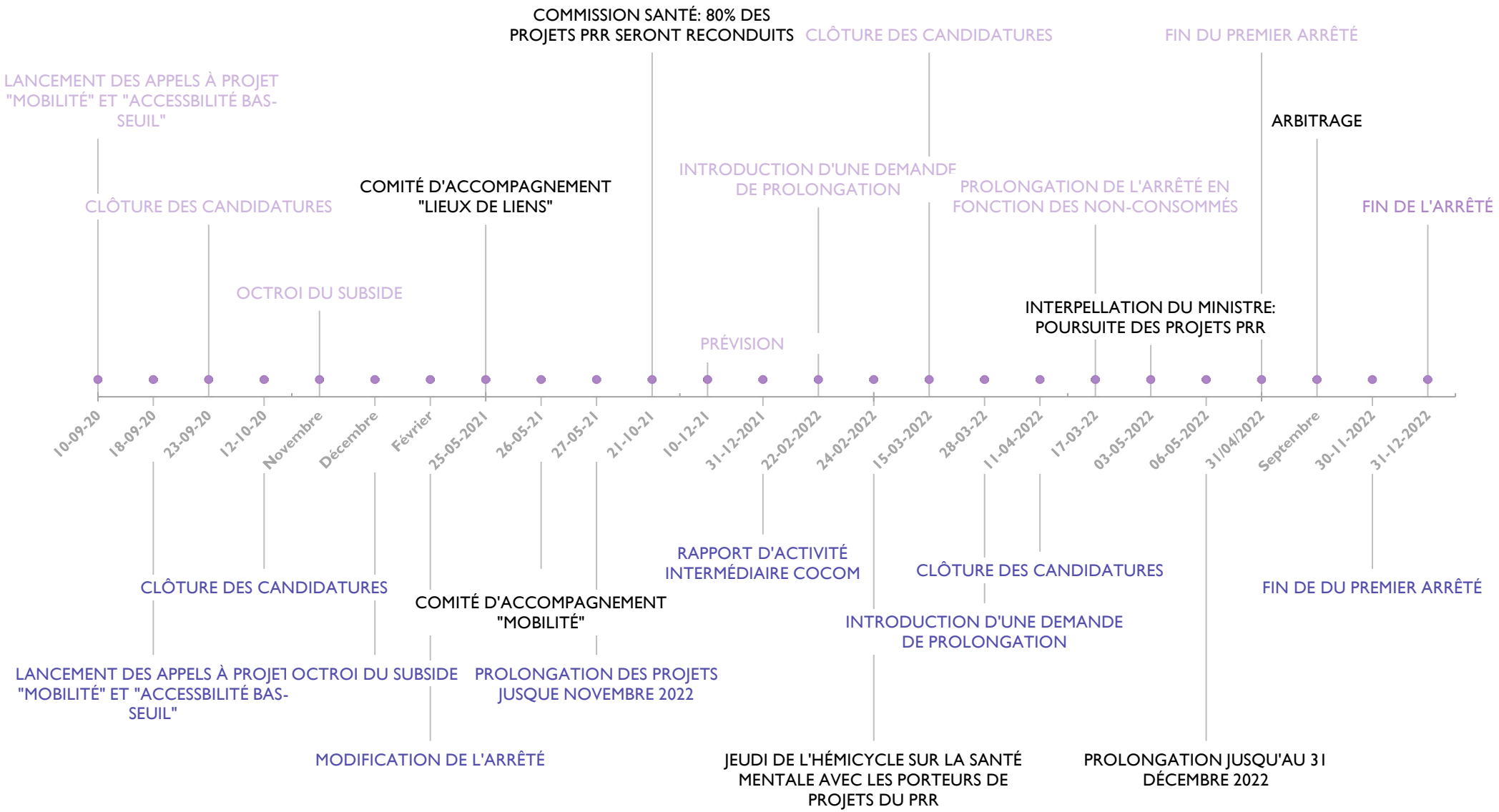
Comme vous pouvez l'observer sur la figure ci-dessous, plusieurs projets se situent à l'intersection de plusieurs axes. Au sein de ces axes se retrouvent les 15 projets subsidiés COCOF[6], représentés par des cercles, et les 2 projets subsidiés COCOM, représentés par des rectangles.



[6] Les noms des institutions repris en gris représentent un seul et même projet, à savoir le projet porté par le SSM Norois

3. Chronologie et temporalité des projets PRR

La ligne du temps ci-dessous reprend l'ensemble des évènements administratifs et politiques au départ de l'appel à projets jusqu'en décembre 2022. La temporalité des projets diffère en fonction de l'Administration qui subsidie, c'est pourquoi nous avons représenté en **mauve** les projets COCOF, en **bleu** les projets COCOM et en noir, les évènements communs.


LANCEMENT DES APPELS À PROJET "MOBILITÉ" ET "ACCESSBILITÉ BAS-SEUIL"
CLÔTURE DES CANDIDATURES
OCTROI DU SUBSIDE
COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT "LIEUX DE LIENS"
COMMISSION SANTÉ: 80% DES PROJETS PRR SERONT RECONDUITS
PRÉVISION
INTRODUCTION D'UNE DEMANDE DE PROLONGATION
CLÔTURE DES CANDIDATURES
PROLONGATION DE L'ARRÊTÉ EN FONCTION DES NON-CONSOMMÉS
INTERPELLATION DU MINISTRE: POURSUITE DES PROJETS PRR
FIN DU PREMIER ARRÊTÉ
ARBITRAGE
FIN DE L'ARRÊTÉ
10-09-20
18-09-20
23-09-20
12-10-20
Novembre
Décembre
Février
25-05-2021
26-05-21
27-05-21
21-10-21
10-12-21
31-12-2021
22-02-2022
24-02-2022
15-03-2022
28-03-22
11-04-2022
17-03-22
03-05-2022
06-05-2022
31/04/2022
Septembre
30-11-2022
31-12-2022
CLÔTURE DES CANDIDATURES
LANCEMENT DES APPELS À PROJET "MOBILITÉ" ET "ACCESSBILITÉ BAS-SEUIL"
OCTROI DU SUBSIDE
COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT "MOBILITÉ"
MODIFICATION DE L'ARRÊTÉ
PROLONGATION DES PROJETS JUSQUE NOVEMBRE 2022
RAPPORT D'ACTIVITÉ INTERMÉDIAIRE COCOM
JEUDI DE L'HÉMICYCLE SUR LA SANTÉ MENTALE AVEC LES PORTEURS DE PROJETS DU PRR
INTRODUCTION D'UNE DEMANDE DE PROLONGATION
CLÔTURE DES CANDIDATURES
PROLONGATION JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE 2022
FIN DE DU PREMIER ARRÊTÉ

3.1 De septembre 2020 à mars 2021

A l'automne 2020, sont initiés les appels à projet « mobilité » et « accessibilité bas-seuil », les services ont eu des délais très courts pour construire, rédiger et introduire des dossiers de candidatures (en COCOF, le délai pour répondre à l'appel à projets PRR a été de 13 jours ; en COCOM, le délai a été de 24 jours). Après réception et sélection des candidatures, les subsides ont été octroyés dans le courant des mois de novembre et décembre.

La période s'étalant de novembre à mars a été consacrée aux aspects logistiques des projets[7]. En effet, la mise en place d'un projet prend du temps car elle requiert de passer par différentes étapes : procédures de recrutement et engagement du personnel, temps d'écolage, prise de contact avec les partenaires du réseau, etc. Ces étapes prennent du temps et des obstacles peuvent ralentir le processus. Par exemple, certains profils de fonction (ex : psychiatre) sont plus difficiles à recruter et les contrats proposés à durée déterminée n'intéressent pas toujours les travailleur·euse·s de par la précarité qu'ils induisent.

3.2 De mars 2021 à septembre 2021

La majorité des projets ont été actifs sur le terrain à partir de mars, cependant, certains mettent plus de temps à se mettre en place, notamment car ils nécessitent des aménagements spécifiques (ex : travaux d'un local). De plus, la réalité de terrain nécessite parfois des ajustements et modifications par rapport à ce qui avait été initialement pensé. Se confronter à la réalité du terrain est un pré-requis nécessaire pour construire une offre cohérente et qui a du sens auprès du public visé. Cela implique parfois de procéder par essai-erreur pour ajuster le projet aux besoins et demandes des bénéficiaires. De plus, mettre en place un projet implique un processus de mise en lien entre les travailleur.euse.s, les partenaires et le public visé. La notion de temps est donc cruciale dans ce contexte.

En mai, une première réunion entre les acteur·rice·s du PRR COCOF est organisée par la LBSM. Il s'agissait d'une première prise de contact avec pour volonté de faire connaissance

[7] Précisons néanmoins que certains projets étaient déjà opérationnels durant cette période. En effet, grâce au subside PRR, certains services ont pu poursuivre voire renforcer certaines de leurs activités.

mais également pour que chaque porteur puisse présenter son projet à l'ensemble du groupe afin de favoriser l'interconnaissance. C'est sur base de cette rencontre que les premiers jalons d'une collaboration ont pu être posés entre la LBSM et les porteurs de projets COCOF. Plusieurs axes de travail ont pu être identifiés tels que le soutien à la visibilité[8], la définition de critères quantitatifs et qualitatifs mais également une volonté de mettre en place des espaces d'échange et d'élaboration. Lors de cette rencontre, il est très vite apparu pertinent de créer des synergies avec les projets COCOM car au-delà de l'Administration qui subsidie, les réalités de terrain se croisent et se rejoignent au travers des enjeux, des pratiques mais également au niveau des difficultés rencontrées.

Deux comités d'accompagnement ont été également organisés en mai par le Cabinet et l'Administration à destination d'une part, des projets « mobilité » et d'autre part, des projets d'« accessibilité bas-seuil ». Lors de cette rencontre, les acteur·rice·s de terrain étaient amené·e·s à présenter leur projet et à répondre aux questions posées par deux chercheurs sociologues, Nicolas Marquis et Sophie Thunus. Cette occasion a été une opportunité pour les ASBL de rendre compte du travail mené. Cependant, cela était un peu prématuré car comme expliqué ci-dessus, certains projets venaient à peine de se mettre en route voire ne s'étaient pas encore mis en route. De plus, le temps de parole étant limité à une quinzaine de minutes au vu du nombre d'intervenant.e.s, certains acteur·rice·s ont exprimé une frustration de synthétiser leur propos dans un laps de temps si limité. Parallèlement à ce comité d'accompagnement, en mai, les projets COCOM ont reçu une prolongation de leur arrêté jusqu'à novembre 2022.

En juillet, une première rencontre thématique a été organisée autour des modes de gouvernance participatifs entre les lieux de liens subsidiés COCOF et COCOM. Ces échanges entre lieux de liens se sont poursuivis à raison d'une fois tous les deux mois et ce, à chaque fois autour d'une thématique différente. D'autres rencontres se sont déroulées avec l'ensemble des porteurs de projets autour de thématiques telles que l'auto-évaluation, la rédaction de divers documents, etc.

[8] Sur le site de la LBSM, un onglet Plan de Relance et de Redéploiement a été créé. Celui-ci reprend la quasi-totalité des projets du PRR COCOF et COCOM. On y retrouve une brève description des projets, les modalités d'accueil, le public cible ainsi que leurs contacts.

3.3 De septembre 2021 à janvier 2022

Lors de cette période, le travail de coordination de la Ligue s'est poursuivi à travers des rencontres régulières avec les porteurs de projets – individuelles et collectives - , la création d'un guide reprenant l'ensemble des lieux de liens à Bruxelles mais également la naissance du projet podcast.

Le 21 octobre, le Ministre de l'action sociale et de la santé s'est exprimé en Commission Santé à propos des projets du Plan de Relance et de Redéploiement en spécifiant que seuls 80% de ceux-ci allaient être prolongés. Cette annonce a généré tensions et questionnements auprès des porteurs de projets : est-ce que le projet va être reconduit ? Si oui, selon quel budget et sur quel délai? Doit-on avertir les bénéficiaires ? Si oui, comment faire pour que cela ne soit pas un énième échec dans le parcours de soin de la personne ? Est-ce que l'on continue à collaborer et à partager notre expertise avec l'ensemble des projets PRR en sachant que le budget est limité ? La Ligue s'est vue interpellée à de multiples reprises et a fait remonter ces difficultés et incertitudes auprès du Cabinet.

Fin décembre, la Ligue a encouragé les projets COCOF à fournir à l'Administration, de façon proactive et anticipée, les estimations budgétaires permettant de bien identifier quels projets pourraient demander une prolongation de l'arrêté initial pour épuiser le subside, lesquels ne le pourraient pas et, pour tous, quelles étaient les estimations budgétaires pour tenir jusque fin 2022. En ce qui concerne les projets COCOM, certains d'entre eux ont été amenés à remettre un rapport concernant les activités mises en place le 31 décembre 2021.

3.4 De janvier 2022 à avril 2022

Le mois de février a été rythmé par des rencontres quasi-quotidiennes entre porteurs de projets pour préparer une matinée rencontre avec les parlementaires qui s'est déroulée le 24 février. Vous trouverez dans le point (5) les différentes thématiques et le contenu que nous avons abordé. Parallèlement à cet évènement, les porteurs de projets ont reçu un dossier à remplir afin de demander une prolongation de leur projet.

Entre janvier et avril, la LBSM a mis en place un espace de rencontre entre l'ensemble des lieux de liens à Bruxelles, a concrétisé certains aspects du projet podcast (organisation, prise de son,

mixage, etc.) et a organisé une AG participative visant à présenter les projets PRR aux membres de la LBSM.

3.5 D'avril 2022 à juin 2022

Le 30 avril, 7 des 15 projets PRR COCOF arrivaient au terme de leur arrêté, les autres ayant bénéficié d'une prolongation calculée sur base de leur non-consommé. C'est seulement aux alentours du 20 avril que ces 7 projets ont reçu une réponse orale quant à leur reconduction. Au vu des délais de réponse et des tensions que cela a généré tant auprès des travailleur·euse·s que des bénéficiaires, nous avons décidé d'interpeller le Cabinet. La LBSM a donc écrit un courrier reprenant les retours et revendications des acteur·rice·s de terrain à propos de cet appel à projets : incertitudes, départ prématuré et/ou épuisement de travailleur.euse.s, insécurité du public-cible, etc. Ce courrier a été soutenu par la majorité des projets PRR COCOF et COCOM.

Le Ministre de l'action sociale et de la santé nous a assuré qu'il était conscient des difficultés amenées par un financement ponctuel et que plusieurs pistes de travail se dégageaient afin de rendre plus confortable le financement des projets retenus en 2023. Il a également annoncé que les projets PRR encore en cours allaient être reconduits (au minimum à montant égal) jusque décembre 2022. La sélection des projets retenus pour 2023 serait quant à elle communiquée le 30 septembre 2022.

4. Qu'est-ce qui fait soin en santé mentale ?

Subventionnés par la CoCoF ou la CoCoM, les porteurs de projets se sont fédérés pour porter d'une seule et même voix les éléments qu'ils ont identifiés comme « faisant soin » dans le cadre de leurs pratiques. Ils souhaitent, à travers cette note, relever et rappeler ces éléments qui, selon leurs expertises, font soin en matière de *santé mentale publique*.

Nous définissons la santé mentale comme une composante essentielle de la santé, qui permet à chacun·e de faire face aux difficultés de la vie, d'investir son environnement, de créer, de participer et contribuer à la vie en société, y compris de façon atypique. La santé mentale ne se réduit pas à l'absence de maladie : bon nombre de personnes sont atteintes d'un trouble mental mais parviennent à vivre de façon satisfaisante avec, si besoin, une aide appropriée.

Nous défendons une conception de la santé mentale qui considère la personne dans sa globalité, en tenant compte des multiples facteurs (psychoques, biologiques, culturels, socio-économiques, …) déterminants ses difficultés. En ce sens, nous soutenons la diversité des formes d'interventions et des intervenants, qui offre le choix entre différentes modalités et donc une plus grande accessibilité pour tous·tes.

Faire soin, c'est faire réseau entre professionnel·le·s.

Tout d'abord, faire soin implique de dépasser les actions individualisées par service et faire réseau afin d'adopter une approche globale et concertée. Il est aujourd'hui admis que la santé mentale ne se limite pas à l'absence de maladie et qu'elle est influencée par de nombreux déterminants (sociaux, santé somatique, culturels, économiques, ...). Les préoccupations en matière de santé mentale sont transversales au champ psycho-médico-social. Les spécificités de chaque service doivent dès lors travailler ensemble de manière transdisciplinaire[9] en veillant à ce que chaque intervenant puisse se réapproprier sa partie et sa place dans le réseau de l'usager. La qualité et la continuité des soins ne peuvent ainsi se concevoir sans une interconnaissance des opérateurs qui interviennent sur un territoire aux contours changeants et dont les réalités sociodémographiques revêtent différentes formes. Raison pour laquelle il

[9] De son préfixe latin *trans* qui signifie entre, à travers et au-delà de toute discipline

est nécessaire de dégager un espace et un temps pour permettre la construction d'une clinique partagée au regard des spécificités de chacun.e et ce, tout en préservant le temps clinique à destination des usagers. Ces synergies peuvent notamment être retrouvées dans des espaces d'intervisions, à savoir des dispositifs de rencontres entre professionnel·le·s en vue d'échanger sur des pratiques et expériences professionnelles, mais aussi dans une variété de dispositifs qui encouragent et concrétisent la (re)connaissance mutuelle du travail des divers acteur·rice·s de l'aide et du soin : sensibilisations, échanges de travailleur·euse·s, colloques et journées d'étude, formations, outils de collaboration, réunions de quartiers, etc. Le travail en réseau ne se décrète pas, il implique d'apprendre à se connaître, à construire ensemble des modalités d'intervention mais également de construire des ponts permettant la circulation des usagers entre les différentes structures.

Faire soin, c'est faire réseau autour de l'usager.

Les éléments amenés ci-dessus conditionnent le soin mais ne se suffisent pas car pour qu'il soit effectif et continu, le réseau doit s'articuler et se mettre au travail autour de l'usager et de sa demande. L'organisation de ce réseau constitue une véritable question clinique car il s'agit d'identifier l'adéquation entre celui-ci et les besoins de l'usager. Nous tenons à souligner l'importance d'articuler le travail hors santé mentale avec des acteur·rice·s spécialisé·e·s et ce, surtout en cas de situations complexes. C'est à cet effet que des outils sont pensés et utilisés afin de favoriser la concertation entre professionnel·le·s, à savoir notamment la carte-réseau/sociogramme, les concertations multidisciplinaires et de quartier, les référents de proximité, etc. Les équipes mobiles et les SPAD jouent également un rôle essentiel dans la mise en place de ce réseau mais pour que cela fonctionne, il est important que leurs missions s'articulent à celles des autres services de l'ambulatoire.

Faire soin, c'est se soutenir entre professionnel·le·s pour les situations complexes.

Par ailleurs, nous tenons à rappeler la complexité de certaines situations cliniques face auxquelles les travailleur·euse·s de première ligne expriment parfois se sentir désemparé·e·s et/ou pas suffisamment outillé·e·s. Ceci peut notamment s'illustrer au sein des services en contact avec des publics qui cumulent les problématiques et dont les missions ne sont pas spécifiques à la santé mentale. En cela, le soutien offert aux professionnel·le·s, dans le cadre

du PRR et au-delà, permet de décaler les situations, de se mettre au service d'autres institutions en partageant son expertise et en co-construisant dans un espace-temps prévu à cet effet. C'est au travers de recherches-actions, supervisions, formations, interventions, immersions ou par le biais de permanences que les acteur·rice·s de terrain partagent ensemble un souci commun : celui de la continuité de l'aide et des soins. Le maillage des interventions multiples est complémentaire et utile à l'amélioration de la situation de l'usager. Cela implique de pouvoir remettre en question chaque situation, de (re)travailler le rôle de chaque intervenant.e.s ainsi que les modalités d'intervention. Ces initiatives s'inscrivent sur un temps long car il s'agit de rendre appréhendable la complexité propre à chaque situation ainsi que la diversité des cultures de travail.

Faire soin, c'est ajuster les dispositifs aux besoins.

Un autre point important concerne l'autonomie des professionnel·le·s, c'est-à-dire la capacité à établir leurs outils et à pouvoir les retravailler en fonction des besoins qu'ils perçoivent chez les usagers, de leur bagage et des échanges entre pairs. En effet, la diversité des services – ainsi que la pluralité des façons de faire - du secteur de l'ambulatoire bruxellois constitue une richesse car elle permet de répondre à la multiplicité des besoins des usagers tout en tenant compte de leur singularité. Cela renvoie à un autre enjeu du soin et de sa continuité : l'accessibilité. En effet, pour être inconditionnel, l'accueil doit permettre aux usagers de se présenter tel qu'ils le souhaitent, à leur rythme et selon les modalités qu'ils choisissent. C'est notamment dans ce cadre que des formations à l'accueil et des outils de sensibilisation à la santé mentale ont été mis en place. On regrettera cependant une situation structurelle de saturation des services : la demande de soin excède largement l'offre disponible, ce qui nuit à l'accessibilité des services aux publics mais aussi à la collaboration entre les services en raison d'un temps d'attente souvent trop important. Une récente étude[10] de la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale estime qu'entre fin 2020 et début 2021, 30% des

[10] Susswein, R., (2022). Saturation ? Analyse du devenir des nouvelles demandes adressées aux services de santé mentale à Bruxelles à partir d'un recensement réalisé entre novembre 2020 et février 2021. Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale.

nouvelles demandes adressées aux Services de santé mentale CoCoF à Bruxelles ont été réorientées de manière contrainte en raison du manque de disponibilité des équipes. Et la situation ne semble pas plus facile dans d'autres secteurs.

Ajuster les dispositifs aux besoins implique également « d'aller vers » les publics les plus vulnérables et les plus éloignés du système de soin par d'autres biais, notamment au travers d'une mobilité bien pensée et adaptée à chaque situation. Approcher des publics qui ne recourent habituellement pas aux services implique un travail de réflexion conséquent pour les équipes. Questionner, s'ouvrir, essayer, tâtonner, faire fausse route, revenir en arrière, apprendre, s'adapter, innover, construire sont autant d'éléments qui font partie du travail de réflexion mais également du processus clinique. Le cadre des interventions nécessite donc une certaine souplesse afin de pouvoir construire des dispositifs qui permettent de s'adapter aux réalités des publics car la clinique ne s'invente et ne se statue pas.

Faire soin, c'est permettre une continuité.

Dans la lignée des propos tenus précédemment, nous tenons à insister sur la continuité des soins qui ne peut se concevoir en dehors de l'usager et de ses besoins. Celle-ci ne peut se réduire à une continuité des contacts avec un·e soignant·e de référence, elle s'inscrit de manière multidimensionnelle, impliquant tant des aspects organisationnels que relationnels. C'est en effet au travers de la diversité des services que l'individu peut faire appel aux dispositifs dont l'offre fait écho à sa singularité (valeurs, croyances, attentes, ...). Ceci revient à insister sur l'importance de l'interconnaissance et de la coordination entre services afin de faciliter les trajets de soins des usagers. Cette continuité est également conditionnée par (1) l'accessibilité (géographique, financière et culturelle) ; (2) la flexibilité (rapidité de prise en charge, outreaching, ...) ainsi que par (3) la proximité (investissement relationnel, régularité des contacts, confiance, ...) des différents services.[11]

Attirons néanmoins l'attention sur le fait qu'en fonction du territoire au sein duquel ils s'inscrivent, les bénéficiaires n'ont pas tous une chance égale d'accéder aux mêmes services.

[11] Wyngaerden, F. (2021). The personal social support network of users of psychiatric services: a structural analysis [Thèse de doctorat, Université Catholique de Louvain]

Afin de garantir une égalité minimale de traitement, l'accessibilité territoriale des services doit être repensée car celle-ci constitue un des facteurs conditionnant le soin et sa continuité.

Faire soin, c'est activer les liens qui soignent.

Le cœur du travail en santé mentale, c'est le lien. Pour établir ce lien qui fait sens et qui fait soin, il faut que les professionnel·le·s disposent du temps nécessaire pour pouvoir le créer, le nourrir et le soigner. Cela tient aussi à la possibilité pour les professionnel·le·s d'aborder les usagers par ce qu'ils souhaitent, ce qui les préoccupe et/ou ce qui les intéresse. Une attention est portée à la singularité de l'individu mais également aux relations que celui-ci entretient avec son environnement. Ce dernier point se retrouve au cœur de l'approche communautaire en santé mentale où le groupe devient un outil privilégié de mise au travail. Ces pratiques se retrouvent au sein des institutions mais également dans les lieux d'accueil bas-seuil appelés « lieux de liens ». Ces derniers ont la caractéristique commune d'offrir un accueil inconditionnel au sein d'un lieu intermédiaire et sécurisant. La bienveillance du cadre est assurée tant par les usagers que par des professionnel·le·s qui, pour la plupart, ne se nomment pas comme tels.

« Il y a le titre, puis il y a l'humain »

Ces lieux permettent aux usagers de sortir de la solitude, de se construire autrement, de se construire dans le lien. Au fur et à mesure du temps et en fonction du rythme de chacun, des demandes sont susceptibles d'émerger et si tel est le cas, l'écoute active permettra d'effectuer des liens avec les services adéquats. Par ailleurs, les activités organisées dans ce cadre permettent de soutenir les compétences qu'ils ont et de les reconnaître dans ce qu'ils font. Cela peut également les amener à découvrir des savoir-faire qu'ils ne se connaissaient pas et ce, dans un lieu où ils ne sont plus aliénés à leurs difficultés mais où ils redeviennent citoyen·nes. Par ailleurs, pendant la crise sanitaire, le constat a été que ces lieux ont permis de faire repère et de contenir certaines crises.

La particularité du travail en santé mentale est qu'il requiert de s'adapter à la temporalité propre des différentes étapes du chemin de soin de l'individu. Il s'agit dès lors, pour les soignants, d'appréhender la temporalité psychique de l'individu qui ne prend sens qu'au regard de la subjectivité de ce dernier. En effet, celle-ci se constitue au travers d'une histoire de vie mélangeant éléments de personnalité, expériences relationnelles et subjectives, déterminants socio-économiques, bagage culturel, fragilités psychiques et somatiques. En

d'autres termes, la profondeur des souffrances vécues ne s'inscrit pas de façon tangible et nécessite de démêler avec l'individu les violences qu'il a perçues et expérimentées. Précisons d'ailleurs que certaines d'entre elles pourraient, de prime abord, ne pas être accessible de façon consciente.

Faire soin, c'est un partenariat entre professionnel·le·s et usagers.

Faire soin implique également un changement de paradigme, à savoir le passage d'une perception de l'usager caractérisée par un trouble et des difficultés à une perception de celui-ci comme compétent et possédant de multiples ressources. Cette approche réintroduit l'humain en mettant l'usager au cœur d'un processus de cocréation, de participation, de partenariat et de partage. C'est au travers de ce processus que l'individu peut mettre à profit les compétences et savoirs issus de sa propre expérience de vie. Expérimenter un vécu similaire favorise l'entraide entre pairs, une meilleure compréhension de l'autre mais insuffle également de l'espoir en mettant en lumière la résilience et la possibilité de rétablissement. La confiance - comme socle de cette alliance entre professionnel·le·s et usagers – favorise le parcours de soin dans lequel s'inscrit à la fois l'usager concerné mais également ses pairs.

Faire soin, c'est partir des dispositifs existants et efficients.

Bien que nous soyons désormais tous.tes conscient.es des effets dévastateurs de la crise sanitaire sur la santé mentale, il nous paraît important d'attirer l'attention sur plusieurs points. La crise a visibilisé des besoins qui lui préexistaient tout en aggravant d'autres. Elle a également mis en lumière la réactivité, l'inventivité et la flexibilité du secteur de l'ambulatoire à se mettre au service des usagers pour répondre à ces besoins. En effet, les travailleur·euse·s du secteur ont été amené·e·s à faire face au contexte inédit de la crise, à gérer ses multiples vagues et à tenir bon alors qu'eux-mêmes étaient impactés par la crise dans l'organisation de leur travail, leur quotidien, ... Plus que jamais, les acteur·rice·s de terrain se sont mobilisé·e·s et ont repensé leurs pratiques/dispositifs pour répondre aux enjeux de santé mentale. Il faut cependant noter que les dégâts de la crise s'inscriront sur un temps long et certains besoins n'émergeront que dans un second temps. En effet, l'après-coup de la crise peut se constituer d'un entre-deux temps, le « coup » et l'« après ». Les individus ont été malmenés depuis près de deux ans et ont appris à vivre avec. Dès lors, un décalage entre le « coup » - la crise - et

l'« après » - maintenant et après - peut représenter le temps nécessaire pour identifier les difficultés et requérir à de l'aide.

De par les moyens supplémentaires proposés, le PRR a répondu à un besoin exprimé par le secteur. Grâce à ceux-ci, les services ont pu mettre en place des dispositifs répondant aux enjeux de « mobilité » et d'« accessibilité bas-seuil ». Les dispositifs proposés dans le PRR ne sont, pour la plupart, pas des projets neufs car les besoins de mobilité et d'accessibilité bas-seuil étaient déjà présents avant que la crise ne les visibilise. La rapidité du secteur à se saisir de ces moyens témoigne de son dynamisme, de l'expérience et de l'ancrage des professionnel·le·s sur le terrain. Des espaces de réflexion et d'élaboration sont initiés au sein du réseau autour d'actualités et de préoccupations cliniques, sociales et politiques entre professionnel·le·s de la santé mentale au sens large. C'est notamment au travers de ces espaces de concertation que des réponses pour un soin de proximité, accessible et déstigmatisant avaient déjà été construites.

En guise de conclusion

Les éléments amenés ci-dessus résultent de **l'expertise et de l'ancrage sur le terrain** du secteur de l'ambulatoire. La **diversité** de l'offre d'aide et de soin du secteur doit être préservée – voire étendue – car elle offre les conditions nécessaires pour s'adapter à la pluralité des problématiques rencontrées. **La souplesse du cadre et l'autonomie des travailleur·euse·s** sont également des conditions requises pour faire soin car il faut pouvoir **s'adapter au rythme des bénéficiaires et à leur singularité** auquel cas c'est violence qui est faite. Les dispositifs nécessitent par ailleurs un temps de réflexion en amont de leur mise en place ainsi qu'un temps d'adaptation lorsqu'ils sont effectifs sur le terrain car il faut pouvoir accrocher les différents publics et aller à la rencontre de ceux qui ne passent pas les portes des services. Rappelons également que l'expertise des personnes ayant un parcours de soin enrichit le travail en santé mentale. En plus de favoriser l'« empowerment » des personnes concernées, le partage d'un vécu similaire illustre la résilience et la possibilité de rétablissement.

Au regard des multiples déterminants de la santé mentale et du cumul des problématiques, les acteur·rice·s de terrain doivent être en mesure d'adopter une **perspective intersectorielle pour construire une clinique partagée et complémentaire**. Celle-ci ne peut

se traduire sans des actions coordonnées entre les différents services de l'ambulatoire qui doivent, eux-mêmes, s'articuler à ceux de l'hospitalier et du résidentiel. Pour cela, les professionnel·le·s doivent **disposer de temps** pour investir les espaces de rencontre, d'échange, de concertation et d'élaboration entre professionnel·le·s. Il est également nécessaire de soutenir et promouvoir les dispositifs de soutien pour les professionnel·le·s qui sont susceptibles d'être confronté·e·s à des situations cliniques difficiles à surmonter.

5. Jeudi de l'Hémicycle

Au fil des rencontres entre les porteurs de projets, a émergé une volonté de rencontrer les parlementaires afin d'échanger sur les implications et perspectives des différentes initiatives mises en place tant sur le versant de la mobilité que sur celui de l'accessibilité bas-seuil. Plus concrètement, il s'agissait de permettre aux parlementaires d'avoir une vue concrète sur les actions rendues possible grâce au PRR car certains concepts reviennent régulièrement dans les discours mais ne sont pas toujours reliés à des réalités concrètes. C'est dans ce cadre que nous avons organisé, en collaboration avec l'organisation du parlement, une matinée de présentation du travail réalisé dans le cadre des projets PRR lors d'un jeudi de l'Hémicycle. Au vu du nombre important de projets subsidiés, nous avons décidé d'organiser des tables de discussion autour de thématiques transversales à l'ensemble des projets mobilité et lieux de liens. Les porteurs de projets ont été répartis par thématique en fonction de leurs sensibilités et suite à cela, des focus groupes ont été organisés afin de construire le propos décrit ci-dessous.

5.1 Approches communautaires & collectives

Crise sanitaire

Il va sans dire que la crise sanitaire a fortement mis à mal la santé mentale de la population, mais également le travail de terrain réalisé par les professionnel·le·s. Se réunir et faire des ateliers collectifs et communautaires n'a plus été possible et a, de ce fait, induit une rupture de liens avec les bénéficiaires. Les initiatives subsidiées dans le cadre du Plan de Relance ont permis de remettre en place des activités ayant notamment pour objectif de (re)rassembler les individus, de les faire sortir de chez eux et donc, de rompre l'isolement. Certains dispositifs

préexistaient à la crise sanitaire et ont dû se réinventer. Lors du premier confinement, il a fallu fermer l'accès aux services et essayer d'organiser des activités en distanciel via les plateformes numériques. Force a été de constater l'énorme fracture numérique à laquelle sont confrontés certains publics. Malgré l'enthousiasme de la réouverture, une partie du lien et de l'accueil proposé auparavant a disparu. Il a donc fallu penser cet accueil différemment.

Approches communautaires & collectives

Il n'y a pas de consensus relatif à la distinction du collectif et du communautaire. Nous pouvons offrir une première proposition de distinction. Le point de départ est l'accroche individuelle (JE). Ensuite, il y a le collectif (NOUS). Il s'agit de faire groupe, de rassembler les individus autour d'un but commun et cela permet de soutenir des facteurs tels que l'empowerment ou encore l'estime de soi. En d'autres termes, le groupe est au service de la santé mentale des individus qui le composent. Le communautaire (NOUS TOUS) a pour visée de prendre une place au sein de l'espace public, de jouer un rôle d'acteur·rice social dans le quartier. Ce n'est plus uniquement cloisonné à un petit groupe, c'est ouvert à la communauté, socle du sentiment d'appartenance.

L'individuel est la porte d'accès au collectif/communautaire. En effet, un premier temps est consacré à l'accroche individuelle et c'est seulement dans un deuxième temps qu'il y a l'inclusion au sein du groupe. Lorsqu'une personne se sent accueillie dès les premiers instants, une relation de confiance commence à se tisser au fur et à mesure des rencontres. Les activités communautaires/collectives constituent une modalité du travail en santé mentale qui se veut complémentaire – et qui ne se substitue donc pas - aux autres dispositifs mis en place sur le terrain (ex : consultation).

Robert –Vignette clinique par le SSM le Norois

Robert a 60 ans. Il a rejoint le groupe potager au mois de mars 2021, suite à la proposition de son psychiatre au Norois. C'est là que l'aventure a commencé, dit-il. Depuis mars, il vient régulièrement aux ateliers potagers qui sont proposés chaque semaine. Il s'engage à être présent et passe un coup de fil quand il ne peut pas venir. Il s'investit au potager mais aussi envers l'équipe du Norois: il connaît tous les prénoms des thérapeutes de l'équipe potagère et dit prendre plaisir de voir ces derniers toutes les semaines.

Robert n'habite pas le quartier et les trajets en transports en commun ne le démotivent pas à venir à l'atelier. Il a tenu à fêter son anniversaire avec l'équipe du Norois. Lors d'un atelier potager, il a ramené tous les ingrédients pour faire une salade afin de la manger ensemble et avait fait un gâteau à partager avec les participants et l'équipe du Norois. Les thérapeutes qui s'occupent du potager ignorent la raison qui a amené Robert à venir consulter au Norois. Cela lui permet de rencontrer les thérapeutes via un autre biais que la consultation.

Lors des mois d'été, Robert a voulu se rendre utile et a proposé de venir arroser les bacs potagers pendant les week-ends. N'habitant pas tout près, il n'a pourtant pas hésité à venir prendre soin du potager qu'il trouve splendide. Lors de la porte ouverte/exposition des ateliers communautaires du Norois au mois de juin 2022, il s'est proposé d'accueillir les visiteurs. A chaque atelier potager, Robert a le sourire et il souligne que cette aventure lui a permis de faire de belles rencontres. Il a échangé ses coordonnées avec un autre participant et les contacts entre les deux personnes se font également en dehors des ateliers potagers.

Grâce à des activités communes entre le projet potager et la coordination sociale, il a fait connaissance avec des acteurs travaillant dans d'autres asbl et a pu de cette sorte élargir son réseau de connaissances et être en lien avec d'autres structures.

Au-delà du collectif/communautaire, il y a parfois la volonté de pouvoir réorienter une demande dans le réseau. La réalisation d'un sociogramme permet notamment d'identifier le réseau autour de l'usager. Cela permet d'identifier les intervenant·e·s, ami·e·s, etc, sur lesquel·le·s l'usager peut s'appuyer en cas de difficulté. Parfois, un participant ne souhaite pas mettre un suivi psychologique (ou psychiatrique) en place, mais il éprouve le besoin de déposer quelques mots, de décharger certaines émotions de temps en temps à l'un ou l'autre interlocuteur de l'équipe. Et ça lui suffit. Le type d'écoute se fera en fonction du type de lien que la personne vient chercher.

Pour créer un lien qui fasse soin, il est nécessaire que le groupe soit perçu comme suffisamment contenant, sécuritaire et bienveillant. La difficulté est de faire lien avec des personnes pour qui le lien est insécurisant, menaçant et ce, surtout chez les plus précaires. Il s'agit dès lors d'un travail qui nécessite de prendre le temps.

Romula – Vignette clinique par le SSM d'Ici et d'Ailleurs

Elle a 15 ans, sa famille vient des pays de l'est, près de la Slovaquie. Elle a vécu dans la rue pendant plus d'un an et actuellement, elle loge avec toute sa famille dans un squat insalubre. Son quotidien est instable. Chaque jour se négocie après un autre. Pour Romula, il est presque impossible de se projeter au-delà du moment présent.

L'expérience de la rue a possiblement influé sur la manière dont elle s'est construite. Sa défense face au monde est donc une personnalité forte, comme une muraille qu'elle dresse autour d'elle. Elle ne donne pas facilement accès à elle, elle semble si méfiante. Elle s'entoure de garçons issus de la même communauté. Elle ne semble pas toujours avoir les codes avec les filles.

Sa manière de venir interroger les adultes est de faire des « blagues » avec un marqueur rouge sur ses avants-bras. Elle nous met sous le nez ses bras « ensanglantés ». Il se fait qu'elle se scarifie, elle attaque son corps lorsqu'elle est seule à la maison et que la colère la submerge. Elle n'en parle pas mais elle arbore presque fièrement ses bandages aux bras lorsqu'elle vient, en évitant les questions à ce sujet.

Elle a besoin d'être valorisée, regardée. Elle peut raconter cela à Tchaï. Le temps permet aussi de tisser un lien où elle ne se sent pas jugée et elle trouve un certain soutien.

Lorsque nous avons fait un atelier de gravure ensemble, elle se tenait en retrait, comme souvent, intéressée et à la fois détachée, comme pour se protéger. Elle a besoin qu'on l'accompagne car seule, elle ne va pas jusqu'au bout. Elle lâche, se désintéresse, devient partenaire de la distraction occasionnée par ses pairs pour mettre l'atelier à mal. Mais nous tenons le fil. Lorsque nous imprimons sa gravure, elle prend du plaisir, elle fait plusieurs essais de couleurs et le rendu est très beau. Lorsque je le nomme, elle est surprise, flattée, gênée mais elle me sourit. Un lien s'est tissé entre nous.

Lorsqu'elle arrive un jour en retard, je lui demande si elle va bien, j'interroge la raison de son retard. Elle dira qu'elle est allée à l'hôpital car elle craignait d'être enceinte. Dans ce monde peu empreint de douceur qui l'entoure, à qui peut-elle adresser ses questions sur la sexualité ou la contraception ?

Après une réflexion d'équipe, je lui propose des préservatifs tout en amenant la question de la contraception. Elle n'en a pas. Elle n'ose pas non plus imposer le préservatif à son partenaire. Je lui propose de l'accompagner dans un planning familial pour un rendez-vous de sensibilisation ainsi qu'un rendez-vous gynécologique. Ainsi, pourrait-elle avoir plus de connaissances et adresser ses questions. Seulement, elle ne se lèvera pas pour le rendez-vous.

Le lien ne suffit pas. Il aurait fallu que je vienne la chercher chez elle pour l'accompagner au rendez-vous. Romula n'est pas en demande, comme beaucoup de ces jeunes. Elle subit ce qu'elle vit et ne parvient pas à prendre une part réellement active. La vie coule sur elle avec ses aspects durs et négatifs comme elle peut être plus positive à d'autres rares moments.

Dans quelque temps, le lien sera peut-être suffisamment solide pour qu'elle se l'approprie, comme une forme de confiance en elle, voire même de désir qui se met en mouvement. Cela demande du temps et une équipe qui lui offre un cadre sécurisant et bien plus que soutenant, qui l'anime, la pousse mais en douceur. Peut-être pourra-t-elle se projeter un peu plus dans un avenir enviable?

Les modes de gouvernances participatifs, la co-construction et l'horizontalité des rapports entre professionnel·le·s et patients permettent de construire un espace sécure, un sentiment d'appartenance au groupe mais participe également à la déstigmatisation. En effet, déconstruire les relations expert·e·s/patient·e·s participe à la déconstruction des étiquettes. Cela permet d'aborder les personnes par un autre biais que celui du patient, de pousser les limites de ces catégories et ainsi que créer un collectif/une communauté qui se veut mixte.

Le modèle de co-gestion permet une co-organisation entre les participant·e·s, les services partenaires, les professionnel·le·s du lieu, les proches, etc. L'accueil peut, par exemple, être à la fois assuré par du personnel détaché d'institutions partenaires, ou par des bénévoles membres. En ce qui concerne les activités mises en place, celles-ci sont pensées en fonction des envies et compétences des personnes qui fréquentent le lieu. Soit les membres amènent un savoir, une envie qui se concrétise, soit un·e membre de l'équipe propose une activité et trouve dans les membres quelqu'un pour co-animer. Dans ce cadre, la particularité de la fonction de coordination est d'amener les besoins au bon endroit et de s'assurer que les choses soient pensées et concrétisées.

L'ouverture et l'ancrage dans le quartier donne la possibilité aux publics touchés de (re)prendre une place dans l'espace public. Les activités collectives/communautaires réalisées permettent de mettre en mouvement les individus et cela peut amener des choses qui vont plus loin (formation pair-aidance, apprentissage, apport culturel, ...). De plus, cela favorise la mixité des publics participant aux activités. Certains services collaborent avec le centre culturel de leur commune afin de faire découvrir à leurs usagers les différentes possibilités d'activités accessibles à tous. Les activités extérieures telles que les sorties aux musées, à l'opéra, au cinéma constituent pour certain une première, une découverte. Au travers de cela, les services cherchent à réduire les seuils d'accès à la culture. D'autres initiatives permettent également d'être ouvert sur le quartier comme la mise en place d'un potager participatif, la récupération et redistribution d'invendus, etc. Cela participe à déstigmatiser, à créer du lien et à se sentir reconnu comme un acteur·rice social dans le quartier.

Au-delà de la création des liens avec le public, il est également important de faire lien avec le réseau. Cela permet de toucher des publics qui ne passent pas les portes des services de santé mentale mais également de favoriser l'interconnaissance entre les services. Le constat de cette crise a également soulevé le besoin d'un soutien et d'une solidarité entre les travailleur·euse·s

du secteur. Le PRR a donné les moyens de mettre en place des dispositifs de soutien aux travailleur·euse·s de première ligne notamment par le biais d'intervisions. Au-delà des répercussions positives sur les travailleur·euse·s, ces dispositifs ont également des répercussions positives sur le travail de terrain et par voie de conséquence sur les usagers.

Dans les missions du PRR, on retrouve également l'aspect des rencontres entre professionnel·le·s pour élaborer des projets collectifs afin de répondre à la précarité sociale des habitants d'un quartier donné. De nombreux acteur·rice·s de terrain se sont ainsi investi·e·s dans les coordinations sociales, ont créé de nouveaux partenariats avec des institutions du quartier permettant d'organiser des activités concrètes ouvertes à tout public. L'objectif étant toujours de subvenir aux besoins des bénéficiaires, habitant·e·s et travailleur·euse·s, et de promouvoir le renforcement des liens et la déstigmatisation de la santé mentale.

La présence des professionnel·le·s est importante au sein de ces lieux. Ils sont garants de la sécurité, de la création de liens ainsi que de la contenance du groupe. Si les projets étaient amenés à ne pas être reconduits, c'est une forme de violence qui serait à la fois faite aux professionnel·le·s engagé·e·s dans le cadre du PRR mais surtout aux bénéficiaires ayant accroché aux dispositifs.

5.2 Grandes précarités

Aujourd'hui, la relation entre la santé et les déterminants sociaux n'est plus à démontrer. On sait ainsi que la santé, y compris la santé mentale, suit un gradient social : au moins la situation socio-économique est bonne, au plus les indicateurs de santé se dégradent (Gisle et al., 2018[12] ; Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019[13]). Par exemple, la fréquence des troubles mentaux augmente à mesure que le niveau éducationnel baisse (Gisle et al., 2018).

[12] Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Santé mentale. Enquête de santé 2018. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

[13] Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? (2019). Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé. Commission communautaire commune.

On voit donc que les inégalités sociales créent également des inégalités en matière de santé, alors même qu'avec la crise sanitaire liée au COVID-19, les inégalités sociales pourtant déjà bien présentes à Bruxelles se sont vues renforcer (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2020[14]). La crise sanitaire a mis en lumière et a renforcé les inégalités. La précarisation psycho-sociale est de plus en plus importante : perte d'emploi, perte de revenus, perte de logement, dégradation des relations familiales, isolement, report de soin, rupture de liens avec les services, etc. La dématérialisation des services est un mouvement qui s'est amplifié avec la crise sanitaire. Il y a moins de temps, moins de liens avec les individus qui peuvent, dès lors, ne plus se sentir considérés pouvant aller jusqu'à une désappartenance sociale. Ajouté à cela, la distanciation sociale a entamé le lien qui liait les usagers aux services.

Les problématiques sont multiformes et sont susceptibles de se cumuler : familiales, socio-économiques, de santé, de santé mentale, liées aux assuétudes, au parcours migratoire, etc. En ce qui concerne les assuétudes, le cumul des difficultés face aux déterminants tels que le logement, le travail, la langue, la protection sociale, le revenu, le statut administratif, etc, provoquent une exclusion "chronique" des personnes usagères de drogues (PUD). Les causes de ce phénomène sont multiples : non-recours, absence de droit, report de soin pour raisons financières, seuil d'accessibilité, etc. Les parcours en rue se caractérisent également par une nébuleuse de manques : les vulnérabilités relationnelles (manque de considération/stigmate, manque de liens fiables et stables, manque d'ancrage/désaffiliation – isolement etc.), les fragilités socio-économiques (pas d'accès à l'emploi, pas de logement, implication dans l'économie parallèle, etc.) et la fragilisation psychique.

En ce qui concerne la migration, le territoire bruxellois a toujours rencontré des vagues successives. Depuis 5 ans, ce sont principalement des jeunes adolescent·e·s et de jeunes adultes, venant pour la plupart du nord de l'Afrique, qui arrivent en rue avec des consommations de médicaments détournés. Ces consommations proviennent soit du pays d'origine (bien souvent issues du marché noir), soit sont initiées comme traitement lors du trajet migratoire dans l'un ou l'autre centre du pays d'accueil. Pour ces personnes migrantes, la problématique est double : la continuité des soins est très souvent rompue et les personnes

[14] Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2020). Baromètre social 2020. Bruxelles : Commission communautaire commune.

doivent se débrouiller avec ce qu'ils trouvent sur place. En parallèle, les conditions de vie et habitudes de consommations locales viennent s'ajouter à l'existant. A cela s'ajoute la non-perspective chez les jeunes quant à leur avenir de par une absence de perspective concernant une possible régularisation des papiers. Cela peut notamment expliquer tout une série de conduites à risque.

Le cumul des problématiques entraîne un labyrinthe administratif car les secteurs sont cloisonnés, les usagers sont renvoyés d'un service à l'autre car « pas assez » ou « trop » fou, pauvre, jeune, etc. Pour permettre une prise en charge adaptée, il faut casser ces murs et rassembler les intervenants – inter et intra sectorielle - pour aborder les multiples problématiques qu'un individu rencontre.

Vignette Clinique par l'asbl Dune

Cette vignette relate l'histoire de F., une femme de 40 ans, que nous connaissons depuis plus de 10 ans. Elle est mère de quatre enfants, deux filles dont elle a été séparée et avec qui elle maintient des contacts réguliers et un garçon et une fille avec qui elle n'a plus de contact.

Elle est en couple et partage son appartement avec un homme psychiquement et physiquement violent, une situation d'emprise dont elle ne parvient pas à s'extirper. Elle se passionne pour les questions ésotériques dont elle parle avec passion, sa nature enthousiaste contraste avec la brutalité de son parcours. Nos discussions mettent en avant la multiplicité de ses envies ainsi que la richesse de ses ressources. Mais, dans sa situation actuelle, ses capacités à se protéger et à se mobiliser sont fortement affaiblies.

Au mois de juillet, elle reprend spontanément contact avec l'équipe, pour nous confier qu' « *elle ne va pas bien* ». Elle n'a plus accès à son compte en banque, son électricité a été coupé, les factures sont impayées et elle se sent très isolée. Les semaines passent, nous reprenons régulièrement contact en lui proposant de venir à Dune aux heures de permanences et d'accueil mais elle ne vient pas. Nous passons également à son domicile mais elle est absente... Au fil des contacts téléphoniques, nous réalisons que la situation psycho médicosociale se dégrade rapidement, elle nous parle de fièvre, de difficultés à respirer et de gène thoracique. Chaque jour, nous l'encourageons à se rendre aux urgences/appeler une ambulance en lui proposant un accompagnement pour la soutenir dans cette démarche. Nous l'informons sur les risques de septicémie et d'endocardite qui sont importants. Nous partageons notre inquiétude et elle, les siennes. Dans la discussion, elle nous fait part de l'impossibilité d'être hospitalisée sans argent et sans produit. F. consomme de l'héroïne par voie intraveineuse et fume du crack. Elle a de la méthadone, mais ne s'en sert quasi pas, elle ne souhaite pas être substituée, elle envisage cette option comme une nouvelle dépendance. Elle ne peut pas penser l'hospitalisation sans consommation. Prise dans une dépendance financière avec son entourage, elle ne parvient pas à se procurer son produit qui lui permettrait d'entrer sereinement à l'hôpital.

L'équipe se balade sur ce fil de la « juste proximité » ; rester présent.e.s/disponible.s, lui transmettre les informations et notre inquiétude qui grandit, sans devenir trop envahissant.e.s au risque de perdre le lien.

De plus en plus déprimée, en pleurs lors de nos contacts, elle nous confie souffrir du regard des autres et des stigmates, ses voisins, son compagnon qui la traite devant nous de « *déchet* ». Terrible violence que nous tentons, lors de moments privilégiés de lui renvoyer en lui glissant que personne n'a à vivre ce genre de propos. Elle n'a plus envie de rien, plus de projets, elle ne trouve ni la force ni le sens pour se mobiliser. Elle écrit une lettre en prévoyant de peut-être mettre fin à ses jours, elle évoque cette fin de vie avec l'une de ses filles. Une consultation médicale par téléphone confirme les inquiétudes, sa situation est fragile et le médecin lui exprime que « *c'est un miracle qu'elle soit encore vivante* ».

Après des semaines de dialogue et d'accompagnement, de rendez-vous manqués, reportés, nous arrivons finalement à l'hôpital un mardi à 18h30. Le premier accueil passé, la situation se crispe rapidement. Le médecin de garde, bien conscient de la situation d'urgence et de la grande détresse, refuse malgré tout de prendre en compte les besoins de F. (impossibilité de lui placer une perfusion à certains endroits car son capital veineux est trop endommagé). Un flot de reproches et de jugements se déversent sur nous : *« Quand vous venez avec une personne qui a autant de problèmes, pourquoi venir en soirée ? Il faut venir en après-midi Madame, là je ne peux rien faire, vous me demandez des soins qui ne relèvent pas des urgences !* ». F. est dans la même pièce mais c'est aux travailleuses sociales que le médecin s'adresse, comme si elle n'existait pas…. Aucun questionnement ne nous est adressé, aucune recherche de compréhension de la situation ou sur le parcours de F. qui nous a finalement amené ici. Face à ce jugement d'autorité, après quelques secondes de sidération, nous reprenons nos esprits. Nous tentons de mettre notre colère de côté pour permettre d'atteindre notre objectif du jour, une mise à l'abri de F. Nous proposons des alternatives, nous exprimons nos inquiétudes face à la situation, demandons de réfléchir ensemble pour construire une solution au vu de l'urgence de la situation.

Le médecin reste inflexible, la tension monte. F. se sent prisonnière d'un système qui l'humilie, elle fait face à une machine à détruire toute estime de soi, un rouleau compresseur sur lequel elle n'a pas de prise : « *C'est comme le lotto ici, une fois sur deux je suis mal accueillie, tant pis, cette fois-ci ce n'était pas la bonne. Venez j'en ai marre, on laisse tomber. Oui Monsieur, je vais signer votre décharge, comme ça vous êtes débarrassé de moi, je sais bien Monsieur, je suis toxicomane* ». Les jours qui suivent mériteraient une seconde vignette mais nous nous contenterons de dire que F. sera finalement hospitalisée, le diagnostic d'infection généralisée sera confirmé et nous mettrons un suivi intensif en place en termes de visites et de soutien.

Il a fallu pas moins d'une centaine d'heures de travail psycho médico-social et la mobilisation active de 5 personnes de l'équipe pour que F. puisse être finalement hospitalisée, trouver des portes ouvertes, des dialogues possibles, un espace d'écoute. Nous l'avons rencontrée, nous l'avons soignée et accompagnée, nous avons forcés des portes d'entrée, nous avons eu peur. Plus tard, au moment où elle était menacée par sa santé, nous avons vu les portes se fermer. Qui résisterait à ce dénigrement ?

Elle a besoin que ça change et nous aussi. Les stigmates et les représentations autours des consommateur.rice.s produisent de l'exclusion sociale et renforcent la souffrance psychique des personnes déjà fragilisées. Quand ces représentations sont portées par des soignants, la violence est encore amplifiée et vient se surajoutée aux facteurs qui éloignent les personnes des parcours de soins.

Les moyens mis en place dans le cadre du PRR ont pu rencontrer, au moins en partie, les besoins des publics les plus fragilisés mais également ceux des travailleur·euse·s de première ligne. Une attention a été portée sur la possibilité d'offrir un service d'accueil propice à la (re)création de liens avec les usagers mais également de promouvoir une offre de services bas-seuil (sans conditions) tels que des permanences d'écoute psychosociale, des maraudes ou encore le détachement de corps de métier dans des services accueillant des publics précaires. Des activités participatives et communautaires ont également pu être mises en place et ce, en co-construction avec les usagers. Le fil rouge de ces actions est celui de recréer des liens auprès de celles et ceux qui vivent des situations de grandes précarités et d'insécurités sociales. Elles nous permettent de rapprocher l'offre sociale des personnes les plus en rupture et progressivement, par l'établissement d'un lien de confiance, une présence fiable et stable dans le temps, de faire tuteur de résilience, point d'appui pour les personnes.

Un autre point d'attention est d'envisager la personne, non pas au travers de ses difficultés et/ou d'un diagnostic mais comme un acteur·rice, un citoyen·ne ayant des compétences. Pour ce faire, un travail sur la confiance et l'estime de soi est essentiel et nécessite de donner le temps aux individus de faire confiance et de leur redonner envie de faire des choses. Pour les publics en situation de grande précarité, leur proposer des solutions ne suffit pas car leur estime d'eux-mêmes est tellement faible qu'ils ne seront pas en mesure de saisir ces solutions. C'est un travail important, qui demande du temps.

Par ailleurs, certains professionnel·le·s peuvent se sentir désemparé·e·s face à certaines problématiques. Certains services travaillent notamment avec des professionnel·le·s de logements sociaux, de CPAS, de maisons d'accueil ou de centres d'hébergement d'urgence pour sans-abris qui se trouvent aux prises avec des publics en grande souffrance psychique, avec des comportements étranges ou dérangeants. Le travail consiste à soutenir les professionnel·le·s dans l'accompagnement qu'ils font de leurs usagers à travers des interventions rapides de terrain autour de situations individuelles, des formations, des supervisions et/ou des intervisions.

5.3 Hors les murs

Il y a un clivage important entre les besoins et la demande. En effet, parmi les publics rencontrés, les travailleur·euse·s constatent des besoins énormes pour lesquels il n'y a pas de demande. Cela mène au constat que les dispositifs actuels comportent des lacunes et des limites.

Le premier seuil d'accessibilité des services de santé mentale se situe d'emblée hors des murs, puisqu'il réside dans l'acte de la première prise de contact, par la parole. Il est alors nécessaire d'envisager des modalités qui permettent d'accrocher ces personnes dont la parole ne porte pas ou n'est pas portée, là où elles se trouvent physiquement et psychiquement. C'est par exemple au travers d'une activité communautaire tel qu'un café connecté (accompagnement social et numérique) que l'on peut accrocher les publics sur base de leurs questionnements et ainsi, créer un lien et de la confiance. Un autre exemple est d'avoir l'opportunité d'un lieu implanté au cœur de la cité car c'est un moyen par lequel il est possible de toucher un autre public - celui qui ne passe pas la porte des services – et donc, notamment un public très isolé.

Vignette clinique par le Centre de Guidance d'Etterbeek

Le Projet EoLien est le projet « Mobilité » du Centre de guidance, soutenu par la COCOF. Notre mission étant d'améliorer l'accessibilité en santé mentale. Nous travaillons sur la prévention, la déstigmatisation (des usagers et des équipes) et la sensibilisation aux questions du domaine. Pour cela, nous nous rendons visible et présent dans divers lieux de la commune. Nous l'illustrons par le cas de Mme P. . Mme P vit avec son fils de 50 ans souffrant d'un handicap moteur et mental. Nous nommerons ce dernier Georges. La relation entre les deux est très tendue et la vie est difficile à vivre au quotidien. Mme P est âgée et s'inquiète de ce que deviendra son fils quand elle ne pourra plus l'aider. Mme P s'est toujours beaucoup occupée de son fils, au détriment de ses autres enfants avec qui elle a « coupé les ponts », privant ainsi son fils de sa fratrie. A la maison, les disputes sont quotidiennes : Mme P reproche à son fils de mal se conduire. Georges reproche à sa mère d'être constamment « sur son dos » et de l'étouffer. Les disputes sont parfois violentes, tant verbales que physiques. Georges quitte parfois la maison. Il fugue et va porter plainte à la police. Georges parle de passage à l'acte qui peuvent être violent, tant sur sa personne que sur autrui. Il y a peu d'intervenants pour les aider à régler leur conflit mis à part leur médecin généraliste en qui ils semblent avoir toute confiance et dont ils écoutent les quelques conseils. Mme P a toujours refusé de l'aide d'amis ou de professionnels, qu'ils soient psychologues ou assistant sociaux. Son fils fréquente un centre de jour dans lequel nous organisons plusieurs activités. Nous le connaissons, il nous connaît. En été, nous avons participé à un événement d'un service de la commune. Durant celui-ci, nous nous rendions, avec le service, dans les différents quartiers, sur les places et dans les parcs. Un jeu de pétanque est installé, il fait beau, des casquettes et de l'eau sont distribuées. Nous rencontrons les personnes qui viennent poser des questions sur le service communal et nous en profitons pour expliquer le projet du centre de guidance. L'évènement se déroulant non loin du centre de jour, les usagers sont venus participer à l'agréable journée. C'est à cette occasion que nous rencontrons Mme P pour la première fois. Elle se présente et parle beaucoup de son fils. Je lui apprends qui nous sommes et que nous le connaissons. Nous l'écoutons nous raconter ses difficultés du quotidien, les séjours de son fils dans des institutions « où ça n'a pas marché » et l'incompréhension de sa famille à l'égard des difficultés de son fils.

Quelques semaines plus tard, Le fils de Mme P fugue. Il passe la nuit dans la rue et se rend au centre de jour sans rentrer chez lui. Mme P est très inquiète et questionne le centre de jour. Celui-ci est en difficulté car s'il comprend les inquiétudes de madame, il veille - à préserver l'intimité et l'espace de son usager. Le médecin conseille de voir un.e psychologue afin de pouvoir les aider dans cette inextricable relation. Mme P se souvient de notre rencontre : « Un psychologue non, mais avec lui je veux bien. » Nous avons pu alors voir Mme P et son fils, ensemble et individuellement, et commencer un travail thérapeutique avec chacun d'eux en relayant aux collègues du SSM. Ces espaces de paroles créés, le centre de jour a pu retrouver des relations saines avec Mme P et Georges.

Cet exemple montre la nécessité de multiplier les possibilités d'accéder à une prise en charge, d'adresser une demande à un service de santé mentale en déstigmatisant les intervenants et l'accès à des soins de santé mentale ainsi que de participer au maillage institutionnel du quartier.

De plus, le tabou autour de la santé mentale et de la consultation peut générer une peur auprès de certains publics. Les notions de santé mentale font, par exemple, peur aux jeunes ; il y a quelque part un désir d'aller consulter, mais ils n'osent pas, ils remettent à plus tard. Il faut par conséquent pousser les murs, être flexible sur le cadre pour offrir un soutien psychologique ou psychiatrique pour les plus demandeurs qui n'osent pas formuler la demande.

Un autre seuil concerne les critères d'admission, et donc une limitation de l'accessibilité de certains services. Cela génère de la frustration auprès des usagers qui sont, dès lors, susceptibles de décrocher du système de soin dit classique.

A cela s'ajoutent les listes d'attente dues à la saturation des services. Certaines personnes se retrouvent donc fortement isolées, en situation de grande précarité et/ou ont une problématique psychiatrique, et en décrochage du réseau de soin et du réseau social.

Ces différents éléments nous amènent à souligner l'importance d'aller à la rencontre des publics qui ne passent pas les portes des services et/ou de proposer des dispositifs qui permettent d'accueillir rapidement la souffrance de ceux.celles qui poussent la porte.

Vignette clinique par le SSM Nouveau Centre Primavera

Voici une vignette qui explique l'importance de recevoir, d'écouter et d'entendre des questionnements, peurs et angoisses exacerbés par le contexte général et actuel d'incertitudes.

Un jeune homme âgé d'une vingtaine d'années tente de débuter sa vie professionnelle après 5 années d'études « *sans embûche* ». Il fait appel à l'Espace-Relance suite à une rupture amoureuse douloureuse. Celle-ci a amené le patient à s'interroger sur un *sens* à donner à sa vie. Mais il abordera davantage, en entretien, sa consommation excessive de cannabis, de joints ainsi que son histoire familiale douloureuse faisant écho à la séparation de ses parents, à l'addiction de son père et à la vie de famille qu'il ne tolère plus. Au travers des rencontres, il a pu trouver le soutien et la motivation nécessaire pour mettre en place de nouvelles initiatives tant au niveau professionnel avec la recherche active d'un travail qu'au niveau personnel avec la recherche d'un appartement pour débuter sa vie de façon autonome. Si le patient arrivait systématiquement angoissé à chaque séance, il a pu dire à quel point chaque entretien pouvait lui apporter le soutien, l'écoute et la bienveillance qu'il recherchait ailleurs avant de solliciter l'Espace-Relance.

Dans ce cadre, le dispositif des 4 séances de l'Espace-Relance permet de répondre immédiatement aux demandes, dans notre centre en particulier et au sein du réseau, alors que les délais d'attente s'allongent et saturent pour les prises en charge plus soutenues. Le but de ce dispositif est de répondre aux demandes urgentes des jeunes âgés de 18 à 30 ans que nous ne pouvons plus réceptionner autrement. De plus, nous notons que, pour ce public, lorsqu'une demande est formulée dans l'urgence, l'attente semble ensuite très compliquée à envisager de par les situations qu'ils et elles traversent à ce moment-là précisément.

Le travail des équipes mobiles consiste, par exemple, à (ré)-accrocher les individus au réseau en commençant par les besoins primaires (administratif, alimentation, ...), et en élargissant progressivement ce réseau. L'objectif est ainsi d'avoir une approche globale et intégrée, adaptée aux besoins des individus et de leur contexte.

Madame F. – Vignette clinique par Mobiwest

Madame F. a 53 ans, est divorcée et sans enfant. Elle vit seule dans un appartement à Koekelberg. Madame dit être en dépression depuis 10 ans, période qui correspond à son divorce ; elle aurait vécu un premier épisode dépressif en 2003, qui aurait mené à un traitement médicamenteux.

En décembre 2020, un intervenant social d'un SSM, partage ses difficultés vécues dans le suivi comme de mettre en place une aide-familiale, un suivi psychologique et psychiatrique. Par cette demande de prise en charge, l'intention est de développer un réseau psychosocial autour de Mme F. mais aussi d'éviter un essoufflement de la part de l'intervenant social face à une situation complexe dans le domaine de la santé mentale/de la psychiatrie. Par ailleurs, le service envoyeur dans sa demande d'accompagnement est diverse comme par exemple, surmonter sa peur de l'extérieur (prendre les transports en commun, se rendre à des rendez-vous médicaux), déployer son réseau de soutien (mettre en place une aide-ménagère, un suivi médical et psychologique).

Depuis le début de l'accompagnement de Madame F., Mobiwest semble jouer une fonction de réceptacle pour Madame. Lors de nos visites à domicile, Madame se plaint de douleurs corporelles et peut être également dans des exigences concernant des actions à entreprendre, peut s'exprimer de façon théâtrale et se positionner en tant que victime. Elle exprime avoir peur que si elle va trop bien, nous l'abandonnons et que si elle va trop mal, nous n'allons plus la supporter. Madame sollicite activement nos permanences téléphoniques en déposant ses angoisses (via des SMS et des coups de fil). Madame est fixée sur le passé qu'elle trouve merveilleux et montre des difficultés à s'ancrer dans le présent.

Madame peut solliciter son réseau intensément jusqu'à épuisement et/ou le mettre à distance de manière répétitive. La rupture de lien est possible et Madame va le vivre comme un abandon. Madame peut tester le cadre de travail et à le mettre à mal ; il semblerait qu'il faut jongler entre un cadre ferme et rassurant tout en faisant preuve de flexibilité par moment.

Nos interventions auprès de Madame sont diversifiées comme par exemple l'accompagner à des rendez-vous médicaux et dans les grandes surfaces, la mettre en lien avec des services d'aide à domicile. Nos interventions ont notamment pour intention d'ancrer Madame dans son présent, de contenir ses angoisses et de limiter son éparpillement dans ses actions et pensées. Aussi, nous reconnaissons et légitimons ses difficultés. Nous nous autorisons également à l'occasion de renforcer positivement son évolution tout en tenant compte de sa dynamique qui peut saboter les choses pour éviter qu'on s'en aille. Et nous tentons de développer un lien sécurisant. Par ailleurs, nous essayons régulièrement d'ouvrir l'horizon de Madame en la sensibilisant au monde culturel et aux lieux de liens situés non loin de son environnement géographique.

Au fur et à mesure des rencontres, nous remarquons que Madame gagne progressivement en autonomie, comme par exemple, elle a pu se rendre dans un magasin pour acheter un GSM. Elle parvient à s'adapter face aux aléas du quotidien (elle n'a plus de pain et doit se rendre seule à la boulangerie) et à gérer ses frustrations (comme par exemple en ce qui concerne Mobiwest, se voir imposer le déplacement d'un rendez-vous ou le changement de binôme lors des rendez-vous).

Par ailleurs, par le biais des bilans de notre accompagnement menés par le psychiatre de Mobiwest, Madame a pu nommer que Mobiwest a une fonction d'apprentissage, de sécurité et de contenance. Mobiwest lui permet d'être mal, ce qui la fait mieux rebondir par la suite.

En ce qui concerne l'implication du SSM dans le quotidien, celui-ci reste présent par le travail administratif demandé par Madame. Il est à souligner que par ce travail en réseau autour de Madame, l'accompagnement est mutualisé par nos spécificités communes, permettant à chacun de tenir un rôle précis autour d'elle et de s'inscrire dans un paysage d'aide et de soutien, soutenu et réfléchi. Par nos accompagnements ciblés sur la personne, nous tenons compte de sa propre temporalité, nous déployons ses ressources et l'inscrivons dans le réseau dans la mesure du possible afin d'éviter un isolement social et une précarisation du lien.

Cela demande du temps car il ne s'agit pas uniquement d'aller à leur rencontre, il faut pouvoir nouer un lien, générer de la confiance pour les accrocher. Pour cela, il faut mettre en place des dispositifs subtils, créatifs, flexibles et capables d'accrocher ces publics. Un des moyens utilisés consiste à détacher des travailleur·euse·s dans des structures qui touchent des publics qu'eux ne touchaient initialement pas. Cela permet d'apporter un regard sur la santé mentale et ainsi de soutenir une réflexion clinique de ce qui se joue pour le public concerné.

Le travail de lien avec le réseau est également un point important avec comme objectifs de dévulgariser les notions de santé mentale mais également de faire connaître le projet aux partenaires du réseau. Améliorer l'interconnaissance entre services permet de toucher d'autres types de publics car ce sont les travailleur·euse·s des autres ASBL qui vont être les potentiels envoyeurs.

Certains projets n'auraient pas pu se penser en amont car il a fallu se confronter à la réalité du terrain pour comprendre comment faciliter les rencontres et permettre à ceux qui le veulent de prendre la parole et de s'adresser aux différents services. C'est un processus qui prend du temps : le temps que les professionnel·le·s puissent élaborer une question, une demande à un service. Il faut ensuite le temps de construire une proposition cohérente, qui a du sens. Cela nécessite de procéder par essai-erreur. Il y a aussi le temps de la rencontre, de la construction d'une relation avec le public visé. Cela nécessite une présence de la part du service, une présence régulière. Enfin, il y a le temps de l'élaboration d'une demande de la part du public visé, demande qui se formule quand une relation est suffisamment rassurante, bienveillante et soutenante.

Le projet ne peut pas se calculer en un nombre de personnes rencontrées, étant donné que le travail du lien s'inscrit sur un temps long. La difficulté est de faire lien avec les personnes, surtout les plus précaires, pour qui le lien est insécurisant, menaçant. Il s'agit dès lors d'un travail compliqué qui nécessite de prendre le temps

5.4 Professionnel·le·s en détresse

Les acteur·rice·s de terrain autour de la table veulent souligner qu'ils ne sont pas en détresse : ils manquent de moyens pour faire le travail qu'ils devraient faire, qu'ils souhaitent faire et qu'ils savent faire.

La pression est énorme sur les professionnel·le·s du soin et tout le monde est débordé, à la fois par sa propre consultation et par celle de l'autre. Les professionnel·le·s travaillent sans cesse dans l'urgence, mais le travail dans l'urgence ne permet pas de conserver sa capacité à penser.

Le système de soin tel qu'il est aujourd'hui élaboré ne permet pas de répondre aux besoins de la population. La qualité de l'offre de soins passe par des moyens structurels. Chaque SSM a développé un savoir-faire propre, en lien avec les caractéristiques de la population reçue et du territoire couvert. Les SSM ont une philosophie commune mais ils ont également tous des spécificités qui relèvent de la connaissance et de l'adaptation aux besoins de leur population. Il est nécessaire de préserver la diversité des services et des dispositifs.

Faire soin dans la cité en 3 axes

> Axe clinique

Les intervenant·e·s se rendent disponibles auprès d'autres professionnel·le·s grâce à des dispositifs de proximité et de seconde ligne qui permettent une réponse rapide.

Vignette illustratrice d'une modalité de travail du Smes Support : les supervisions cliniques

Le caractère inédit de la situation des deux dernières années a bousculé l'organisation des institutions qui accueillent les personnes en grande précarité, voire sans abri. Dans ce contexte, les dispositifs d'hébergements ont été les plus nombreux à faire appel à notre soutien. Comment faire avec ceux qui ne parlent pas, ceux qui parlent tout le temps, ceux qui évitent tout contact et ceux qui ont un moyen de communication non acceptable dans une institution ? Comment accompagner une personne qui ne demande rien et pense que les autres lui veulent toujours du mal ? Comment faire comprendre à une personne qu'elle a besoin de soin ? Autant de questions qui mettaient les travailleurs dans l'impasse au quotidien.

Ainsi, par exemple, nous avons été interpellés par une équipe divisée face aux comportements d'un hébergé, Monsieur B. Celui-ci, ne respectait pas les contraintes institutionnelles, les règles établies, et par ailleurs, exigeait que l'équipe cherche, à sa place, une solution d'hébergement pérenne. Certains travailleurs étaient à bout de souffle et d'autres trouvaient des moyens d'échapper à la situation en évitant la personne. Ce qui était fondamentalement en jeu était la prolongation ou non du séjour pour la personne au sein de l'institution.

Nous avons rencontré toute l'équipe sur le mode de « supervision clinique » autour de cette situation d'impasse. Nous avons pris le temps ensemble de déplier la globalité de la situation, à savoir, le parcours de vie de Monsieur, son parcours institutionnel, ses points d'intérêt, ses moments de rupture du lien social et personnel, … En nous intéressant à ce qui fait lien social pour lui et aux points de rupture, nous avons pu construire ensemble une autre façon d'accueillir le comportement particulier de ce Monsieur ainsi que comprendre différemment ses exigences. Ce temps précieux de réflexion en équipe a conduit à l'apaisement de ses membres qui se sentaient en souffrance et à éviter l'expulsion de l'institution en proposant à Monsieur B un accompagnement qui n'était pas conditionné par un projet ou une progression quelconque.

Cette manière de faire, en plaçant la personne au cœur des réflexions, permet une nouvelle voie, une autre façon de poser le problème que celui de l'éternel débat sur la compatibilité de la personne avec l'institution. Notre option était avant tout de soutenir les travailleurs non pas à l'intégration à tout prix d'un ensemble de personnes mais de les accompagner à faire du cas par cas, un accompagnement sur mesure pour chaque personne accueillie. Maintenir cette position dans l'accompagnement a également l'avantage de déplacer l'accent qui est généralement mis sur le règlement, la communauté, l'institution, sur une question en lien direct avec la personne. Ainsi, sortir des généralités, permettait à l'équipe de faire corps autour des situations complexes de manière individuelle. Cette manière de faire corps permettait notamment aux nouvelles équipes de construire une identité soutenante, un socle commun dans le quotidien.

Finalement, les nombreuses difficultés auxquelles les équipes de travailleurs sociaux étaient confrontées – outre le fait de rencontrer des personnes qui échappaient jusque-là aux institutions - mettaient en valeur la notion du temps ou plutôt de la temporalité nécessaire à l'accompagnement. Quand l'urgence se faisait ressentir ou quand l'objet social de l'institution était trop présent, trop pressant, l'impasse énoncée dénonçait finalement plutôt une difficulté conjoncturelle de l'institution.

De plus en plus de situations s'énoncent sur le versant psychologique et psychiatrique à des endroits divers, mais pas forcément dans les lieux où se trouvent habituellement les "psy". Offrir des permanences d'écoute permet d'ouvrir les portes aux professionnel·le·s qui se retrouvent confrontés à des publics qui présentent certaines problématiques en santé mentale, problématiques face auxquelles ils peuvent parfois se sentir désemparés.

Vignette clinique par le SSM le Méridien

Les demandes de prises en charge en Service de Santé mentale concernant un jeune mineur d'âge sont majoritairement adressées par un intervenant extérieur. Il y a donc à attraper, à saisir, une demande faite par et pour un tiers. Le jeune enfant ne contacte pas lui-même, pour des raisons évidentes. Pour quelles raisons n'est-ce pas le parent lui-même qui prend contact ? Par un défaut de repérage des difficultés de l'enfant ? (Nous pourrions nous arrêter là et déployer cette question longuement sur les enjeux psychiques conscients et inconscients du déni parental, mais ce n'est pas le propos qui nous occupe), soit pour une question de langue et d'inhibition par rapport aux services de sentiment de légitimité? Pour une raison culturelle ? Il existe de nombreux freins à une telle démarche, ce qui ne diminue pas la nécessité de rendre accessibles les soins psychiques. Celui qui nous apparaît le plus souvent et qui mène à de nombreux refus de prise en charge s'explique, nous semble-t-il, par la difficulté, l'incapacité parfois d'énonciation d'une demande. Le dispositif de la Veille permet de répondre à ce type de demandes où les inquiétudes ne sont pas portées par les premiers concernés.

Il nous permet de disposer de disponibilité et de temps pour adapter une réponse à des situations complexes et en dégager une piste de travail, en proposant une offre à géométrie variable. La vignette clinique suivante en témoigne.

Nous avons reçu une demande d'une pouponnière de Bruxelles hébergeant une fratrie de trois enfants nés en Belgique en 2015-2016 et 2018. Leur maman est arrivée d'un pays d'Afrique. Les trois enfants, nés d'un même père et d'une même mère, ont été placés jeunes, chacun à leur tour, et suivant des modalités à chaque fois urgente et, judiciarisée moyennant un passage en CAU (centre d'accueil d'urgence), Famille d'accueil d'urgence ou placement intrahospitaliers. La mère quant à elle, isolée et très fragile sur le plan psychopathologique, refuse successivement les propositions de soins conjoints mère-enfants, sauf pour le dernier. Elle accepte un passage en unité mère-bébé où l'intrusion du personnel soignant est vécue de manière persécutrice par elle à tel point qu'elle menace d'un passage à l'acte suicidaire.

Le troisième enfant est placé à son tour et rejoint sa fratrie dans la même pouponnière. Les visites avec la maman, médiées par un tiers, ont été suspendues en raison de la fragilité maternelle et de l'effet délétère des rencontres sur l'état psychique des enfants. Le père vivant dans un pays européen, fais des allers-retours mensuels pour rendre visite à ses enfants dès le placement en pouponnière. La vague de COVID interrompt les voyages et visites du père également. Le projet de vie pour les enfants a changé à plusieurs reprises, passant d'une perspective de famille d'accueil à la poursuite d'un placement institutionnel.

À un moment, le père dès la reprise des contacts avec ses enfants émet le souhait de reprendre ses enfants en décembre 2020. La pouponnière nous contacte alors, afin d'envisager une reprise de contact mère-enfants, hors du lieu de vie des enfants, encadrée par des professionnels tant du côté de la mère que du côté des enfants.

Nous dégageons de la Veille, un tandem de l'équipe adulte et de l'équipe enfant. Nous proposons des rencontres préparatoires avec la mère et sa thérapeute d'un Service de Santé mentale, puis l'équipe de la pouponnière dans un premier temps et avec ensuite les enfants afin de baliser ces retrouvailles. Il apparaît, dès les premiers entretiens, une nette opposition entre les professionnels aux prises avec les questions des enfants d'une part et les thérapeutes de la mère d'autre part. La pathologie maternelle est toujours massivement présente, sa logorrhée lors des entretiens préparatoires nous laisse prudents quant à la rencontre à venir avec les enfants. Du côté des enfants nous rencontrons trois jeunes enfants avec une attente mêlée d'appréhension à l'égard de cette rencontre.

Le jour prévu pour la rencontre dans nos locaux, la mère arrive en retard et agitée, débordant de cadeaux alors que nous avions convenu de prévoir quelque chose de modeste, apporté préalablement dans notre service et gardé au Méridien. La situation dérape littéralement avec une maman qui prend tout au pied de la lettre et emmène successivement ses enfants aux toilettes avec une certaine agitation. Cette rencontre se soldera par cette mère qui échappe à la rencontre avec ses enfants et part en interpellant la police pour des faits d'attouchement. La police débarquera manu militari dans le service. Elle portera ensuite plainte successivement dans deux commissariats différents. Durant la rencontre, les enfants étaient transis de peur devant l'état de leur mère, à la vue de la Police, ils ont par ailleurs été entendus par la suite dans une audition vidéo filmée…

Dans un dernier rendez-vous, nous sommes allées au Service de Protection judiciaire rencontrer la déléguée, la mère, sa psychologue, et les psychologues et éducatrices des enfants. Cet entretien a permis de mettre en mot le dérapage de cette tentative catastrophique de reprise de contact. Au-delà du point de vue de la maman, sur la forme et les modalités de rencontre, nous avons pu redire en quoi, elle comme mère, mais envahie par son angoisse et sa psychopathologie n'a pas pu respecter ni le rythme ni les besoins de ses enfants. Et comment nous, travailleur du Service de Santé mentale, avons dû contenir physiquement, dans nos bras la détresse de ses trois enfants, alors qu'ils ne nous connaissaient à peine.

Il semble que la nécessité de soins psychiatriques pour la mère soit apparue plus précisément aux yeux de tous, au-delà de la légitime souffrance qui est la sienne du fait de l'absence de ses enfants.

Notre dispositif a permis de revoir les enfants après cette rencontre sur leur lieu de vie, de revoir les divers intervenants avec la mère au service de protection judiciaire, de débloquer une situation enkystée depuis de nombreux mois. La protection des enfants contre l'effet ravageant de la pathologie maternelle sur leur psychisme a pu être remise au centre des préoccupations et non plus pensée en opposition au droit parental.

Le dispositif Veille nous a permis de répondre sans délai à cette demande complexe, malgré la saturation générale des services. Le dispositif Veille met aussi en évidence la plus-value d'une clinique à plusieurs en tenant compte des différences de places, de contexte et de déontologie. En conclusion, cette situation fait ressortir en filigrane un défaut dans la prise en charge périnatale et le soin psychosocial des mères isolées et fragiles. Le temps d'hospitalisation en maternité a été réduit et les unités parents-bébés sont quasi inexistantes.

Se rendre disponible auprès de ces professionnel·le·s, c'est permettre à ceux-ci de se sentir moins seuls et plus apaisés. Le soutien au personnel soignant s'est notamment pensé au plus près de leur réalité, en immersion au sein des services. Il s'agit d'être présent sur le lieu de travail des soignants et de permettre un temps d'arrêt lorsqu'une situation l'impose.

Madame Z – Vignette clinique par le CSM Chapelle-aux-Champs

Cette vignette est issue de plusieurs rencontres avec des soignants faisant face à des difficultés exprimées et vécues de manières différentes mais faisant fréquemment écho à la même détresse induite par des enjeux sociétaux et institutionnels.

Je reçois pour la première fois Madame Z. lors de son appel téléphonique demandant un soutien psychologique, je ne m'étais pas imaginé à quel point son angoisse pouvait autant se percevoir corporellement. En effet, j'observe face à moi une femme d'une trentaine d'année, recourbée sur elle-même, le regard submergé d'émotions mettant en évidence sa fatigue, sa détresse et sa souffrance.

Après avoir présenté le dispositif, Madame Z se décrit rapidement à moi à travers son métier et les difficultés grandissantes auxquelles elle est confrontée. Soignante à l'hôpital depuis près de 7 ans, elle doit à la fois gérer les soins qu'elle prodigue, où la maladie et la mort sont omniprésentes, mais également tous les symptômes d'un « hôpital malade ». Manque de ressources humaines comme matérielles, nombre de patients qui ne cesse d'augmenter en dépit d'un personnel soignant de plus en plus absent, faisant face à une grande vulnérabilité et donnant lieu à un nombre accru de « burn-out », et de tentatives de suicide.

Ainsi, Madame Z énumère tout ce qu'elle doit porter en tant que soignante, associé aux fréquentes demandes institutionnelles autour de l'encodage numérique et comptes rendus quantitatifs, sans oublier les situations d'urgences et de crises telles que le COVID 19… Madame Z ne cesse de parler tout comme elle ne cesse d'être prise par les tâches professionnelles qui semblent se répéter, s'accumuler et ne jamais prendre fin.

Madame Z continue de se livrer en expliquant qu'elle en perd sa capacité de rigueur, de concentration et de bienveillance/tolérance envers l'autre. Tout cela l' « angoisse de plus en plus » comme elle le dit si bien. Angoisse présente sur son lieu de travail mais aussi à la maison, qu'elle n' « arrive plus à gérer », souligne-t-elle. Elle me partage alors son quotidien, où elle se trouve submergée aussi bien par la tristesse que par le stress, se manifestant par une « boule dans la gorge » qui se « serre tout au long de la journée jusqu'au sommeil », « quand elle arrive à dormir ».

De mon côté, je la regarde attentivement, l'écoute pleinement et lui signifie ma compréhension et mon empathie vis-à-vis de son récit. D'une voix très peinée, Madame Z finit par me confier qu'elle n'arrive plus à faire son travail comme elle le souhaite, en prenant le temps de dispenser ses soins, le temps de prendre soin de l'autre. Elle ajoute que pour cette raison, elle préfère quitter l'institution dans laquelle elle exerce son métier et changer de profession malgré toute l'affection qu'elle y accorde.

Un long silence prend place puis des larmes se mettent à couler le long de son visage. Tout en lui tendant avec empathie un mouchoir, je lui dis de prendre son temps.

Madame Z me remercie et me répète qu'elle n'y arrive plus, qu'elle aime son métier mais qu'elle n'arrive plus à soigner les patients tant la demande est grande et les tâches à réaliser en parallèle (encodage et compte-rendu) sont lourdes à porter. D'une forte sincérité, elle me dit qu'elle pense avec beaucoup de culpabilité dès le réveil à tous les patients qui l'attendent et qu'elle ne soignera pas comme elle le souhaite…

Nous continuons l'entretien durant lequel je l'invite d'ailleurs à prendre du temps. Reprendre du temps pour se ressourcer, pour se retrouver, pour prendre soin d'elle. Nous décidons également ensemble qu'elle puisse bénéficier d'un suivi psychologique avec le Projet Soignants du Service de Santé Mentale de Chapelle-aux-Champs et par conséquence, qu'elle ait un espace ou déposer, entre autres, des difficultés qu'elle vit dans le cadre de sa profession et qui impactent considérablement sa vie personnelle.

> Axe formation continue

La formation continue se décline sous plusieurs axes et se constitue comme un processus dynamique et soutenant envers les équipes. Il s'agit d'un outil de soin, une extériorité à la pratique clinique qui permet de soutenir la réflexion au sein des équipes. Cela permet de maintenir la qualité du travail clinique, d'améliorer le travail en équipe et ainsi d'améliorer la prise en charge des usagers. Il s'agit aussi d'un temps de prise de recul qui permet aux intervenant·e·s de se ressourcer et de prendre un temps pour penser. Cela passe notamment par le biais de supervision, de formation et/ou d'intervision.

> Axe recherche

Les recherches déployées dans le cadre du PRR sont des recherches ciblées, au plus près des acteur·rice·s de terrain. Elles permettent, entre autres, de mettre en lumière ce qui se passe sur le terrain et participent au processus de réflexion des acteur·rice·s sur leurs pratiques.

Dans le cadre d'une recherche sur l'accueil et l'accessibilité, il a été possible d'observer la souffrance des accueillant·e·s et équipes des SSM, une souffrance notamment liée à l'incapacité à faire leur travail comme ils le souhaiteraient, à cause d'un manque de moyens.

La recherche sur le vécu des soignant·e·s a mis en évidence des traumatismes préalables à la crise sanitaire s'apparentant à un vécu de guerre expérimenté par les soignant·e·s.

5.5 Pair-aidance

La dernière table thématique sur la pair-aidance était composée de pair-aidant·e·s, bénévoles et usagers. Dans un souci de concision, nous n'allons pas développer le propos rédigé par leur soin dans cette partie. Vous le trouverez dans le chapitre suivant, lieux de liens, dans la partie « spécificité du travail de pair-aidant.e ».

6. Lieux de liens

Remarques liminaires

Contrairement aux autres chapitres du rapport qui porte tant sur le versant mobilité que sur celui de l'accessibilité bas-seuil, celui-ci porte spécifiquement sur les projets lieux de liens. Comme vous pourrez le lire ci-dessous, il s'inspire des échanges qui ont eu lieu dans le cadre de rencontres spécifiques entre lieux de liens. Cet espace d'échange et d'élaboration a été initié sur base d'une demande des porteurs de projets de croiser leurs questionnements et leurs expertises. Bien que d'autres « lieux de liens » existaient avant l'impulsion du PRR, aucun espace de mise en commun n'avait, à cette époque et à notre connaissance, été mis en place. Nous avons donc pris le parti d'en créer un. Cela contraste avec les projets « mobilité » qui, quant à eux, bénéficient d'un large éventail de groupes de travail portant sur diverses thématiques. Le besoin de créer un groupe de travail « mobilité » spécifique n'a dès lors pas

émergé. Nous tenons à préciser cela afin de ne pas desservir les projets « mobilité » au profit des projets lieux de liens. Bien qu'il n'y ait pas de chapitre à proprement parlé sur les projets mobilité, ces derniers offrent des modes de faire soin complémentaire aux modalités des lieux de liens.

6.1 Contexte

Dans le cadre du PRR, 8 lieux de liens ont été subsidiés et il est très vite apparu pertinent d'ouvrir un espace d'échange autour des constats, pratiques et difficultés rencontrées. La création de cet espace part de la volonté du terrain de croiser les questionnements, de mutualiser expériences et réflexions et de ce fait, enrichir les actions de chacun.e. Dès juillet 2020, des rencontres entre les coordinations de ces lieux se sont organisées autour de thématiques spécifiques à raison d'une fois tous les 2 mois. Les thématiques abordées ont été les suivantes : les modes de gouvernance participatifs, l'accueil de la crise dans le collectif, la confrontation des chartes, la pair-aidance et le rétablissement. Au-delà de porter une réflexion commune et d'élaborer autour des problématiques rencontrées, ces échanges ont permis de favoriser l'interconnaissance entre les différents lieux subsidiés et ont notamment ouvert la voie à des propositions d'immersions entre ces derniers.

Parallèlement à ces rencontres, en décembre 2020, un guide des lieux de liens a été réalisé par la LBSM en collaboration avec le WOPS, l'Orée et la Trace. Ce guide vise à soutenir la visibilité de lieux en Région de Bruxelles-Capitale dont la philosophie consiste à adopter un regard alternatif sur la santé mentale : replacer la personne au centre et soigner l'accueil, tout en insistant sur l'importance du lien à l'autre ainsi que de l'accessibilité pour tous.tes. Cette initiative est partie du constat qu'il n'existe – à notre connaissance – aucun support répertoriant ces initiatives en Région de Bruxelles-Capitale. Il reprend l'ensemble des lieux de liens subsidiés dans le cadre du Plan de Relance mais également l'ensemble des lieux identifiés dans une étude sur les lieux de liens financée par Iriscare et soutenue par les centres de revalidation Le Wops et L'Orée[15].

[15] Laserre, S., Misson, A. (2021). Lieux de liens : Maillons essentiels dans les parcours de soins. Recensement, analyse et recommandation. Centre de jour L'Orée et Centre Psychothérapeutique de jour Wops, subventionné par Iriscare.

En février 2021 et en collaboration avec le Club Norwest, nous avons initié un nouvel espace d'échange où l'ensemble des lieux (14) repris dans le guide ont été invités[16]. Ce projet découle du souhait émis par plusieurs travailleur.euse.s de terrain de pouvoir partager et croiser leurs questions, leurs difficultés et leurs trouvailles mais part également du constat qu'il n'existe pas d'outil de mise en commun à plus grande échelle (Lasserre S., Misson A., 2021). Dans ce cadre, nous avons souhaité mettre en place un lieu d'échange et de rencontre à disposition de toute personne investie dans les lieux de liens : travailleur.euse, bénévole, participant.e, pair-aidant.e. L'objectif principal étant d'offrir un espace et un temps pour croiser les regards et élaborer autour de ce qui constitue les pratiques. S'il ne s'agit pas d'une intervision à proprement parlé, cet espace permet toutefois le partage d'expériences de travail, fait place aux témoignages, aux ressentis face aux limites et difficultés quelquefois rencontrées par les acteur·rice·s de terrain.

A ce jour, 3 rencontres se sont déroulées et les prochaines se tiendront une fois tous les deux mois à partir du mois de septembre 2022. De plus, au vu des objectifs partagés entre les deux espaces d'échange décrits ci-dessus - rencontre entre les coordinations des lieux de liens PRR et les rencontres inter-lieux de liens - nous avons proposé et décidé de fusionner les groupes afin d'éviter de faire doublon. Il n'existe aujourd'hui plus qu'un seul espace d'échange à savoir l'**inter-lieux** qui rassemble les 15 lieux de liens répertoriés dans le guide.

Nous avons abordé ces premières rencontres avec en toile de fond le souci de définir quels seraient les dénominateurs communs entre ces lieux mais également leurs différences : Qu'est-ce qui les relie ? Qu'est-ce qui les singularise ? Quelles sont les spécificités de chaque lieu ? Au travers de ces rencontres, nous nous sommes questionnés sur ce réseau hybride, en construction et en pleine évolution sous l'impulsion du Plan de Relance et de Redéploiement.

Vous trouverez ci-dessous un bref compte-rendu de nos échanges.

[16] Le guide a été actualisé en juin 2022. Celui-ci reprend désormais un 15ème lieu de liens ainsi qu'une traduction en néerlandais des lieux s'adressant à un public bilingue.

6.2 Accueil bas-seuil & dynamiques

Les lieux de liens sont des lieux qui offrent un accueil inconditionnel, du moins le plus inclusif possible, sans contraintes particulières. En effet, ces lieux ne nécessitent pas de candidature ou d'inscription, sauf dans de rares cas (par exemple lorsqu'un traitement de substitution à la consommation est donné, ce qui ne peut se faire sans l'ouverture d'un dossier médical). Ce sont des lieux implantés dans la ville pouvant prendre l'apparence de lieux culturels ou de maisons d'habitation.

Ce sont des lieux d'accueil de l'imprévu, ce qui implique une charge de travail de l'ordre de la spontanéité et de la réflexion continue. La dynamique des lieux de liens est fluctuante et dépendante de l'énergie des participant.e.s du moment.

Les lieux de liens sont ouverts sur la cité et visent à s'inscrire dans le tissu associatif du quartier afin de favoriser la mixité des publics qui le fréquentent. Cette ouverture sur le quartier doit permettre d'intégrer différents publics et participerait ainsi à la déstigmatisation. Les publics qui fréquentent ces lieux de liens sont multiples et variés : personnes âgées, voisins, jeunes, familles monoparentales, personnes souffrant d'une problématique psychiatrique, personnes en précarité du droit de séjour et/ou de mutuelle, personnes souffrant de toxicomanie et/ou ayant un parcours de rue, etc.

Certaines personnes peuvent traverser des moments de solitude et d'isolement important. Dans les lieux de liens, ces personnes peuvent trouver un lieu d'ancrage et de retissage du lien social. Pour certain.e.s, cela deviendra un lieu repère alors que pour d'autres, cela deviendra un lieu d'activité, un lieu de rencontre, un lieu de citoyenneté participative ou encore un lieu pour se poser. Ils remplissent des fonctions différentes pour chaque personne et il se peut même qu'une personne utilise différents lieux pour y traiter divers besoins. Les lieux de liens partagent le souci d'une large ouverture aux publics, en abaissant autant que possible le seuil d'accès, et évacuant en particulier les critères formels d'admission.

6.3 Bas-seuil et accessibilité

Précisons néanmoins que la question de l'accessibilité du lieu de liens n'est pas uniquement reliée à cette volonté d'être ouvert à tous.tes.

Tout d'abord, même s'il y a relativement peu de conditions et de contraintes, il y a néanmoins un cadre minimum afin d'offrir un espace sécurisant aux personnes qui fréquentent le lieu. Les limites imposées sont propres à chaque lieu mais se constituent souvent autour des violences physiques et verbales, l'introduction d'armes, la consommation et les échanges de substances, etc. Et plus largement, d'un respect minimal pour la vie en communauté - dont le contenu normatif et les seuils dépendent en pratique de chaque lieu et des publics qui les constituent. En cas de non-respect de ces règles, il y a la volonté de ne pas exclure la personne et, plutôt, de s'interroger et de comprendre le(s) déclencheur(s) du comportement.

Les lieux de liens sont susceptibles d'accueillir des personnes en difficulté avec le lien et/ou ayant des comportements menant à l'exclusion. Préserver le lien social est donc une priorité car le rompre pourrait constituer une énième rupture, un énième échec dans le parcours de soin de la personne. Dans certains cas, cela n'est toutefois pas envisageable car si le communautaire est mis à mal par un individu, des mesures doivent être mises en place pour protéger le groupe. Cela peut se traduire par une interruption définie dans le temps avec un rendez-vous pour envisager un retour, l'orientation vers une autre institution et/ou le maintien du lien autrement qu'au sein du lieu. L'exclusion étant le dernier recours, celui-ci est étudié au cas par cas.

Un autre frein se constitue autour des enjeux d'intégration et de cohabitation des différents publics qui fréquentent le lieu. Bien que cette volonté de mixer les publics participe à la déstigmatisation de certains types de public, les réalités de terrain mettent en évidence que certains profils ont du mal à se mélanger. Imaginons par exemple, une personne transgenre, un usager de drogue et une personne voilée en compagnie de ses enfants.

6.4 Un échange d'humain à humain

Au sein de ces lieux, le mode de gouvernance participatif prime et ce, à des degrés divers, allant de l'auto-gestion à une co-gestion centrée sur l'organisation des activités. Les relations se veulent horizontales, d'humain à humain, dans un cadre où la création de liens entre citoyen·nes et collectivités est mise en avant. Le vivre-ensemble et la participation s'initie avant tout à partir des personnes qui fréquentent le lieu. Cela met au travail de façon continue la question de transversalité, de ce qu'ils font ensemble et des ressources qu'ils possèdent.

Un autre aspect qui semble intéressant à souligner est qu'au sein de ces lieux, les rôles des professionnel·le·s et bénéficiaires ne sont pas limités à la dichotomie soignant·e/soigné·e, travailleur·euse/patient·e. Dans ces lieux, il y a la possibilité d'être accueillant·e, bénévole, responsable, co-gestionnaire, pair-aidant·e, artiste, animateur·rice d'atelier ou simplement, un·e citoyen·ne qui vient boire un café. L'éventail de ces possibilités permet aux usagers de la santé mentale de créer du lien non pas à partir du statut de personnes souffrant d'un trouble mais en tant que citoyen·ne·.

Pour la plupart de ces lieux, les activités sont initiées en fonction des envies et compétences des participant.e.s. Professionnel·le·s, bénévoles et participant.e.s s'apprennent des choses, tâtonnent ensemble et discutent autour des envies de chacun.e afin de co-construire toute une série d'activités. Celles-ci permettent de soutenir les compétences des usagers et de les reconnaître dans ce qu'ils font. Cela peut également les amener à découvrir des savoir-faire qu'ils ne se connaissaient pas et ce, dans un lieu où ils ne sont plus aliénés à leurs difficultés mais où ils redeviennent citoyen·nes. Ces lieux permettent aux usagers de sortir de la solitude, de se construire autrement, de se construire dans le lien.

6.5 Spécificité du travail de pair-aidant

Des pairs-aidants se trouvent parfois au sein des lieux de liens, où leur travail participe à la richesse de la structure et de l'accueil mais participe également à l'écoute, la co-construction, et les réflexions qui y sont proposées et travaillées. La présence de pairs-aidant·e·s permet, entre autres, de penser l'adéquation du projet, il permet un regard complémentaire et critique qui se joint à celui des professionnel·le·s, il porte en lui un parcours auquel les personnes en difficultés, stigmatisées, non insérées et hors des radars se reconnaîtront. Au-delà des bénéfices directs d'empathie et de dialogue, cela facilite également l'intégration à un groupe inconnu.

La pair-aidance se fonde sur la conviction que se rétablir est possible pour chacun.e, à son propre rythme et selon un processus de transformation qui lui est personnel. Elle défend l'idée qu'il est possible de cheminer vers une meilleure qualité de vie et qu'il y a moyen de vivre une vie épanouissante malgré les (grandes) souffrances endurées et les (grandes) limites de différentes sortes que chacun.e vit, parfois au quotidien. Les pairs-aidant·e·s ne se veulent pas des modèles mais ils peuvent être vues comme des exemples du fait que l'espoir est permis. Pour aller mieux, ils ont dû se transformer, adapter leurs valeurs, se fixer d'autres objectifs, ils ont souvent reconstruit leur tissu social et découvert de nouveaux horizons.

On peut à ce titre, voir les lieux de liens comme des terreaux de rétablissement, en ce qu'ils offrent à toutes les personnes qui les fréquentent (sans limite de durée) : rencontres et humanité, entraide, soutien et (ré)orientation (voire plus dans certains lieux), nouveaux territoires… Certains pairs-aidant·e·s ont d'ailleurs pu puiser des ressources de leur propre rétablissement dans ces lieux ou des lieux similaires.

Les pairs-aidant·e·s doivent pouvoir se donner le temps d'être à l'écoute, de mobiliser leur vécu et le savoir expérientiel qui en découle tout en bénéficiant du savoir de travail et professionnel du secteur. Cela implique un cadre et des dispositions suffisamment "sécures" pour mettre au travail ses propres vulnérabilités au service de l'autre et ce, sans cassure. La reconnaissance du pair-aidant en tant que travailleur - et non plus uniquement en tant que bénévole - est une plus-value nécessaire pour se donner le temps de réfléchir, de se questionner.

En plus d'un cadre "sécure" d'intervention et d'une reconnaissance par l'équipe de leur légitimité de travailleur, les pairs-aidant·e·s doivent aussi pouvoir s'interroger collectivement sur la spécificité de leurs pratiques et maintenir, voire renforcer, régulièrement leur connaissance de terrain du réseau social-santé. Ce travail se fait via des intervisions et par des rencontres "entre-pairs en lieux de liens".

6.6 Lieu de liens, une réponse à la saturation ?

Nous nous trouvons dans une période où de nombreuses structures de l'aide et du soin (Service de Santé mentale, hôpital de jour, centre de jour, etc.), normalement capables de prendre en charge certains publics, sont saturées et difficilement accessibles, du moins sans d'abord passer par une période d'attente plus ou moins longue. A cela s'ajoutent les critères d'admission limitant l'accessibilité de certains services. Cela peut générer de la frustration auprès des usagers qui sont, dès lors, susceptibles de décrocher du système de soin dit classique.

Les lieux de liens permettent de faire ancrage et sont susceptibles d'accueillir des personnes en difficulté avec le lien et/ou en rupture avec les structures d'aide et de soin. Loin de se substituer aux dispositifs existants, ces lieux s'y articulent plutôt, font soin lorsqu'ils permettent aux participant.e.s ne fusse que de sortir de la solitude et de se reconstruire. Au fur et à mesure du temps et en fonction du rythme de chacun.e, des demandes de soin ou d'accompagnements psycho-sociaux sont susceptibles d'émerger et si tel est le cas, ils peuvent jouer un rôle d'interface, d'intermédiaire avec d'autres structures. Pour cela, il faut que les services partenaires soient à même d'accueillir les nouvelles demandes.

Bien que les lieux de liens fassent soin de par leur approche inclusive et collective, ils n'ont pas de visée thérapeutique à proprement parler et ne peuvent donc se substituer aux dispositifs d'aide et soin existant. En effet, les travailleur.euse.s au sein de ces lieux ont comme principale fonction d'être garant du cadre et peuvent, si besoin, accueillir et relayer des demandes. Précisons également que les réunions organisées au sein de ces lieux ne sont pour la plupart pas des réunions cliniques où se discuteraient entre professionnel·le·s les orientations de suivis psycho-sociaux à partir de l'étude de cas par des professionnel·le·s. Ce sont généralement des espaces à visée participative qui mixent travailleur.euse, membre, bénévole afin d'organiser la vie du lieu. La visée de ces échanges ne porte pas sur les *personnes* fréquentant le lieu mais

plutôt sur les *activités* qui s'y déploient, car il n'y a pas lieu de prendre en charge et/ou d'entamer un accompagnement thérapeutique.

6.7 Vignettes cliniques

Ci-dessous, nous vous proposons de découvrir plus concrètement le travail qui s'effectue au sein des lieux de liens du Plan de Relance et de Redéploiement.

Drago – Une vignette clinique par le lieu de liens Babel'zin

Drago a passé le seuil du Babel'zin avec un gros sac de voyage. On apprend qu'il est SDF, qu'il vient des pays de l'Est et qu'après avoir vécu et travaillé ailleurs comme professeur ou guide touristique, il dort depuis deux ans dans les rues de Bruxelles. Pendant un certain temps, il vient tous les jours et ce dès l'ouverture, pour déposer ses affaires, se remettre de sa nuit, profiter du café et du wifi gratuit. Sa présence irrite quelque peu les accueillants car il se présente comme quelqu'un qui profite du lieu sans pour autant s'investir dans le collectif. Néanmoins, beaucoup de participants sont touchés par sa condition et trouvent cela bien que l'on accueille une personne si démunie. Il n'en reste pas moins qu'il peut irriter.

Il ne s'investit pas dans les activités, veut qu'on s'intéresse à son parcours, revendique en anglais que nous l'aidons dans ses démarches juridiques auprès des instances des Droits de l'Homme. On l'entend vociférer au téléphone auprès des administrations. Il se montre très frustré et agressif quand on ne répond pas à ses demandes, autant envers des intervenants extérieurs qu'avec les membres de notre équipe. Cela dure 2-3 mois, on l'accueille sans trop exiger de lui. Il mange avec nous un repas qu'il ne paie pas. On accueille, on essaye, on s'ajuste, on se réajuste, on ne sait pas trop bien...

Puis, on déménage. Le lieu est plus grand, il dérange moins. Il est moins revendicatif, ses demandes sont différentes, serait-il peut-être moins révolté ? Les autres autour de lui semblent tout à coup commencer à exister, il prépare des repas pour d'autres participants, il « donne » des cours d'anglais, il s'intéresse aux créations des autres...

Il se soigne, va chez le dentiste, chez le psychiatre et d'autres spécialistes. On apprend qu'après un énième procès, il va bénéficier du CPAS et qu'il va pouvoir bénéficier d'un logement. Le ton change et nos échanges aussi. Il se finance un repas avec nous, il participe avec enthousiasme aux activités peintures de Juan, il crée des collages, des œuvres 3D de sa propre initiative.

Il fleurit le lieu avec quelques fleurs cueillies non loin de là, où il crèche, sur un matelas de fortune. Il prend la pose pour l'activité photo. Le ton change, il est plus dans le lien. L'humour semble prendre place aux revendications.

Il vient au cinéma, à la mer, au théâtre avec le groupe, activités coûteuses qu'il honore. Alors oui, on peut penser que le Babel'zin lui a permis de se poser dans un lieu qui lui a permis de sortir de la violence de la rue et des centres d'accueil de SDF. Un lieu et un temps où il a pu être accueilli malgré le rejet qu'il a pu susciter chez l'autre de par ses cris, face à un système qui ne l'entend pas.

De plus, avec son arrivé, les participants ont pu être touché par sa situation, ce qui les a mis dans une position de prendre soin de l'autre malgré leurs propres difficultés. C'est grâce à un dispositif tel que les lieux de liens que les participants peuvent vivre des rencontres faisant soin.

Vignette clinique par le lieu de liens le Club Norwest

Je sonne à la porte. La porte s'ouvre, je me sens accueilli chaleureusement par un binôme d'accueillants. Je ne ressens ni jugement ni regard malveillant, le lieu m'accepte comme je suis, avec respect et bienveillance. Aucune demande sur les raisons qui m'ont fait arriver jusqu'ici. Je déguste une bonne boisson chaude et réconfortante. Je deviens un nouveau **membre** du Club NorWest.

Je m'assois afin d'écouter les explications de ce lieu si différent des autres. J'y croise un membre qui est présent depuis la création du Club NorWest. Depuis sept ans, il anime volontairement un atelier d'écriture au sein du Club. Animer cette activité chaque semaine lui permet de reprendre confiance en lui, comme un point d'ancrage qui structure ses pensées. Une activité qui lui donne également l'occasion de trouver une place dans un lieu près de chez lui. Un lieu humain où la relation soignant-soigné n'est pas présente. Le Club est plutôt un lieu où les membres se rencontrent en tant que personne tout simplement.

Les minutes passent et une dame interrompt poliment mes pensées en me proposant une partie de scrabble. Effectivement chaque matin, cette ancienne professeure de français vient au Club pour faire une partie de scrabble. Elle n'hésite pas à proposer de participer aux activités à tout un chacun, quel que soit son niveau et les accueille en toute simplicité.

Ce jeu de société devient une manière de tisser du lien entre les membres. Jouer avec les mots a une réelle fonction pour elle, mettre ses pensées envahissantes sur pause le temps d'une partie. Elle jongle entre "scrabble" et mots fléchés puis part faire son bénévolat de l'après-midi. Ce passage matinal est nécessaire pour son bien-être mental, m'a-t-elle expliqué.

La partie de scrabble finie, je continue à découvrir l'endroit et rencontre un autre membre du Club. Silencieux et attablé, il écoute de la musique sur YouTube. Aucun problème, chacun utilise le Club comme il en a besoin. Plusieurs fois par semaine, il vient une petite heure, pour s'éloigner de chez lui, de sa famille. Il s'assoit, prend sa place et vérifie la date de la prochaine réunion des entendeurs de voix à laquelle il participe régulièrement. Effectivement, depuis de nombreuses années, il entend des méchantes voix, dont il peut témoigner au sein de ce groupe de parole. Ce partage entre pairs permet de se sentir entendu dans sa réalité angoissante… Par la suite, je croise le regard désormais apaisé d'un autre membre. Elle m'explique que le Club a été là pour elle lorsqu'elle ressentait le besoin de parler à quelqu'un. Dans un premier temps, un des accueillants a pu entendre sa demande. Étant donné la nécessité régulière de celle-ci, il lui a été proposé de mettre en place un suivi psychologique en dehors du Club, dans un service de santé mentale près de chez elle. Depuis, ce rendez-vous hebdomadaire lui fait beaucoup de bien. Elle vient au Club pour passer de bons moments de détente et dépose ses sujets de préoccupations ailleurs. La sonnette résonne, le membre accueilli chaleureusement puis le binôme-accueillant me salue et se présente.

Il m'explique qu'il revient de son bénévolat au sein d'un collectif de maraîchers des champs cultivés sur Jette et qu'il a démarré cette activité suite à une visite organisée par le Club. Ce bénévolat prend sens dans la réalisation de son projet personnel de réintégration en société. Il passe très souvent au Club pour vaquer à ses occupations ou à ses différents loisirs et discuter avec les membres. J'entends que ce lieu si ouvert lui permet d'exprimer ses différents talents artistiques et d'être reconnu pour ses créations telles que l'écriture, la poésie, le chant, le dessin et la peinture. La journée au Club se termine, la porte se referme derrière moi … Mais, à partir de maintenant, je sais qu'il y a un endroit où je serais toujours le bienvenu.

Vignette clinique par le lieu de liens Circuit

Cette vignette clinique abordera deux cas cliniques, qui seront ensuite mis en relation avec le fonctionnement de Circuit. Tout d'abord, une brève description de ce qu'implique exactement notre lieu de lien. Circuit est un lieu de rencontre du CSM Antonin Artaud ASBL, ouvert à tous ceux qui veulent venir passer un bon moment. C'est avant tout un lieu d'échange et de partage.

Circuit offre à ses membres un lieu pour se rencontrer, passer du temps ensemble, boire un café, prendre un bol de soupe, etc., à des prix démocratiques. Avec Circuit, nous organisons également un programme mensuel d'activités. Nous coopérons avec d'autres initiatives qui nous permettent de participer à des ateliers créatifs, d'aller voir un opéra au théâtre de la Monnaie, d'aller au musée ou simplement de nous promener ! Outre l'aspect social, Circuit est également un centre d'information. Nous orientons les personnes vers les bons services si nécessaire. Nous offrons à nos membres la possibilité d'entrer en contact avec d'autres organisations bruxelloises, de trouver de nouveaux loisirs et lieux ou d'obtenir de l'aide. Nous encourageons le travail en réseau au sein du quartier.

Une maison de rencontre a pour but de relier les gens et de leur offrir un environnement sûr. La plupart de ceux qui viennent à Circuit y passent une ou plusieurs fois par semaine. Dans ce qui suit, nous évoquons deux personnes qui se rendent quotidiennement sur place et les effets que cela peut avoir.

Cela fait presque 3 mois que T travaille avec nous en tant que bénévole. Chaque semaine, il nettoie le mercredi. Chaque jour, il est prêt à aider ou simplement à passer du temps dans Circuit. T est très engagé et a fait de Circuit sa deuxième maison. Une maison où il se sent mieux que dans son propre appartement. En fait, T est dans une situation familiale difficile, avec en plus peu d'autres ami·e·s ou contacts autour de lui. En bref, il est très solitaire. Après plusieurs hospitalisations, Circuit est venu comme un moment opportun pour se réengager. Il y a trouvé des gens bien et, surtout, un but : s'impliquer dans l'organisation du lieu. Au début, c'est une évolution agréable et T a un endroit où « rentrer à la maison ». D'autre part, il s'est entre-temps tellement attaché au lieu qu'il n'a pas de vie sociale/sociétale à l'extérieur.

T reste tous les jours aussi longtemps qu'il le peut, pour ne pas avoir à rentrer chez lui. Même le vendredi, il ne veut pas que le week-end arrive. À la maison, il joue énormément à la Playstation, ce qui fait que les nuits blanches ne sont pas une exception. La socialisation avec les autres n'est pas facile pour T. Parfois, il vit davantage dans son monde en ligne, où il a une petite amie entre-temps. En tant qu'équipe, nous essayons de l'activer et de le motiver à participer à des activités dans d'autres endroits, afin de construire un réseau plus large. Mais un tel attachement à notre organisation fait que cette question n'est pas souvent abordée. De plus, il y a un sans-abri étranger, sans papiers, nommé A. qui vient nous voir tous les jours.

Il passe toutes ses nuits dans la rue parce qu'un refuge pour sans-abri lui fait peur. Son état psychotique et sa consommation de drogues entraînent parfois des situations difficiles, surtout lorsqu'il est sous influence. Il peut effrayer les autres membres et les faire se sentir en danger. Outre une présence plutôt intense, A ramène régulièrement des objets de la rue. Ce qui démontre aussi qu'il veut s'approprier un peu l'endroit et nous donner quelque chose en retour. Ici, il est parfois difficile pour nous de refuser des choses, car malheureusement nous ne pouvons pas tout prendre. Il est difficile d'offrir un lieu sûr et ouvert, mais il faut aussi fixer des limites.

Après quelques conversations répétées, les choses sont maintenant sous contrôle avec A, son apparence est beaucoup plus calme. Ces événements nous confrontent clairement à l'ouverture et à l'accessibilité de notre lieu de rencontre. Cela entraîne inévitablement des situations et des défis qui ne sont pas toujours faciles à gérer. Et qui, en outre, peut affecter un certain sentiment de sécurité chez les autres membres. C'est là que la communication reste le moyen d'action le plus important à tout moment. C'est magnifique de voir les gens renouer avec quelque chose qu'ils avaient perdu depuis longtemps. Ils acquièrent un nouveau type de rôle dans le lien social, ou ont simplement accès à un "foyer".

D'autre part, avec ces exemples de cas, nous voulons montrer qu'un endroit sûr et chaleureux peut permettre aux gens de devenir trop dépendants, surtout pour les personnes socialement isolées. La dépendance en soi n'est pas un problème, surtout si le lieu peut apporter une stabilité temporaire permettant d'explorer davantage sa place dans la société.

D'autre part, les gens peuvent construire leur monde autour de celui-ci de telle sorte qu'ils continuent de la même manière en dehors de celui-ci. La question est alors de savoir si nous travaillons de manière constructive et durable. Pourtant, nous restons convaincus que le premier argument, celui de la connexion, prévaut comme la valeur la plus importante. Et surtout, nous voyons comment les participants peuvent se connecter les uns aux autres, d'une manière accessible, par une rencontre humaine.

Vignette clinique le lieu de liens du Coin des Cerises

Mme E. fréquente le CDC depuis plusieurs années. Elle a commencé une psychothérapie avec une psy indépendante au CDC qui est partie depuis 2 ans maintenant. Elle a rencontré une autre psy, salariée pour poursuivre son travail thérapeutique. Ça n'a pas été facile au début, me confie-t-elle. De changer de personne, de style, de vivre ce départ. Vivre la perte. Aujourd'hui elle se sent bien dans son lien avec la psychologue qui a pris le relai.

Dès que les petits déjeuners au CDC ont été relancés il y a 4 ans, Mme E. s'est montrée enthousiaste. Elle était présente, aidante, accueillante avec les autres personnes. C'est un pilier de cette activité. Mme E. a de gros troubles du sommeil mais ne rate que très rarement le petit déjeuner. Elle me dira « c'est en famille qu'on prend le petit déjeuner ; ici, c'est comme ça, comme une famille ». Mme E. vient d'une famille très nombreuse ; je ne connais pas bien son histoire mais quand elle en parle, on sent une certaine nostalgie. Elle s'est beaucoup occupée de ses frères et sœurs pour soulager sa mère qui enchaînait les grossesses. Elle dira qu'elle continue à s'asseoir à la même place à table car oui, elle vit seule toujours dans la dernière maison occupée par elle et sa sœur, qui est maintenant placée. Elle n'a quasi pas déballé ses cartons d'emménagement, ce qui en dit long sur sa difficulté à quitter la vraie maison familiale, où toute la famille vivait.

Faire sa vie, vivre dans son espace avec ses affaires, pour elle ; ça semble difficile. Elle raconte souvent des souvenirs du passé ; des bons comme des moins bons. Quand elle parle de ses parents, on sent l'autorité ; l'autoritarisme je dirais même. Quand je l'écoute raconter ses souvenirs de famille, j'ai le sentiment qu'on ne lui laissait pas vraiment être, faire ce qu'elle désirait.

Il semblerait que sa place était d'être au service de la famille, des besoins et des désirs des autres. Elle a déjà relaté qu'elle avait dû arrêter une activité qu'elle aimait bien car c'était trop cher. Ou encore que ça l'empêchait d'être « à son poste ». Elle a certainement dû renoncer à son autonomisation en refoulant une bonne dose « d'agressivité affirmative » nécessaire pour devenir soi. Professionnellement, elle a travaillé comme aide familiale ; être au service des familles est bien dans son ADN.

Mme E. est très aidante au petit déj', presque trop aidante. C'est comme si c'était un enjeu fonctionnel pour elle, une sorte de définition de sa place. Concrètement, elle apporte toujours les choses qui manquent. Elle rapporte de chez elle du sucre, une éponge, du miel, des cuillères, presque comme si c'était « obligé » que cette charge lui incombait ; alors que nous, nous ne lui demandons rien. D'ailleurs, on doit je crois être vigilant à ne pas lui demander des choses. Elle propose son aide déjà systématiquement pour tout, comme une seconde nature.

Alors dans « notre famille », les choses peuvent être différentes. Mme E. rend un tas de « services » à un tas de « gens » dans le quartier. Certains en abusent d'ailleurs. Elle ne sait pas dire non…. Et parfois peste là-dessus. On en parle avec elle ; mais ça reste compliqué. Elle exprime parfois que c'est difficile de prendre en charge telle chose pour l'un, telle chose pour l'autre mais rien n'y fait, elle le fait. Une avancée de mon point de vue, c'est qu'elle peut exprimer que « la journée du jeudi est précieuse pour elle, c'est sa journée » dans sa famille qui ne lui en demande pas trop. Par rapport à l'extérieur, aux autres qui la sollicitent, elle a pu après un certain temps dire « c'est ma journée à moi ». Poser une limite, s'exprimer dans son désir, se détendre un peu.

Corporellement, Mme E. est extrêmement tendue, elle a ce qu'on peut nommer comme une « cuirasse » qui doit bien fonctionner pour retenir les états émotionnels non exprimables. Elle s'auto-soutient ; d'ailleurs elle se plaint d'avoir souvent très mal aux jambes, aux articulations, dans les trapèzes qui semblent être en béton armé. Être aux services des besoins et des désirs des autres, ça coûte en termes de tensions ; ça demande beaucoup de contrôle. Il y a chez elle beaucoup d'ambivalence dans ses expériences relationnelles. Elle crée des ponts entre les opposés, entre les désirs opposés et conflictuels qui l'animent probablement, elle construit une position ambivalente, pas toujours évidente d'ailleurs à accepter pour nous non plus. Cette position de rectitude morale est très solide chez elle : « Je ne peux quand même pas lui dire

non » nous dit-elle. Il faut se conduire bien ; ça semble essentiel pour elle mais très contraignant.

Alors quand elle parvient à venir profiter du petit déj', accepter de s'asseoir pour se faire servir son café, repartir avec sa couque qu'elle apprécie manger quand elle rentre chez elle ; quand on parvient à ce qu'elle ne fasse pas la vaisselle ; qu'elle dise « un peu de mal » sur sa voisine et qu'on la soutient là-dedans ; on assouplit quelque chose dans cette structure un peu masochiste ; on permet l'expression d'un peu de négativité. Le cadre bienveillant, familial et affectif de petit déj' où Mme E. est attendue et accueillie pour elle-même, pour sa chouette présence devient différent de ce cadre familial d'antan où elle devait gagner sa place dont la forme était déterminée par l'autre.

Vignette clinique par le lieu de liens le Delta

Vendredi matin au lieu de liens « Le Delta »

En arrivant au Delta ce vendredi matin, je lance un grand bonjour qui résonne un peu. Il trouve écho côté cuisine. « Hellooo ! », me répond Louise qui assure l'accueil en binôme avec Jilian. Elles se sont lancées dans un grand nettoyage de la cuisine, passent en révision tous les placards. Louise s'inquiète de la prolifération d'insectes au plafond :

« C'est de pire en pire, je ne sais pas comment on pourrait s'en débarrasser… »

« On pourrait essayer de les aspirer, non ? Vous avez déjà essayé ? »

Je change l'embout de l'aspirateur. Ça fonctionne ! Malheureusement l'intervention ne dure pas plus d'une minute, l'aspirateur n'a plus de batterie. Crotte.

Après avoir rédigé une liste de courses avec les filles, je rejoins timidement la pièce arrière où a lieu l'atelier tricot-papote. J'ai emporté mes pantalons aux bas craqués au travail, en pensant qu'Isabelle et Nanie pourraient me guider dans le raccommodage. Calme, concentration. Définitivement plus tricot que papote. Je m'attable et demande à Isabelle si elle est disposée à m'aider.

« Bien sûr ! Mais tu as du fil avec toi ? »

« Ah non, zut, je pensais qu'il y en aurait ici… »

« Ce n'est pas grave, je peux aller en chercher chez moi si Sam* (nom d'emprunt) me le permet [Isabelle habite à Calico, dans le bâtiment juste en face du lieu de liens].

Pendant qu'Isabelle s'éclipse, j'entame la discussion avec l'autre participante. Elle tient une pièce en laine rouge entre ses aiguilles, vraisemblablement un pull en devenir. Je pense avoir déjà entendu parler d'elle… Elle habite le quartier et est très fidèle à l'atelier selon les animatrices.

« Moi c'est Romane, et vous, je peux vous demander votre prénom ? Je ne suis pas sûre de l'avoir bien saisi tantôt. »

« Sam*. »

« Enchantée ! »

« On peut se tutoyer ? »

« Oui, pas de problème. »

« Cool. Ça fait longtemps que tu viens ici, alors ? Comment es-tu arrivée au Delta ? »

« Oui, quelques fois quand même. En fait, j'étais suivie par Interligne [Service de Soins Psychiatriques À Domicile], c'est eux qui m'ont proposé de venir au Delta puisque j'habite le quartier. »

Sam* a quitté Messidor [Initiative d'Habitations Protégées] il y a 3 ans. Aujourd'hui, elle est résidente à Forest. Ça lui a pris un bon bout de temps avant de reprendre confiance en elle. Elle se reconstruit pas à pas, pour ses filles surtout. Elle ose parler de ce qu'elle a vécu, se (re)construit socialement. Elle insiste : en étant enfant, elle a « eu des bribes de tout » mais n'a jamais noué de véritables relations amicales. Aujourd'hui, elle se sent capable. De faire, de pratiquer. Elle a même repris le travail.

Quand elle vivait en IHP, elle fréquentait Artisanat & Rencontres et allait à la piscine toutes les semaines. Elle a moins de temps à présent. Elle vient au lieu de liens deux matinées par mois, uniquement pour les ateliers tricot-papote. Parler pour parler, ce n'est pas trop son truc, c'est pour ça qu'elle ne fréquente pas le Delta en dehors des ateliers. Elle préfère être active de ses mains, « ça évite de trop penser et de se créer des histoires dans la tête. »

Le tricot, c'est familial. Sa mère, sa grand-mère, sa sœur en faisaient. L'atelier lui permet en quelque sorte d'entretenir un lien positif avec sa famille, les femmes de sa famille.

De plus, elle aime être entourée de femmes plus âgées [en faisant référence à Isabelle et Nanie, animatrices de l'atelier]. Elle explique les considérer comme des « égéries ».

La première fois qu'elle a passé la porte du Delta, Sam* était angoissée. Mais elle s'est accrochée car elle s'est promis, à elle-même et à ses filles, qu'elle ne lâcherait plus rien. Peu à peu, elle a appris à connaître Isabelle et Nanie. Elle se verrait bien les fréquenter davantage, peut-être en dehors du lieu, mais préfère prendre les choses progressivement. Nouer des relations prend du temps.

Note : Sam* a accepté que nos échanges inspirent la rédaction de cette vignette clinique, dans la préservation de son anonymat.

Vignette clinique par le lieu de liens Macadam

D. est un jeune garçon majeur, assez connu du réseau, il a été suivi longtemps par l'Aide à la Jeunesse que soit par des services mandatés ou non-mandatés. D. vient toujours accompagné d'un de ses amis. Les premiers mois, nous n'entendons presque pas le son de sa voix. Il dit à peine bonjour, se réfugie derrière les ordinateurs après sa douche et préfère grignoter que s'installer à table avec nous pour le repas. L'équipe en devient presque gênée de lui adresser la parole tant son malaise est palpable. Nous le laissons prendre ses marques. Les premiers mois, il ne vient jamais seul. Parfois, il s'ouvre un peu et participe à la vie collective mais ça ne dure que très peu. Son ami entre en prison, nous ne le voyons plus pendant quelques mois. Quand il revient, il nous parle de plus en plus. Nous apprenons à le connaitre, il se livre par petites touches à certains collègues. Toutefois, dès que nous parlons démarches ou essayons de mettre des choses en place avec lui, il met tout en échec ; ne vient pas à son rendez-vous, se fait oublier derrière l'ordinateur, décale, etc. Nous lui renvoyons nos difficultés et lui demandons comment on peut l'aider. Il ne semble pas savoir lui-même comment s'aider et nous cherchons toujours ensemble. En attendant, il nous a bien identifiés, il sait qu'il peut nous solliciter et qu'on l'accepte comme il l'est.

Monsieur Y. – Vignette clinique par le lieu de liens de la MASS de Bruxelles

Monsieur Y. est patient à la Mass depuis plus de 15 ans. Il a commencé à avoir un suivi dans notre institution afin d'avoir un traitement de substitution mais aussi une prise en charge médico-psychosociale.

Monsieur Y. est né en Belgique et est d'origine marocaine. Il a actuellement 55 ans, il est célibataire et sans enfant. Il est le second d'une fratrie de six enfants. Sa fratrie est composée de quatre sœurs et un frère dont il ne parle jamais. Le patient n'a plus aucun contact avec sa famille et depuis son inscription auprès de notre service, il est en errance. Sa maman travaillait dans un restaurant et son papa était soudeur. Ils sont tous les deux décédés, il y a plusieurs années.

Au niveau institutionnel, monsieur a fait quelques allers-retours dans certaines institutions mais les liens semblent compliqués à se construire. Effectivement, monsieur Y. a fait plusieurs séjours en psychiatrie (hôpital Brugmann, hôpital Saint-Pierre, Fond'Roy) suite à des décompensations psychotiques selon les rapports transmis par ces différents centres. Monsieur souffre de troubles psychiatriques qui ont contribué à sa marginalisation de la société. Monsieur est sans domicile fixe depuis de nombreuses années, il a donc fréquenté l'asbl La Pièce et l'asbl Transit. En raison de ses difficultés, monsieur a du mal à garder un logement. Pourtant, plusieurs fois des logements plus stables ont été mis en place. De plus, il n'est pas preneur de « solutions institutionnelles » au niveau de son hébergement. Le réseau actuel de monsieur est fort pauvre. Il a des revenus du CPAS de Bruxelles, qui sont gérés par un administrateur de bien et mange dans un centre associatif. Il va parfois dormir dans un hébergement de crise mais ça reste rare. Monsieur Y. n'est pas une personne qui est preneuse de conversations, il répond généralement avec des phrases très courtes et factuelles. Il n'a pas tendance à aller vers les autres et n'est pas quelqu'un d'ouvert aux différentes propositions qu'on peut lui faire.

Cependant, monsieur vient tout de même tous les jours à la MASS dès l'ouverture. Il fréquente surtout la salle d'accueil. Notre institution propose des cafés et plusieurs jours semaines, des en-cas dont monsieur profite régulièrement. Il prend son café de la même manière et la

préparation de sa boisson permet aux travailleurs de rentrer en lien. La préparation du café de monsieur est presque devenue un rituel et lui permet d'avoir une certaine routine.

Les ordinateurs mis à la disposition des patients sont quotidiennement utilisés par Mr Y. avec l'aide des éducateurs, il y regarde généralement des films, ce qui lui ouvre une porte sur une forme de culture et lui permet de sortir de son quotidien. Monsieur Y. est fortement isolé, ce qui peut engendrer des situations dans lesquelles il subit de la violence physique et/ou psychologique. Sa situation précaire l'expose à de nombreuses vulnérabilités. Le cadre de travail de notre institution lui permet d'avoir un lieu où se mettre à l'abri la journée. Monsieur peut parfois rencontrer des périodes de forte solitude. La Mass et son espace d'accueil lui permet de garder un lien avec les travailleurs, mais aussi les autres usagers, de partager des moments de vies, des expériences mais aussi de pouvoir trouver de l'aide auprès de ses pairs.

Nous avons pu observer, au fil des années, qu'il y a eu une grande évolution quant à la construction des liens avec monsieur. La confiance s'est doucement installée entre lui et les travailleurs, ce qui a permis un changement dans la prise en charge de monsieur.

Pour conclure, la Mass est un lieu d'accueil pour monsieur Y. mais aussi pour beaucoup d'autres bénéficiaires. Malgré le profil plutôt solitaire et renfermé de monsieur Y., au fil du temps, toute l'équipe a pu remarquer des changements chez lui. Il participe de plus en plus aux conversations, s'ouvre aux autres et identifie certains travailleurs. La salle d'accueil est un excellent outil pour rentrer en lien avec les patients en tant que travailleurs, mais aussi entre les patients pour développer ou entretenir des relations. Ce passage par l'informel peut aider, afin d'ouvrir la prise en charge pour ensuite proposer aux usagers une prise en charge plus formelle. Ce lieu permet de créer des inter-relations entre tous les individus qui sont dans cette salle et de co-construire un espace de vie dans lequel chacun peut y trouver une place avec sa propre réalité. Effectivement, toute personne présente est influencée par l'espace et inversement, chaque individu influence le lieu et l'ambiance qu'il peut y avoir.

Le mot de la fin est ici laissé à quelques citoyens du lieu de liens L'Espace Jean Vermeylen.

Qu'est-ce que l'espace Jean Vermeylen ?

« C'est un lieu derrière les miroirs… »

« C'est un endroit où on ne reçoit que du bonheur. »

« C'est un endroit où on peut être soi. »

« C'est agréable. »

« C'est un endroit où je n'ai pas l'impression d'être vu comme un malade. »

« C'est un lieu où on ne doit pas faire semblant. »

« C'est un espace où on est toujours bien accueilli. »

« On y vit des moments de partage qui font du bien. »

« Avec étonnement, c'est un lieu où on peut toujours compter sur quelqu'un. »

« C'est un lieu où je n'ai pas de pression. Je viens juste si j'ai envie de venir et je ne parle que si j'ai envie de parler. C'est ça qui donne envie de venir et de parler. »

« C'est plein de convivialité. »

« Il y a du café ! »

« C'est un ***lieu de liens***. »

6.8 En guise de conclusion

Le terme « lieu de liens » est un terme parapluie, il réfère à des lieux qui ont des couleurs et des dynamiques qui diffèrent en fonction du quartier dans lequel ils s'inscrivent, de l'équipe qui y travaille et des personnes qui le fréquentent.

Certains se définissent comme lieu de liens, d'autres se définissent par d'autres intitulés voire ne se définissent tout simplement pas. Aucun consensus de définition n'existe à l'heure actuelle, ce qui permet à chacun de ces lieux de conserver une identité qui lui est propre. Les étiquettes ont tendance à enfermer les choses or il y a autant de fonctionnements qu'il y a de lieux de liens. Dès lors, nous soulignons l'importance de ne pas standardiser ces lieux et de préserver leur créativité.

Chaque lieu de liens développe ses propres spécificités au contact de la population qui le fréquente et de ses besoins, ainsi que du quartier dans lequel il s'inscrit. Les dynamiques de chaque lieu sont fortement influencées par le contexte dans lequel il s'inscrit. Certains sont très en lien avec la santé mentale car ils sont nés dans un réseau particulier où, par exemple, des travailleur·euse·s sont détachés de ce même réseau pour assurer des moments d'accueil. D'autres ont investi des lieux ayant une histoire au sein du quartier – culturelle, sociale - et cela influence la dynamique du lieu et des publics qui s'y rendent. Être conscient.e des adhérences de chaque lieu permet d'envisager leurs possibilités mais également leurs limites.

La santé mentale est une réalité transversale et collective au sein de ces lieux. Le postulat est que chacun.e a une expérience à partager à ce propos et cela ne peut être résumé au trouble. La volonté est d'ouvrir les univers, de créer des passerelles pour que les gens puissent se rencontrer au-delà de la ligne de séparation qui définirait ce qu'est la bonne santé mentale.

Les éléments amenés ci-dessus constituent les premiers jalons d'une collaboration naissante entre les lieux de liens. Le travail de réflexion et d'élaboration mis en place à travers nos rencontres se poursuit et nous aurons l'occasion de revenir sur certaines thématiques et/ou d'en aborder de nouvelles.

7. Note quantitative

7.1 Introduction générale

À travers la coordination, le suivi et l'analyse continue qu'implique sa mission d'accompagnement, la Ligue a proposé de soutenir l'auto-évaluation des projets subsidiés par la CoCoF. C'est dans ce cadre que les porteurs de projets se sont concertés et ont participé à la définition de critères quantitatifs communs pour rendre compte de l'ensemble des projets. Parmi ces acteurs, nous retrouvons 15 opérateurs qui se déclinent pour certains en plusieurs institutions et/ou axes sur lesquels nous reviendrons dans la partie méthodologie.

Nous tenons à attirer l'attention sur le défi que représente une telle évaluation étant donné la temporalité, le nombre d'acteur·trice·s impliqué·e·s, et surtout la diversité des activités considérées – en termes de dispositifs comme en termes d'objectifs visés. Malgré ces difficultés, la Ligue – en collaboration avec les porteurs de projets - a co-construit un tableau de suivi ayant pour objectif de rendre compte de la mise en œuvre effective de ces derniers et ainsi, en complément aux aspects qualitatifs développés dans les chapitres précédents, d'entrevoir la portée globale des subsides octroyés par les politiques. Dans une première partie, nous évoquerons d'une part le contexte, les objectifs visés et d'autre part, les aspects méthodologiques relatifs à la co-construction de l'outil de suivi ainsi que les différents items qui le composent. Nous aborderons ensuite l'analyse des données récoltées ainsi que les limites inhérentes à cet outil de suivi.

7.2 De quoi parlons-nous ?

Ce compte-rendu quantitatif porte sur deux des appels à projet du Plan de Relance et de Redéploiement[17] (ci-après « PRR ») et ne concerne que les projets subsidiés par la CoCoF :

(1) « Renforcement de l'offre de soins en SSM et du travail mobile en santé mentale »
(2) « L'accessibilité bas-seuil au soin de santé mentale (lieux de liens) »

[17] Plan bruxellois de redéploiement et de relance post-COVID-19. Fiche Mesure n°SOSA_18

7.3 Objectifs et « hypothèses »

Bien que la nature des projets subsidiés soit différente, nous avons construit un tableau commun aux projets « mobilité » et « lieux de liens » et ce, afin de rendre compte d'une vision globale du PRR. En voici les objectifs :

- Inscrire les projets dans une dynamique réflexive relative à l'évaluation de leur projet tout en participant à la définition de critères quantitatifs communs.
- Rendre compte de la diversité des activités réalisées dans le cadre du PRR et donner des mesures quantitatives – un ordre de grandeur – de celles-ci.

Le principal objectif du recueil et de l'analyse des données quantitatives est de donner une perspective globale sur l'ensemble des activités réalisées dans le cadre de cet appel à projets. Les analyses ci-dessous ne visent pas à permettre l'évaluation individuelle des projets, et cela pour des raisons méthodologiques (cf. ci-dessous) et politiques (la Ligue, dans sa mission de soutien à l'auto-évaluation, ne se substitue pas au pouvoir subsidiant dans ses missions d'évaluation, de programmation et d'attribution des subsides).

7.4 Méthodologie

Les données récoltées sur le Plan de Relance et Redéploiement sont issues des 17 porteurs de projets subsidiés par la CoCoF. Parmi ceux-ci, nous retrouvons une diversité de services à savoir des services de santé mentale (Centre de Guidance d'Etterbeek, Centre Chapelle-aux-Champs, SSM Champs de la Couronne, SSM D'Ici et D'Ailleurs, SSM le Méridien, SSM Le Grès, SSM Nouveau Centre Primavera, SSM Le Norois), une équipe mobile de soutien aux travailleur·euse·s (Smes Support), des réseaux d'organisations actives dans le domaine de la santé mentale (L'Equipe ASBL, Rézone), une fédération (LBSM), une initiative en santé mentale communautaire (Coin des Cerises), une maison médicale (Maison de Santé du Triangle), un institut en recherche et formation (IFISAM), une équipe mobile (Mobiwest) ainsi qu'un service actif en matière de toxicomanie (Dune ASBL).

Pour rendre compte d'une vision globale, nous avons développé un outil de suivi prenant la forme d'un classeur Excel. Les institutions prenant part au PRR ont participé à la construction de cet outil afin d'adapter les items au plus proche de leur réalité de terrain, tout en étant

invitées à faire les compromis nécessaires à l'élaboration d'un outil commun. La collecte et l'encodage des données a ensuite été réalisée par les services. Ce classeur contient 3 bases de données composées comme suit.

> Encodage des nouvelles demandes des usagers

Les informations de ce volet concernent la file active, à savoir l'ensemble des personnes qui ont bénéficié d'au moins une prestation dans le cadre du PRR. Nous y retrouvons la date du premier contact ainsi que les informations socio-démographiques relatives à l'usager à savoir : le genre, l'année de naissance, la commune de résidence, la source principale de revenus, l'adresseur/envoyeur.

En principe, cette base de données ne doit pas contenir de doublons. Cependant, l'encodage ayant été réalisé anonymement au niveau de chaque service, nous n'avons aucun moyen d'identifier d'éventuels individus s'étant inscrits dans différents dispositifs du PRR et figurant ainsi plusieurs fois dans la base de données agrégée.

> Encodage des nouvelles demandes professionnelles

Les informations de ce volet concernent les nouvelles demandes des professionnels adressées dans le cadre du PRR. En d'autres termes, il s'agit de l'ensemble des professionnels qui ont bénéficié d'au moins une prestation. Nous y retrouvons la date du premier contact ainsi que les informations relatives au demandeur à savoir le type de service demandeur ainsi que la région/commune dans laquelle celui-ci se trouve.

Comme pour la base de donnée homologue du côté des usagers, il s'agit de bénéficiaires uniques bien qu'il existe un risque de doubles comptages.

> Encodage des activités

Chaque ligne du tableau de ce volet correspond à une activité et les colonnes représentent les variables : type d'activité, lieu d'intervention, nombre de travailleurs de l'équipe mobilisés, nombre d'usagers présents, nombre de professionnel·le·s présents (exceptés travailleurs de l'équipe) et la durée de l'activité.

Nous avons identifié 13 types d'activités dans le cadre de ces projets se déclinant selon 3 grands axes :

AXE 1 : ACTIVITE A DESTINATION DES USAGERS

- **Suivi/accompagnement** : rencontre clinique entre un·e patient·e et un·e (ou plusieurs) intervenant·e·(s). Il peut s'agir d'un suivi psychologique, social, psychiatrique, dans ou à l'extérieur d'une institution (accompagnement mobile). Cependant, aucune information n'a été recueillie quant à la nature des suivis (thématique traitée, degré d'intensité/complexité, contenu clinique, etc.)
- **Prévention/réduction des risques** : maraude spécifique.
- **Activités communautaires/collectives** : activités de groupe aussi diverses que variées (karaoké, atelier d'écriture, peinture, ...). On peut également y retrouver des temps d'accueil communautaire (café communautaire, permanence accueil et d'écoute psycho-sociale) ; des temps de co-construction (réunion avec les participant·e·s, accompagnement d'un projet individuel, ...), etc.

AXE 2 : ACTIVITES A DESTINATION DES PROFESSIONNELS

Cet axe concerne les activités de soutien mises en place par les porteurs de projets à destination d'autres professionnel·le·s.

- **Immersion :** présence et accompagnement du quotidien des soignant·e·s au cœur de leur service ;
- **Formation :** dispositif visant à sensibiliser et à apporter des connaissances autour d'enjeux spécifiques ;
- **Supervision :** accompagnement et soutien des équipes par un·e ou plusieurs superviseur·se·s et ce, grâce à des échanges réflexifs autour de questionnements/difficultés en lien avec leurs réalités de terrain ;
- **Intervision :** partage d'expérience horizontal - entre pairs - combinant échange de pratiques, questionnements ou problématiques communes ;
- **Groupe de parole :** partage de vécu, échange de pratiques et d'outils encadrés par des professionnel·le·s en santé mentale. Forme hybride entre l'intervision et la supervision ;

- **Permanence d'écoute :**
    - Elaboration : moment d'échange entre professionnel·le·s permettant d'analyser et d'appréhender la complexité d'une situation individuelle. Il s'agit d'un temps où les thérapeutes d'une équipe en santé mentale se rendent disponibles à d'autres travailleur·se·s.
    - Orientation : temps d'échange permettant d'envisager différentes pistes d'orientation au regard des questionnements en lien avec la situation que le·la demandeur·se rencontre.
    - Intervention : la co-réflexion entre intervenant·e·s permet de coordonner les actions des thérapeutes de l'équipe en santé mentale et du·de la demandeur·se et ce, dans l'objectif d'une co-intervention avec ce·tte dernier·ère.

AXE 3 : ACTIVITES ENTRE PROFESSIONNELS

Cet axe concerne, quant à lui, l'ensemble des activités auxquelles les porteurs de projets ont pris part.

- **Temps de réseau :** activités regroupant les rencontres et les temps de co-construction entre différent·e·s acteur·trice·s de terrain dont l'objectif est de mener à la construction d'une clinique partagée et intersectorielle ;
- **Recherche :** regroupe tout type d'activités en lien avec la recherche, à savoir les entretiens, l'observation participante, les focus groupes, les comités d'accompagnement ainsi que les séminaires ;
- **Participation à une formation/supervision/intervision.**

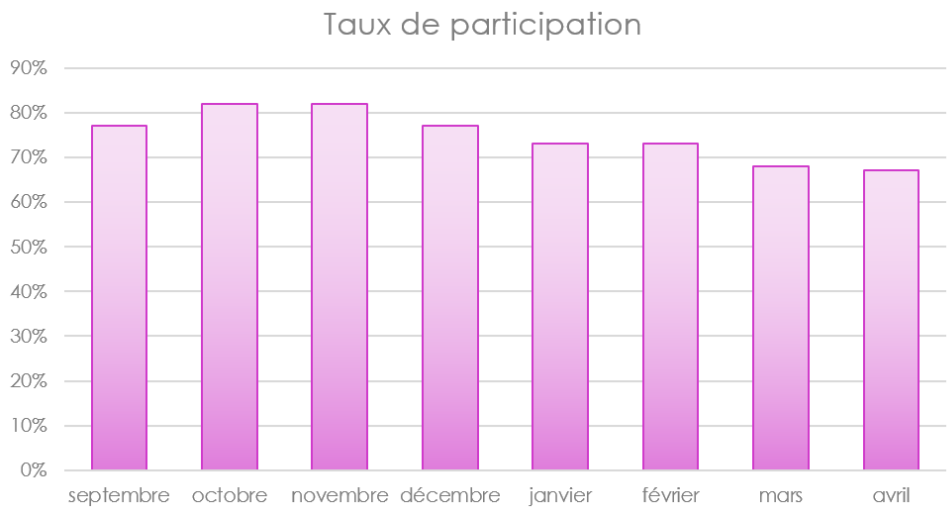
7.5 Analyse et interprétation des données

Taux de participation

La récolte des données s'étend sur une période de 8 mois allant de septembre 2021 à avril 2022. Ce recueil des données ne couvre qu'une partie de la période couverte par les projets. Cela s'explique notamment par le fait que la fonction d'accompagnement de projet a été mise sur pied en même temps que les projets eux-mêmes et a donc nécessité un temps de

démarrage. De plus, l'outil d'auto-évaluation est le fruit d'un travail participatif entre les porteurs de projets, travail qui par sa nature s'inscrit dans un processus prenant du temps. Plusieurs étapes ont été nécessaires pour sa mise en place : réflexion, élaboration, concertation et appropriation.

Le **taux de participation global** des projets s'élève à **75%** et se décline pour les différents mois comme suit : 77 % en septembre, 82 % en octobre, 82 % en novembre, 77% en décembre, 73 en janvier, 73% en février, 68 % en mars et 67% en avril.



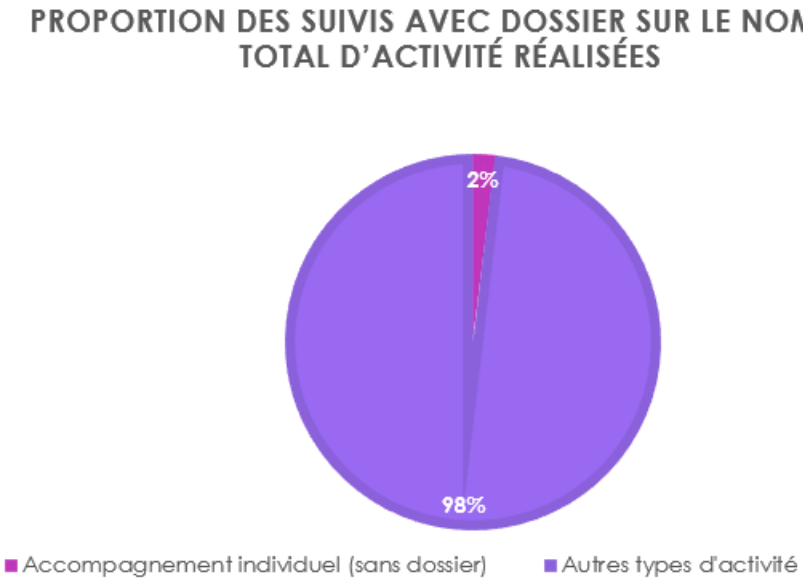
Précisons que le taux de participation globale porte sur la base de données « activités ». Pour les « nouvelles demandes », seuls 6 services ont réalisé un recensement [soit 32%]. La faible participation à ce volet du recueil de données s'explique par la nature même des activités proposées par la plupart des projets. Visant un accès bas-seuil et prenant la plupart du temps la forme d'activités collectives et/ou communautaires, ces dernières n'ont pas donné lieu à la création systématique d'un dossier individuel pour chaque participant·e. Il sera donc difficile de décrire la population des bénéficiaires, et même d'en évaluer le nombre. En effet, le nombre de participation *par activité* a bien été documenté via la base de données « activités », mais soulignons que ce type d'encodage ne permet pas d'évaluer le nombre de bénéficiaires uniques.

Axe 1 : activités à destination des usagers

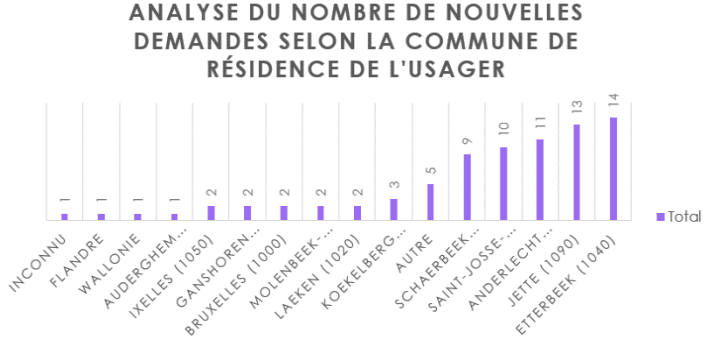
> File active (nouvelles demandes encodées)

Entre septembre 2021 et avril 2022, 4 institutions ont encodé des nouvelles demandes. Au total, **79 nouvelles demandes** ont été enregistrées au cours de cette période, ce qui signifie qu'un nouveau suivi a été entamé pour 79 bénéficiaires.

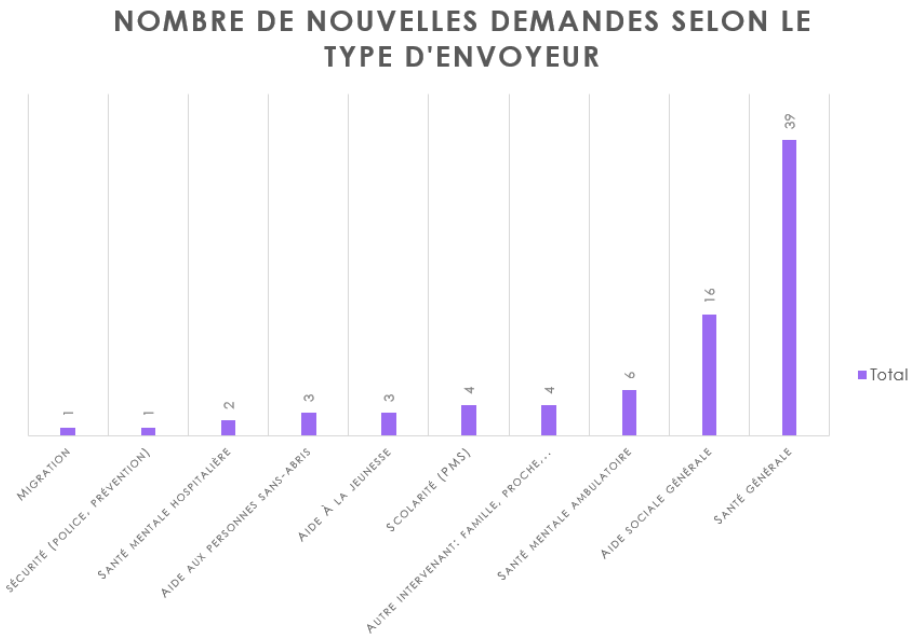
Précisons néanmoins que les suivis nécessitant l'encodage d'une nouvelle demande ne concernent qu'une partie des activités mises en place dans le cadre du PRR. Plus précisément, **279 prestations** ont concerné ces 79 bénéficiaires, ce qui correspond à **2%** du nombre total d'activités tous projets confondus.



Ces bénéficiaires ont une moyenne d'âge de **37,8 ans** (min : 3 ans ; max : 89 ans) et sont à 55,7% des femmes. En ce qui concerne la commune de résidence, les bénéficiaires viennent majoritairement **d'Etterbeek** (17,7%), de **Jette** (16,5%) et d'**Anderlecht** (13,9%).



Les données recueillies nous permettent également de constater que près de la moitié des bénéficiaires ont été envoyés par **des acteur·trice·s en santé générale** (49,4%). Ce sont ensuite les acteur·trice·s **de l'aide sociale générale** (20,2%) qui sont le deuxième envoyeur. La catégorie « initiative personnelle » n'est pas représentée sur le graphique ci-dessous car son effectif vaut 0. Ce résultat nous semble cependant intéressant à mentionner car cela signifie que les demandes effectuées sont dites de 2ème ligne. En cela les projets du PRR se distinguent des activités ordinaires de consultation des services de santé mentale : une récente analyse[18] des nouvelles demandes adressées au SSM COCOF a souligné qu'environ la moitié d'entre elles était « de première ligne », c'est-à-dire adressées par un usager ou un·e proche sans être orientées par un·e professionnel·le.



> Type d'activités réalisées à destination des usagers

Accompagnement individuel

343 accompagnements (individuel, couple, famille) ont été réalisés et cela a touché 334 usagers. Précisons néanmoins qu'il s'agit de bénéficiaires multiples : ceux-ci / celles-ci ont été compté·e·s autant de fois qu'il·elle·s ont participé aux activités. Par ailleurs, si le nombre

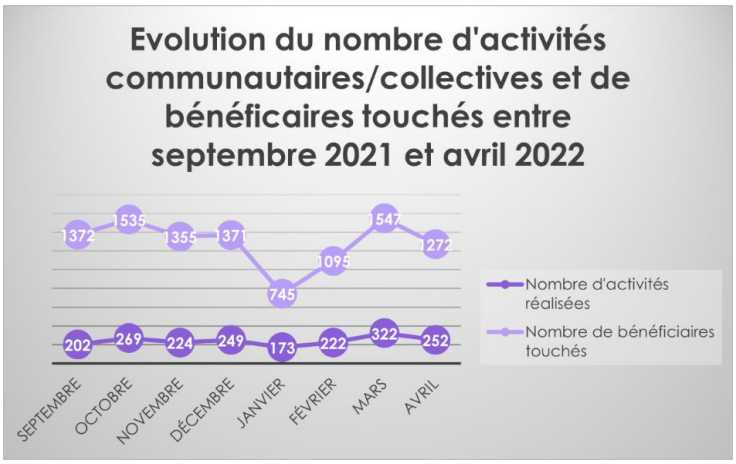
[18] Susswein, R., (2022). Saturation ? Analyse du devenir des nouvelles demandes adressées aux services de santé mentale à Bruxelles à partir d'un recensement réalisé entre novembre 2020 et février 2021. Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale.

d'usagers non unique est plus faible que le nombre d'activités enregistrées, cela signifie que certaines prestations enregistrées n'ont pas été réalisées (absence d'usagers).

Activité communautaire collective

La catégorie « activités communautaires/collectives » de notre base de données rassemble une diversité d'activités. On y retrouve des ateliers en tout genre – écriture, potager, jeux de société, etc. -, des réunions participatives mais également des permanences d'accueil communautaire. Comme pour la section précédente, les bénéficiaires ont été compté·e·s autant de fois qu'il·elle·s ont participé aux activités (bénéficiaires multiples).

1913 activités communautaires/collectives ont été réalisées et 10292 participations ont été comptabilisées. Une activité communautaire/collective regroupe en moyenne 5,4 bénéficiaires (min : 0 et max : 50).



Entre septembre et octobre, nous observons une augmentation du nombre d'activités communautaires réalisées et du nombre de bénéficiaires touché·e·s suivie d'une faible diminution de ces mêmes activités entre novembre et décembre 2021. En janvier 2022, nous observons une baisse importante du nombre d'activités réalisées et de bénéficiaires touché·e·s, pouvant notamment être expliquée par une recrudescence du nombre de contaminations au Covid-19 ainsi que par les mesures sanitaires appliquées dans ce cadre.

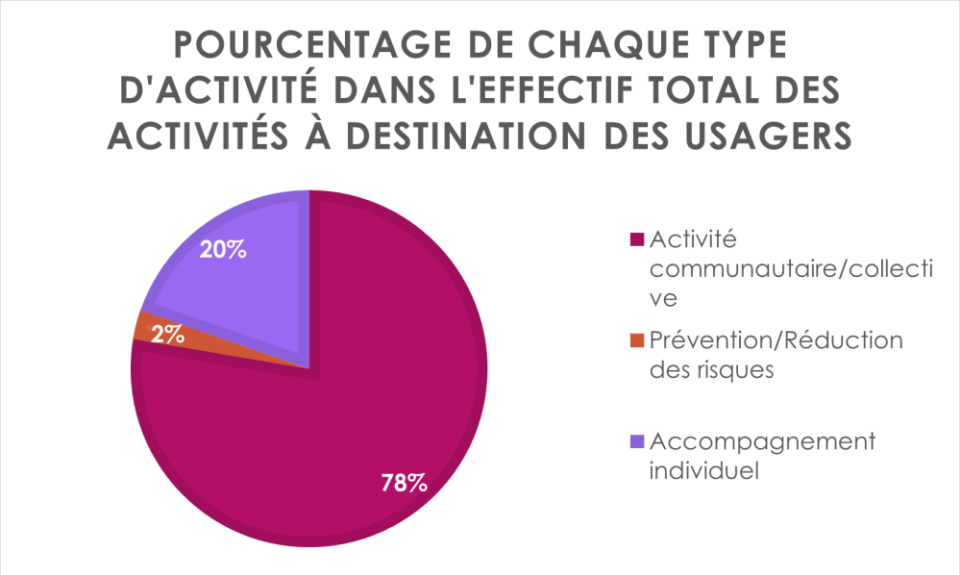
Un autre élément d'explication s'ajoute pour la diminution observée en avril 2022 en plus de la diminution du taux de participation à l'encodage des données (67%). Plusieurs projets arrivaient au terme de leur subside en date du 30 avril 2022 et au regard de l'incertitude quant à une éventuelle reconduction de ceux-ci, certaines institutions ont été confrontées au départ prématuré de leurs travailleur·euse·s. et/ou ont anticipé la clôture des activités mises en place.

63% des projets ont proposé et encodé ce type d'activité. Ils se répartissent parmi les deux volets « santé mentale » du PRR, autant sur le versant de la mobilité que sur celui des lieux de liens.

Prévention/réduction des risques

46 activités de prévention/réduction des risques ont été réalisées et ont comptabilisé 537 participations. Ce type d'activité se déroule à l'extérieur du service, dure en moyenne 6h et n'est proposé que par une institution.

Pour conclure l'analyse descriptive de cette base de données, nous proposons de terminer sur un graphique qui reprend le pourcentage de chaque type d'activité par rapport à l'effectif total des activités à destination des usagers. Ce sont principalement des activités communautaires et collectives qui ont été réalisées au sein de cet axe.



Axe 2 : activités à destination des professionnel·le·s

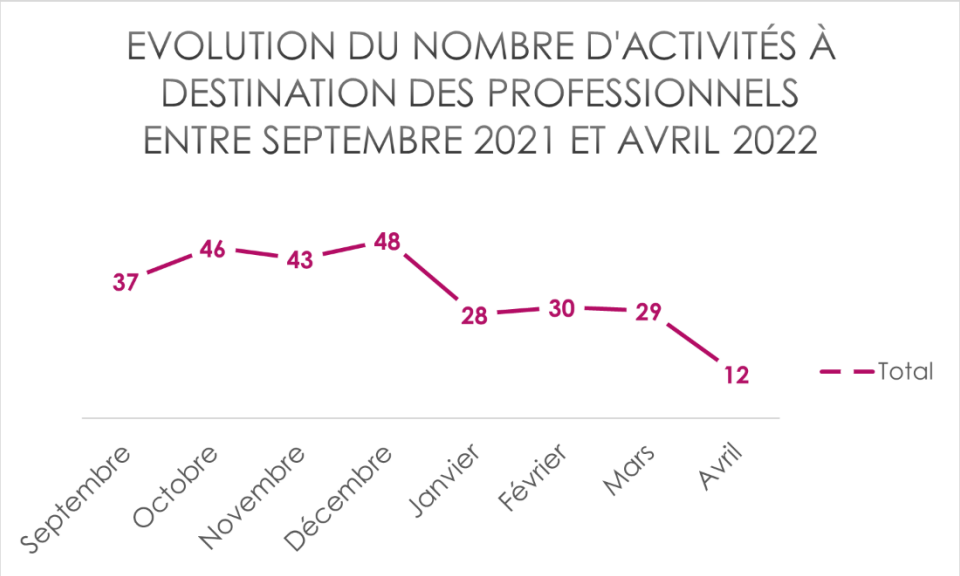
> File active (nouvelles demandes)

Depuis septembre 2021, **124 nouvelles demandes d'appui** ont été adressées dans le cadre du PRR. Ce classeur n'a été complété que par un seul service ayant développé des activités à destination des professionnel·le·s, c'est pourquoi nous n'allons pas aller plus loin dans l'analyse

de ces données. Comme nous l'avons spécifié plus tôt dans ce chapitre, nous traitons les données dans une perspective globale et non individuelle des projets.

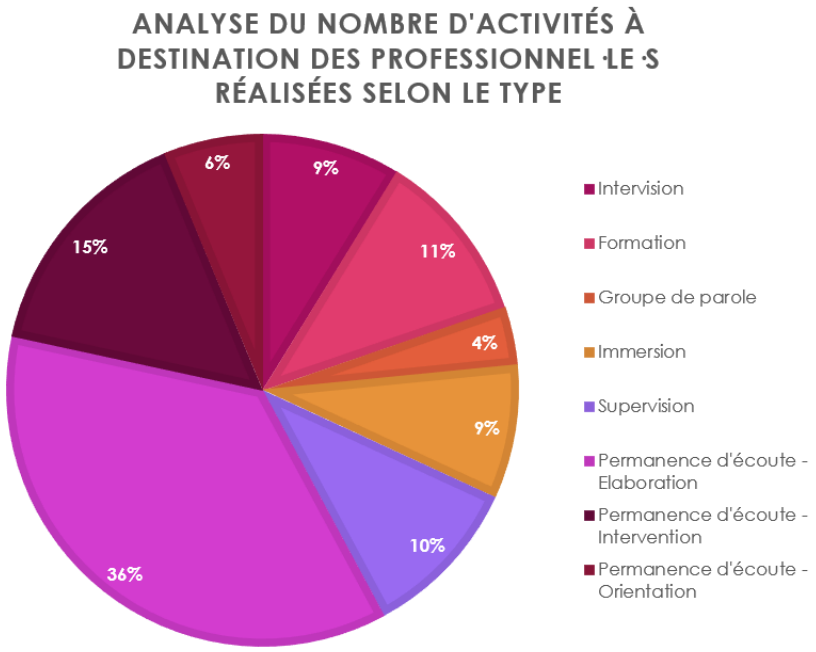
> Activités réalisées à destination des professionnel·le·s

En ce qui concerne le classeur « activité », 8 services ont encodé un total de 273 activités d'appui aux professionnel·le·s qui ont comptabilisé 1440 participations professionnelles. Vous trouverez ci-dessous une évolution du nombre de ces activités entre septembre et avril. En moyenne, une activité permet de soutenir 5 professionnel·le·s.



Sur le graphique ci-dessus, nous remarquons une baisse importante des activités réalisées en avril 2022. Au-delà d'une baisse du taux de participation au remplissage du tableau de suivi, une explication réside au niveau de la fin annoncée des projets. En effet, l'arrêté couvrant le subside des projets CoCoF s'arrêtait - pour la plupart - en date du 30 avril et la réponse de leur reconduction n'a été donnée que durant la dernière semaine de ce même mois.

Face à l'incertitude prolongée de leur éventuelle reconduction, certaines institutions ont été confrontées au départ de leur travailleur·se·s et n'ont donc plus été en mesure de poursuivre leurs activités. Par ailleurs, certains projets ont anticipé et ont clôturé les suivis à destination de leurs bénéficiaires afin d'éviter une rupture abrupte avec ces dernier·ère·s faute de moyens quant à la poursuite du projet.



Ci-dessous, vous trouverez les chiffres détaillés en fonction des types d'appui identifiés.

- 30 formations ont été réalisées et ont permis de soutenir 137 professionnel·le·s.
- 28 supervisions ont été réalisées et ont permis de soutenir 167 professionnel·le·s.
- 23 immersions ont été réalisées et ont permis de soutenir 356 professionnel·le·s.
- 24 intervisions ont été réalisées et ont permis de soutenir 316 professionnel·le·s.
- 10 groupes de parole ont été réalisés et ont permis de soutenir 99 professionnel·le·s.
- 158 activités d'appui ont été réalisées dans le cadre de permanences d'écoute et se sont déclinées comme suit :
    - 99 moments d'élaboration ont été réalisés et ont permis de soutenir 323 professionnel·le·s.
    - 17 activités d'orientation ont été réalisées et ont permis de soutenir 14 professionnel·le·s.
    - 42 activités d'intervention ont été réalisées et ont permis de soutenir 79 professionnel·le·s

Au total, ce sont 1491 professionnel·le·s (non uniques) qui ont pu bénéficier des dispositifs de soutien proposés dans le cadre du Plan de Relance et de Redéploiement.

En complément du graphique précédent, nous souhaitons ajouter un graphique qui permet d'estimer la part de chaque type d'activité. Pour cela, nous avons pondéré chaque type d'activité en fonction de la durée. En nous limitant au nombre d'activité, nous prenons le risque que les activités courtes soient sur-représentées au détriment des activités qui prennent plus de temps.

En effet, lorsque l'on met les graphiques côte à côte, nous constatons une diminution de la part d'activité qui concerne l'activité « Permanence d'écoute – Elaboration » au profit d'une augmentation de la part des activités « Immersion » et « Formation ».

Axe 3 : activités entre professionnel·le·s

Recherche

3 projets de recherche - portés par 3 services différents - ont été subsidiés dans le cadre du Plan de Relance et de Redéploiement et seuls 2 services ont complété le tableau de suivi. Les activités de recherche encodées concernent principalement les rencontres extérieures, les activités de terrain (entretien, observation participante, etc.) ainsi que les réunions de recherche. Les activités de lecture de documentation, d'analyse et de rédaction n'ont quant à elles pas été encodées et sont difficilement quantifiables. Au total, 72 activités de recherche ont été menées et comptabilisées.

Temps de réseau

58% des porteurs de projets ont encodé des activités « temps de réseau ». En l'occurrence, il s'agit de temps de rencontre, d'échange, de réflexion et de co-construction entre professionnel·le·s. Au total, 554 activités de ce type ont été réalisées et ont permis à 3792 professionnel·le·s[19] de se mettre en lien. Pour les projets qui ont encodé ce type d'activité, le temps de réseau a représenté 21% de l'ensemble du temps de travail.

Ces moments de rencontre et de co-construction entre professionnel·le·s sont essentiels. Ils permettent d'apprendre à se connaître, de créer des liens, de favoriser les collaborations, etc. Bien que l'on ne puisse pas quantifier de façon directe les effets de ces temps de réseau, ceux-ci ont des répercussions positives tant sur les usagers (continuité du parcours de soin) que sur les travailleur·se·s (se sentir moins seul·e, partager, être appuyé·e). Précisons également que ces moments de mise en réseau et d'échange ne sont pas systématiquement quantifiés, le réseau peut également se tisser au travers de rencontres informelles.

Participation à une formation, supervision, intervision

Les professionnel·le·s du PRR ont également pris un temps pour la formation continue et/ou pour se donner le temps de penser grâce à des dispositifs d'échange entre professionnel·le·s. 119 activités de ce type ont été enregistrées et ont bénéficié à 382 professionnel·le·s des différents services subsidiés.

Divers

99 activités ont été encodées dans la rubrique « divers » et nous n'avons aucune information sur la nature de ces activités.

[19] Dans ce cadre, nous parlons de professionnel·le·s non uniques car il·elle·s ont été compté·e·s autant de fois qu'il·elle·s ont participé à ces rencontres réseau.

7.6 Discussion & limites

Les résultats de cette note quantitative constituent un état des lieux de la mise en œuvre des projets entre septembre 2021 et avril 2022. Le principal apport de ce volet quantitatif est d'estimer le nombre total d'activités réalisées, le nombre de participations ainsi que la part de chaque type d'activité. Cela permet de souligner la diversité des activités tant à destination des usagers qu'à destination des professionnel·le·s mais également d'envisager la portée des actions mises en place par les initiatives subsidiées dans le cadre du PRR. Comme le précise la note de vision politique de l'IFA (source), l'évaluation des services pris un à un ne permet pas de rendre compte la portée globale des subsides octroyés dans le cadre d'un appel à projets.

La co-construction de ce tableau a permis de mettre en commun réflexions, idées et expertises propres aux différents acteur·trice·s de terrain. La mobilisation des porteurs de projets autour de la question de l'évaluation a permis l'élaboration d'un outil qui – malgré ses limites – se veut être au plus près de leurs réalités. Les types d'activités proposés sont par exemple le résultat d'allers-retours avec le terrain et ce, afin d'affiner les catégories au regard des spécificités des projets. Le partage d'expertise a également soutenu la réflexion auprès des porteurs de projets sur la façon de communiquer et d'évaluer les spécificités relatives à leur projet. En effet, l'outil de suivi a pu – pour certain·e·s - servir de source de réflexion pour l'élaboration de leur propre outil d'évaluation.

Malgré les apports décrits ci-dessus, nous tenons à souligner les difficultés et les limites inhérentes à la mise en place d'un tel outil. Tout d'abord, nous tenons à attirer l'attention sur la rapidité à laquelle les projets du Plan de Relance et de Redéploiement ont été introduits et mis en place. Rappelons que les projets ont été introduits auprès de l'administration dans un délai de 13 jours, les subsides octroyés en novembre 2020 et il faut compter encore, suite à cela, un temps de recrutement et d'engagement du personnel compétent.

Mettre en place un outil d'évaluation requiert du temps, d'autant plus s'il est basé sur le principe de co-construction. La durée limitée de l'appel à projets du PRR (avril 2022) nous a cependant amené à accélérer l'élaboration et la co-construction de cet outil. La période entre mai et septembre 2021 a été rythmée par des allers-retours entre les 15 porteurs de projets afin de définir les différents éléments constitutifs du tableau de suivi. En d'autres termes, nous

avons co-construis un tableau de suivi sur un intervalle de 4 mois. Rappelons qu'une période de 2 ans a été nécessaire pour déterminer les objectifs qu'il était prioritaire d'évaluer dans la réforme 107[20]. Au regard de la diversité et des spécificités des projets, il n'a pas été aisé de trouver un juste milieu sur le continuum de la standardisation. Nous avons cherché une manière de rendre compte d'une vision globale des initiatives subsidiées tout en préservant leurs spécificités. Cette volonté amène très certainement un recoupement entre certaines catégories d'items qui ne se sont donc pas mutuellement exclusives. Cela n'est pas sans conséquence sur les données encodées qui sont, dès lors, susceptibles d'être imprécises. Un autre élément qui vient compliquer l'encodage des données se constitue autour de ce qui doit être quantifié et de ce qui ne doit pas l'être. En effet, certains projets ont mis en place un dispositif qui diffère des activités habituellement réalisées au sein du service alors que d'autres ont renforcé leurs activités de base. Dans le premier cas, il est assez « aisé » de quantifier ce que le subside a permis de mettre en place ; or dans le deuxième cas, c'est moins évident. Nous tenons également à préciser que nous n'avons pas pu exploiter l'ensemble des données du tableau car l'encodage de certaines variables était trop lacunaire.

La question de l'évaluation est un sujet controversé au sein du secteur et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le monitoring se traduit majoritairement par une demande de retours quantifiables ; cependant la comptabilisation du nombre de nouvelles demandes, d'usagers touchés, de prestations effectuées ne peut, à elle seule, rendre compte des réalités de terrain. Rappelons que les effets du travail en santé mentale ne sont pas toujours immédiats ni même mesurables en termes quantitatifs. Par exemple, le reporting n'est pas en mesure de rendre compte de la complexité de certaines situations cliniques telles que l'accroche et la création de liens de confiance avec les usagers. En d'autres termes, le monitoring n'a de valeur qu'en complément de données qualitatives qui permettent de rendre compte de la complexité du travail clinique et ce, au regard de la pluralité des problématiques rencontrées et des réponses apportées.

Tous les porteurs de projets n'ont pas rempli le tableau de suivi et ce, faute de temps. L'encodage des données est un travail fastidieux et chronophage qui, pour certains, est

[20] Grard, Adeline ; Nicaise, Pablo ; Lorant, Vincent. Evaluation de la réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale » – Résultats 2014. In: Acta Psychiatrica Belgica, Vol. 115, no.1, p. 40-49 (2015) http:// hdl.handle.net/2078.1/163886

redondant étant donné qu'ils possèdent déjà leur propre outil de suivi. De plus, ce travail d'évaluation est une tâche supplémentaire au travail clinique qui n'a pas toujours été pensé en amont de la remise des projets au vu des délais très courts d'introduction. Cela amène une précarité de moyens sur les aspects administratifs et de coordination relatifs aux dispositifs mis en place.

8. Conclusion générale

Au fil des chapitres de ce rapport, nous avons eu l'occasion d'aborder les projets du Plan de Relance et de Redéploiement sous différents angles. Tout d'abord, nous avons abordé le contexte, les enjeux ainsi que la chronologie selon laquelle se sont déroulés les appels à projets. Ensuite, nous avons abordé des aspects plus qualitatifs tels qu'une note de vision de ce qui fait soin en santé mentale, des thématiques transversales au PRR ainsi qu'une note relative aux lieux de liens. En dernier lieu, nous avons présenté quelques chiffres qui témoignent de la portée globale qu'ont pu avoir ces projets entre septembre 2021 et avril 2022.

Ce rapport illustre – au moins en partie – l'importance du travail mené par les porteurs de projets du Plan de Relance et de Redéploiement. Bien que le financement octroyé ait permis de renforcer l'offre en santé mentale, nous souhaitons dans un premier temps souligner quelques difficultés rencontrées par les acteur·rice·s de terrain dans le cadre de cette dynamique d'appel à projets. Il s'agit de constats que nous avons déjà formulés et répétés lors de la présentation du rapport sur les projets Covid & santé mentale[21] mais également dans d'autres documents. Nous tenons à nouveau à souligner et à rappeler ces éléments afin d'améliorer la qualité dans le travail fourni auprès de la population mais également de soutenir le bien-être des travailleur·euse·s. Nous souhaitons également, dans une deuxième partie, souligner les contraintes et limites auxquelles le Cabinet est confronté ainsi que la plus-value des financements octroyés en matière de santé mentale communautaire, de mobilité, de collaborations inter-services et d'appui aux professionnel·le·s.

[21] Delphine Guilmot, Rapport sur 10 projets de santé mentale Jeunes, soignants et COVID19, LBSM, 2021. Disponible sur le site de la Ligue. Voir en particulier pp.68-69.

Les sollicitations extérieures sont nombreuses et **l'implication demandée** par le projet lui-même est conséquente d'autant plus lorsqu'il est encore en phase de démarrage. En effet, la mise en place d'un projet implique des changements organisationnels importants au sein de l'institution ainsi qu'une charge de travail supplémentaire pour les équipes concernées. Par ailleurs, lorsqu'un projet vient de démarrer, la réflexion autour du projet thérapeutique est quotidienne. Les acteur·rice·s de terrain doivent se montrer attentifs à l'adéquation entre l'offre proposée et les besoins identifiés sur le terrain. Parallèlement à cela, des évènements imprévus peuvent venir perturber le bon déroulement du projet. Par exemple, certains porteurs de projets ont été confrontés au départ prématuré de leur travailleur·euse·s et ont dû de ce fait, réitérer une deuxième phase d'engagement.

Nous pouvons également citer la vague du Covid-19 en automne 2021 qui a ralenti – voire mis à l'arrêt - le travail de terrain suite à une augmentation des cas de contamination au sein des équipes mais également chez les bénéficiaires. Ces aléas, pour ne citer que ceux-là, font partie du travail réalisé et il n'est pas toujours évident de gérer ces réalités avec les nombreuses sollicitations.

En termes de sollicitations extérieures, on retrouve les demandes du secteur social-santé mais également les interpellations politiques et administratives. La ligne du temps, présentée dans le chapitre 2, retrace ces dernières au départ de l'appel à projets jusqu'en décembre 2022. On peut constater qu'au cours de ces 2 dernières années, les sollicitations ont été nombreuses et les échéances parfois très courtes. Ce dernier élément est d'autant plus marqué pour les projets subsidiés par la COCOF qui, comparativement aux projets COCOM, ont bénéficié d'une temporalité moins confortable. En effet, les projets subsidiés par la COCOM ont bénéficié d'un délai d'introduction de leur projet plus long à savoir 24 jours comparativement à 13 jours pour les projets COCOF[22]. Ensuite, en février 2021, l'Administration COCOM a proposé aux projets de décaler l'arrêté de 6 mois pour les projets dont la mise en place avait pris plus de temps. En mai 2021, l'Administration COCOM a annoncé la prolongation des projets jusque novembre 2022. Parallèlement à cela, pour les projets CoCoF, aucune information n'avait encore été communiquée. C'est seulement en mars 2022 qu'une prolongation de l'arrêté sera effectuée pour les 8 projets ayant un non-consommé. En ce qui

concerne les 7 autres projets - pour lesquels l'arrêté arrivait à terme le 30 avril 2022 – une réponse orale leur fut donné aux alentours du 20 avril de ce même mois.

Ces différents éléments nous amènent à attirer l'attention sur la précarité et l'insécurité qu'induit une telle logique d'appel à projets et ce, tant pour les bénéficiaires que pour les travailleur·euse·s. Chaque dispositif subsidié développe un savoir-faire propre, en lien avec son histoire institutionnelle, les caractéristiques et les besoins qu'ils perçoivent de la population reçue sur leur territoire. La durée limitée des appels à projets ne permet pas l'ancrage de ces initiatives dans la pratique quotidienne, dans le réseau de soin ainsi que dans le lien avec le public cible. Cette logique de financement ponctuel favorise la concurrence entre acteur·rice·s de terrain plutôt que la complémentarité. En ce qui concerne les travailleur·euse·s engagé·e·s dans le cadre des projets, l'incertitude d'une continuité génère des difficultés et des tensions importantes, ce qui peut amener certain.e.s à chercher un emploi plus stable ailleurs et donc à quitter le projet. Ils.elles emportent alors avec eux.elles toute l'expérience acquise, le temps d'écolage, les liens de confiance établis, la connaissance du réseau, etc. Lorsque le projet se poursuit, il faut alors tout recommencer, ce qui constitue un immense gâchis.

Pour ceux.celles qui restent, l'incertitude génère une charge mentale lourde qui touche également les publics car eux non plus ne savent pas si l'aide dont ils bénéficient va pouvoir se prolonger au-delà de la date fatidique. Ceci n'est pas sans conséquence et impacte le bon fonctionnement du dispositif mis en place et de ce fait, les bénéficiaires ayant accroché à celui-ci. Si les moyens mis en place venaient à ne pas être reconduits au terme de l'appel à projets, les services ne pourraient plus être en mesure d'accueillir les bénéficiaires. Cela pourrait amener ces derniers à entrevoir dans la fin de ces projets, un nouvel échec confirmant leurs craintes ou leurs aprioris quant au système d'aide et de soins.

Bien sûr, nous avons conscience que la durée limitée des appels à projets est rythmée par les règles d'annualité budgétaire et de moyens publics limités, cependant, celle-ci s'inscrit dans une logique différente de celle du travail en santé mentale. Ce n'est pas tant le système d'appel à projets qui questionne mais plutôt sa tendance à se généraliser. De nombreuses initiatives sont financées de façon ponctuelle alors qu'elles répondent à des besoins réels et structurels. Les projets introduits, dans le cadre du PRR, ne sont pas des projets neufs. En si peu de temps, il n'a pas été possible de penser de nouveaux dispositifs, ni de mettre en place en place de nouvelles collaborations ex-nihilo ; mais il a permis de concrétiser des projets qui « dormaient

dans les tiroirs » faute de moyens. Nous pensons qu'il est important de préserver la dimension de projet afin de pouvoir tester de nouvelles choses sur le terrain tout en offrant des solutions durables.

Faire soin en santé mentale n'est pas, par essence, uniquement un travail de longue durée. Ce travail s'adapte aux besoins, ce qui implique que les interventions peuvent s'inscrire sur un temps court où un nombre limité de rencontres suffiront alors que, pour d'autres, ce travail pourra prendre jusqu'à plusieurs années. De plus, les dispositifs et les partenariats prennent du temps à se construire, à se faire connaître auprès des publics concernés. Un temps long permet de les construire, de les évaluer et de les ajuster à la réalité des besoins sur le terrain. Faire soin implique également de pouvoir s'adapter au rythme et à la temporalité psychique de chacun.e et de ne pas contraindre la personne à rentrer dans un circuit avec un rythme prédéfini.

Même si nous remettons en question certains aspects de la dynamique d'appel à projets, nous tenons à souligner l'importance des moyens financiers mis en place par le Cabinet Maron – Ministre de l'action sociale et de la santé - pour répondre aux enjeux de santé mentale. Entre l'espace de 2 ans, ce sont près de 4 millions d'euros qui ont été débloqués afin d'améliorer le bien-être de la population et de soutenir les acteur·rice·s de terrain. Un premier appel à projets a été initié en juillet 2020 afin de soutenir les jeunes et le personnel soignant, un public qui a rapidement été identifié parmi les plus exposés aux effets de la pandémie. Dans ce cadre, 10 projets ont été initialement subsidiés pour une période de 10 mois et la quasi-totalité ont été reconduits jusque décembre 2021.

En septembre 2021, un nouvel appel à projets est lancé et concerne, quant à lui, le renforcement du travail mobile en santé mentale et l'accessibilité bas-seuil. Dans ce cadre, 25 projets ont été subsidiés et l'ensemble des projets[23], à l'heure où j'écris ces lignes, se poursuivent au minimum jusque fin décembre 2022.

Plus concrètement, les moyens octroyés ont tout d'abord donné le temps aux porteurs de projets de s'ouvrir davantage au réseau, d'aller à la rencontre de partenaires psycho-médico-sociaux et culturels et ainsi, de développer de nouvelles collaborations. Au total, 554 activités

[23] A l'exception d'une institution qui a volontairement décidé de mettre un terme à leur projet en date du 30 avril 2022

de ce type ont été organisées et ont permis 3792 participations professionnelles. Ces rencontres ont notamment abouti à l'émergence de synergies entre institutions telles que la création d'activités communes et/ou la possibilité de faire réseau autour des usagers. Au total, 2302 activités – activités communautaires, accompagnements individuels et activités de prévention/réduction des risques - ont été organisées à destination des usagers et ont comptabilisé 11163 participations. Les institutions porteuses de projets ont également mis en place des dispositifs de soutien aux professionnel·le·s qui peuvent parfois se sentir désemparé·e·s et/ou pas suffisamment outillé·e·s face à la complexité de certaines situations cliniques. Ces initiatives permettent de décaler les situations, d'appréhender leur complexité et/ou simplement de déposer une parole. Avec la crise du Covid, non seulement la souffrance de nombreux concitoyen·ne·s a été mise en lumière et accentuée, mais s'est fait aussi entendre en un écho plus puissant de la détresse et l'épuisement d'un certain nombre de professionnel·le·s de l'aide et du soin**.**

On compte 1491 participations de professionnel·le·s aux 273 activités d'appui mises en place. Les porteurs de projets ont, eux-mêmes, pris le temps de participer à des formations, supervisions et intervisions. 119 activités de ce type ont été enregistrées et ont bénéficié à 382 participations professionnelles des différents services subsidiés. Le financement PRR a également permis de mettre en place 3 projets de recherche qui permettent, entre autres, de mettre en lumière ce qui se passe sur le terrain et participent au processus de réflexion des acteur·rice·s sur leurs pratiques.

Le Plan de Relance et de Redéploiement s'est constitué comme une réponse aux conséquences et aux besoins mis en évidence par la crise sanitaire. La pandémie n'a fait qu'aiguiser les situations et élargir un peu plus des brèches qui existent parfois depuis de longue date et qui pour certaines étaient déjà béantes. Nul besoin de rappeler que les conséquences de cette pandémie, qu'elles soient sociales, financières ou psychiques s'inscriront sur un temps long, et que le moment où nous n'en subirons plus les effets est encore loin. De l'expérience de cette pandémie, nous pouvons cependant tirer des apprentissages, étant donné que ce qu'elle a permis de révéler, c'est la nécessité de soutenir des systèmes résilients, capables de s'adapter rapidement. Ce qu'elle a aussi permis de montrer, c'est précisément le dynamisme des associations, leur créativité et leur capacité d'innovation. Depuis le début de la crise sanitaire, le secteur de l'ambulatoire a été amené à

faire face aux circonstances inédites de la crise, à gérer ses multiples vagues et à tenir bon dans un contexte de saturation structurel des différents services de l'aide et du soin. Nous espérons avoir rendu compte d'une vision globale des initiatives mises en place tant sur le plan qualitatif que quantitatif et que cela a pu témoigner de l'intérêt et de la plus-value qu'ont ces projets auprès de la population.

Annexes

Plan bruxellois de redéploiement et de relance post-COVID-19

Fiche Mesure n° SOSA_18 - Renforcement de l'offre de soin en SSM et du travail mobile en santé mentale et l'accessibilité bas seuil au soin de santé mentale (lieu de liens)

1. Ministre(s) porteur(s) : Maron
2. Groupe de travail concerné : Social Santé MAC

Enjeu(x) et Objectif(s) concerné(s) : Veiller tout particulièrement aux besoins d'accompagnement et d'écoute des professionnels fortement marqués par la crise ; Permettre à tous les Bruxellois, et en particulier les personnes plus fragiles socio-économiquement, d'avoir accès aux services en matière de santé mentale, ce notamment par l'octroi de moyens supplémentaires aux CPF et aux SSM pour la prise en charge d'un public bas-seuil.

3. Relance ou Redéploiement : Redéploiement
4. Entité(s) concernée(s) : COCOM + COCOF
5. Dépense ou Recette : Dépense
6. Codes 8 ou 9 (oui/non) :

7. Intitulé de la mesure : Renforcement de l'offre de soin en SSM et du travail mobile en santé mentale et l'accessibilité bas seuil au soin de santé mentale (lieu de liens).

8. Explication succincte de la mesure :

1. **Financer des équipes mobiles existantes et des SSM** afin qu'ils **répondent à des besoins non rencontrés et ciblés :** mise en observation, double diagnostic, précarité, addiction, en institution – supervisons d'équipe du social santé, CPAS: possibilité de former des soignants (médecin généraliste, travailleurs sociaux, éducateurs, accueillant …) aux troubles psychiques et psychiatriques et d'être **en renfort dans les institutions selon un régime de deuxième ligne**. En tant de crise, encore plus qu'en temps normal, l'expertise de la mobilité clinique et de l'outreach s'avère utile afin de **suivre les gens au domicile** et d'éviter les hospitalisations tout en garantissant au maximum l'accès aux soins. Cela nous permettrait de **préserver les hôpitaux de l'engorgement au maximum**. En situation de confinement il faut pourvoir suivre les gens à leur domicile, dans la communauté et le moins possible dans les structures résidentielles.

- Venir en renfort et proposer des **supervision/formations aux équipes soignantes et d'aide psychosociales** pour mieux appréhender les troubles psychique (qui augmentent en situation de crise et de crise sanitaire de manière drastique et sous différentes formes) de leurs patientèles.
- Mieux **accompagner les résidents dans les maisons d'accueil d'urgence en souffrance psychique** (sans-abris accidentels, femmes battues, familles réfugiées, mineurs/enfants non accompagnés).
- Venir en appui et renforcer les initiatives Housing First **pour les usagers en grande précarité** et en souffrance psychique.
- Venir en appui dans les structures d'aide sociales et d'inclusion.
- Renforcer les **liens entre les secteurs et les lignes d'aide et de soin**, renforcer la **continuité des soins** et diminuer le nombre d'hospitalisation
- Créer de **l'intervision et des échanges de pratiques entre institutions** qui gagneraient à mieux se connaitre et à métisser leur pratique.

- Mieux accompagner les résidents et les équipes dans les **structures d'hébergement non agréées** en grande souffrance psychique.

Renforts Mobilité et deuxième ligne (1 526 000 € – COCOM = 381 500 € et COCOF = 1 144 500 €).
10 ETP Psy : 12 x 69 000 € = 690 000 €
10 ETP A1, niveau BA : 10 x 56 000 € = 560 000 €
3 ETP psychiatre : 3 x 92 000 € = 276 000 €

2. **Création de 4 lieux de liens**, autrement appelé d'accueil communautaire et résidentiel de proximité ou encore « club thérapeutique », un par bassin de soin.

C'est un lieu où l'on peut s'entretenir et se confier avec des thérapeutes, des assistants sociaux, des éducateurs et des pair-aidants. On peut aussi être informé, accompagné vers l'offre d'aide et de soin plus spécifique au **niveau local**. Des activités - culturelles, sociales, sportives et d'actions en santé communautaire - peuvent y être initiées par les usagers et soutenues par les intervenants. Il s'agit de créer du lien sur une **échelle territoriale de proximité en réseau** et d'offrir la possibilité aux usagers de renforcer leur tissu social. Ce type d'initiative entend répondre à plusieurs objectifs de la DPG et renforcer **la continuité des soins**. L'idée est de renforcer l'approche communautaire en santé mentale, ne pas se limiter à des réponses individuelles et stigmatisantes, offrir des espaces d'échange, vecteur de lien d'attache et d'**inclusion sociale (particulièrement mise à mal chez les plus précaires), particulièrement mis à mal en tant de crise et de post crise sanitaire : la souffrance lié à l'isolement explose en tant de confinement et la thérapie individuelle n'est pas la réponse idéale, il faut une réponse communautaire et plus accessible.**

2 ETP Psy x 96 000 = 138 000 + ½ Psychiatre 46 000 = 184 000 + 2 ETP BA AS ou Educ x 56 000 = 296 000 + 10 % de frais de fonctionnement 30 000 = 326 000 €.

326 000 x 4 = 1 304 000 € (COCOM 652 000 €+ COCOF 652 000 €).

3. **Augmentation des moyens octroyés aux IHP pour développer des SPAD ou renforcer des équipes équivalentes.**

La crise économique et la précarisation socio sanitaire qu'elle engendre pour une partie de la population induira l'émergence de nouvelles fragilités mentales. Les SPAD déjà existants, rattachés ou non à des IHP, et les IHP désireuses de développer une mission de soins à domicile pourraient, dès 2020 assurer du coaching, de la coordination, de la sensibilisation, de l'accompagnement et une action à domicile, afin de renforcer le maintien à domicile ou le retour à domicile après hospitalisation, séjour en MSP ou en IHP.

➔ Prévoir 10 ETP à partir de 2020 au coût de 670 000 €/ETP sur 6 mois : 670 000 €/an (COCOM).

4. **Financement des 4 coordinations des réseaux de santé mentale.**

Bruxelles est divisé actuellement en quatre bassins de soin (+/- 300 000 habitants par bassin de soin) de coordination des opérateurs et de concertation multidisciplinaire. Il s'agit de garantir le travail en réseau (entre secteur de l'ambulatoire et avec le secteur résidentiel) au sein de ces bassins en lien avec les contrats de quartier. Au-delà d'une certaine complexité des problèmes de santé mentale, l'approche et les coordinations par quartier ne suffiront pas à répondre aux besoins de certain patient. Ce niveau de coordination, plus réaliste et pertinent que le niveau coordination régional du Comité de Réseau Régional 107 (plus lié à la gouvernance), entend répondre à un besoin de coordination clinique et interservices intermédiaire.

4 x 100 000 par antenne – déjà financé, il leur faudrait encore 250 000 € pour atteindre les 400 000 = 250 000 (COCOM).

9. Commentaire éventuel :

10. Lien avec la DPR et/ou exécution d'un plan existant approuvé par le GRBC :

La DPG mentionne clairement qu'il faut renforcer les travails mobiles. Complémentarité avec les projets EM du fédéral (Fonction 2 Psy107). Renforcement de l'accessibilité aux soins psychiatriques et lutte contre les inégalités sociales, accessibilité, out-reach et fonction 0.5, assuétudes. Appui concret aux MR et MRS pour l'accompagnement des personnes âgées en souffrance psychique. Appui in situ des soignants (population en risque de décompensation et de post-traumatisme en situation de crise et de post-crise). Renforcement de l'accompagnement psychosocial des patients dans leur lieu de vie, dans une approche de proximité et en appui des expertises développées à l'échelle des quartiers. Ainsi le Gouvernement veillera, en concertation avec le secteur et la COCOM, à **renforcer les équipes mobiles** de crise et de longue durée pour enfants, adolescents et adultes, renforcer l'offre institutionnelle pour les prises en charge intensives (double diagnostic, mises en observation judiciaire, internés, …).

Le Gouvernement **renforcera les services ambulatoires de seconde ligne** qui soutiennent les médecins généralistes confrontés à des questions spécifiques (santé mentale, suicide, toxicomanies), en concertation avec le secteur associatif « Tenir compte de la diversité des publics et des besoins », « favoriser la mutualisation des ressources », « Promouvoir l'innovation, permettre aux services ambulatoires de développer un projet qui s'insère dans une vision régionale et qui tienne compte de son contexte particulier d'intervention », « Intensifier les initiatives de prise en charge en mode ambulatoire, le plus proche possible du milieu de vie du patient », « Renforcer la concertation avec l'ensemble des acteurs concernant le développement de la réforme fédérale dite « 107 », relier les projets 107 aux projets communautaires », « Travailler sur les inégalités sociales de santé avec une attention particulière pour les publics spécifiques (toxicomanes, pauvreté, handicapés, séniors », « Partir de la première ligne, la consolider et créer un maillage entre les acteurs ainsi qu'une articulation entre la première ligne et le secteur spécialisé hospitalier et résidentiel », Le Gouvernement **renforcera les services ambulatoires de seconde ligne** qui soutiennent les médecins généralistes confrontés à des questions spécifiques (santé mentale, suicide, toxicomanies), en concertation avec le secteur associatif ».

11. Impact budgétaire par entité (en crédits de liquidation) :

2020 (sur 6 mois) : 335 000 (SPAD ou équipes cliniques équivalentes – COCOM), 763 000 (SSM - COCOM = 191 000 et COCOF = 574 000) + 652 000 € (lieu de liens COCOM 326 000 et COCOF 326 000), + 125 000 € (Coordination COCOM) = **3 415 000 (977 000 COCOM et 900 000 COCOF).**

2021 (année pleine) : 670 000 (SPAD ou équipes cliniques équivalentes – COCOM), 1 526 000 (SSM - COCOM = 381 500 et COCOF = 1 144 500) + 1 304 000 € (Lieu de liens COCOM 652 000 + COCOF 652 000), + 250 000 € (COCOM) = **3 751 000 (1 954 000 COCOM et 1 797 000 COCOF).**

12. Impact socio-économique (positif et négatif) :

Le fait de travailler de manière mobile et au domicile ainsi que de manière préventive et communautaire diminue le nombre d'hospitalisation et l'activité des services d'urgence extrêmement couteux.

13. Impact environnemental (positif et négatif) :

L'impact est neutre.

14. Impact genre :

La parité homme femme fera l'objet d'une attention particulière dans l'ensemble des mesures reprises dans cette note, avec une focale particulière sur l'accès au soin et les problématiques de genre. Effectivement, la question du genre reste un déterminant non négligeable dans l'accès aux soins. Les femmes fréquentes en moyenne plus les services de santé mentale mais proportionnellement moins les services bas seuils d'accès. Ces questions seront traitées de manière réflexive par les services afin d'essayer de comprendre comment mieux adresser

15. Impact promotion de la diversité / lutte contre toute forme de discrimination : Cf objectifs DPG repris ci-dessus.
16. Indicateurs/mesures de suivi : L'entièreté des mesures feront l'objet d'analyses par la Plateforme de Concertation en Santé Mentale (COCOM) et par la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale (COCOF).
17. Autre :

LBSM

LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE

Editeur responsable: Yahyâ H. SAMII
Graphisme : Flore FIFI

www.lbsm.be