



CENTRE DE SANTE MENTALE

L'ADRET ASBL

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2017

*135, Avenue Albert
1190 Forest*

Table des matières

1.	INTRODUCTION	3
2.	DONNÉES ADMINISTRATIVES	5
3.	MISSIONS CLINIQUES GÉNÉRALES	7
3.1	L'accueil	7
3.2	Données Statistiques	8
3.3	Équipe « Adulte »	13
3.3.1	Consultations	13
3.3.2	Données statistiques sur les prestations	16
3.3.3	Données sociodémographiques (Psystat)	18
3.4	ÉQUIPE « ENFANT »	25
3.4.1	Consultations	25
3.4.2	Données statistiques sur les prestations	30
3.4.3	Données sociodémographiques (Psystat)	32
3.4.4	Séances de psychomotricité	35
3.4.5	La consultation logopédique	36
4.	MISSIONS DE PREVENTION	39
4.1	Le Gazouillis asbl	39
4.1.1	Description	39
4.1.2	Objectifs	39
4.1.3	Évaluation	40
4.2	Groupes de stimulation de langage dans les écoles de Forest (maternelles)	40
4.2.1	Description	40
4.2.2	Objectifs	41
4.2.3	Public cible	41
4.2.4	Partenariat	41
4.2.5	Fonctionnement	41
4.2.6	Évaluation	42
4.2.7	Évaluations / supervisions des stagiaires logopèdes	42
4.2.8	Évolution du projet de prévention et nouvelles perspectives	44
4.3	Observation en crèche	46
4.4	Stages pendant les vacances scolaires, dans le cadre de nos missions prévention	46
4.5	Projet de Santé Mentale Communautaire	50
4.5.1	Pause-café	50
4.5.2	Atelier cuisine	52
5.	ACTIVITÉS DE COORDINATION, PARTENARIAT, TRAVAIL EN RÉSEAU	52
5.1	Projet 107	52

5.1.1	Réseau Régional	52
5.1.2	Hermèsplus	53
5.1.3	RÉZONe (Réseau Zuid-Ouest Netwerk)	54
5.2	« Bru-Stars » : Réseau bruxellois en santé mentale pour enfants et adolescents	55
5.3	Activités pour la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois francophones	56
5.4	Coordination sociale de Forest	57
5.4.1	Coordination santé mentale de la Coordination Sociale de Forest	58
5.4.2	Groupe de travail logement au sein de la commune de Forest - Section Diogène	59
5.4.3	Coordination sociale de Forest: groupe "petite enfance"	64
5.5	Le Comité de pilotage de la Cellule d'appui du SMES - B (Santé mentale & Exclusion sociale - Belgique)	65
5.6	Groupe de coordination des logopèdes à la ligue (LBFSM), dans le cadre de la coordination Petite Enfance	65
5.7	La boîte à ressort	67
6.	FORMATION – SUPERVISION – INTERVISION	68
6.1	Formation des stagiaires en logopédie	68
6.2	Supervision de l'équipe du SAHAM	68
6.3	Supervision des assistants sociaux de la société de logements sociaux du Foyer du Sud	68
6.4	Supervision des Thérapeutes de l'équipe de Thérapluriel	69
7.	PROJETS SPÉCIFIQUES	70
7.1	Antenne « Déficience intellectuelle » – Inclusion ASBL	70
7.1.1	Projet d'Antenne « Déficience intellectuelle »	70
7.1.2	La déficience intellectuelle et la santé mentale	72
7.1.3	Évaluation du projet de l'Antenne sur l'année 2017	73
7.1.4	Perspectives pour 2018	78
8.	DÉMARCHE D'ÉVALUATION QUALITATIVE (DEQ)	79
8.1	DEQ 2017-2019	79
9.	ORGANISATION DE L'ÉQUIPE	83
9.1	Les réunions	83
9.2	Formation	84
9.3	Représentations	86
10.	Perspectives 2018	86
11.	Annexes	86

1. INTRODUCTION

Des changements institutionnels consécutifs aux différentes réformes en cours (VIème réforme de l'Etat, réforme des soins de santé mentale, révision du décret ambulatoire social-santé) ont fort occupé nos esprits cette année. Ces changements se sont concrétisés par une restructuration de la P.F.C.S.M., une restructuration de la LB.F.S.M. / F.S.S.M.B.f. et une structuration du réseau adulte (Réseau 107) et du réseau enfant/adolescent (Brustar) en région de Bruxelles-Capitale. La P.F.C.S.M., désormais subsidiée par la CoCom, a adopté des statuts à large spectre lui conférant des missions tous azimuts, y compris celle d'organiser le réseau des soins de santé mentale sur notre région, ouvrant son C.A. aux acteurs de soins concernés par la réforme (la 1^{ère} ligne de médecine générale et les représentants des usagers et des proches).

Ce chevauchement avec l'organisation d'un réseau de soins de santé mentale telle que préfigurée dans les « Projets 107 » ne facilite pas l'articulation entre la-dite P.F.C.S.M. et un futur comité Réseau « 107 » habilité à opérationnaliser l'organisation du réseau unique bruxellois. Une divergence essentielle porte sur l'organisation d'un réseau favorisant, dans ces processus de décision, le bottom-up ou le top-down. La restructuration de la P.F.C.S.M. et son ambition d'organiser le réseau bruxellois ont crispé les acteurs des services de santé mentale dont le rôle d'accompagnement et de soin au quotidien des usagers de la santé mentale est totalement périphérisé. Là où était attendu un adossement des équipes mobiles à l'ambulatoire en santé mentale et un renforcement des soins de santé mentale ambulatoires afin de prendre en compte, au quotidien, le fait que le patient est au centre du soin dispensé dans son milieu de vie, nous observons qu'une possibilité d'investissements importants (107 ETP) dans des dispositifs extrahospitaliers (équipes mobiles) sans liens structurels avec les services ambulatoires en santé mentale se confirme.

Dans le même ordre d'idée, l'organisation d'un réseau de soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents bénéficie d'importants moyens pour la création d'équipes mobiles (30 ETP) dont, à ce jour, l'articulation avec les services de santé mentale reste lettre morte. Certains objecteront qu'une création ex-nihilo d'équipes mobiles prend du temps avant de pouvoir éprouver son efficience, sans doute.

Nous commençons le rapport d'activités 2016 en évoquant la quadrature du cercle dans laquelle les usagers et nous sommes enfermés. Un accès limité aux soins ne peut répondre à l'explosion de demandes induites par l'accentuation de la vulnérabilité et de la souffrance psychique des personnes dans notre société. Ce constat, qui reste pleinement d'actualité et ne cesse de nous saturer (nous parlons, maintenant, d'hypersaturation) sera quelque peu atténué par une tentative d'augmenter notre accessibilité qui a vu le jour sous la forme de deux initiatives mises en œuvre par les membres de l'équipe.

La première vise les femmes socialement isolées par la maladie et la précarité sociale en les invitant à partager et échanger autour de la nourriture dans le cadre d'un « Atelier cuisine » organisé au sein du centre, une fois par mois. Deux membres de l'équipe s'y sont investis. La deuxième proposition, « Pause-café », fut adressée, dans un premier temps, aux usagers du centre avant de s'élargir à tous les usagers des soins de santé mentale. Il s'agit d'un dispositif d'accueil sans conditions qui se tient dans le centre une fois par semaine pendant deux heures. Quatre membres de l'équipe s'y relaient actuellement en offrant, à chaque

ouverture, la présence de deux professionnels. Ces deux expériences, inédites dans notre centre, connaissent un certain succès pour lesquels nous vous renvoyons vers leur chapitre respectif.

Un autre défi, plus prosaïque celui-là, auquel nous devons faire face est celui de la numérisation appelée par le SPF Santé dans le cadre de l'obligation faite aux médecins prescripteurs d'informatiser les prescriptions médicales. Cette obligation entraîne, à terme, l'informatisation du dossier médical avant que suivent les attestations de soins. Cette informatisation n'est pas sans poser de nombreuses questions relatives à la protection de la vie privée et à la confidentialité garantie par les prestataires de soins. Une autre source de questions concerne, et ceci afin de faciliter un certain partage d'information ou la gestion quotidienne, une extension des outils informatiques à chaque poste de travail. Nous devons, pour répondre à ces questions, bien analyser nos besoins tout en tenant compte des ambitions numériques de la Cocof (recueil de données, rapport d'activités, secrétariat social, etc...). Dans un premier temps, nous avons fait le choix de rendre plus performante notre connectivité à l'Internet par l'installation d'un réseau filaire et d'antennes Wifi.

Enfin, nous avons reçu la confirmation par le cabinet de la Ministre chargée de la santé Cocof que notre service était bien éligible à l'obtention d'un agrément pour une équipe « Enfant/Adolescent ». Nous sommes, actuellement, dans l'attente d'un accord pour son financement ainsi que d'autres extensions pour l'équipe « Enfant/Adolescent ».

Bonne lecture,

F. Willems

2. DONNÉES ADMINISTRATIVES

Données d'identification :

- **Nom :** Centre de Santé Mentale L'Adret ASBL
- **Adresse :** 135, avenue Albert, 1190 Bruxelles
- **Tél :** (02)/344.32.93
- **Fax :** (02)/346.11.93
- **E-mail :** csm.adret@skynet.be
- Adresse de l'antenne « Inclusion ASBL »
24, avenue Albert Giraud, 1030 Bruxelles
Tél : (02)/247.28.21
- **Coordinateur :** M. F. WILLEMS
- **Directeur médical :** Dr. Didier DE GROOTE, psychiatre
- **Personnes habilitées à représenter le service :** M J-F. BISTER et
M. F. WILLEMS

Composition du C.A. et de l'A.G.:

L'A.S.B.L. est composée de personnes sensibilisées aux problématiques de santé mentale.
M. J-F. BISTER, Président
Mme Th. KEMPENEERS, vice-Présidente
Mme L. BOIGELOT, Administratrice
Mme E. COLLET, Administratrice
M. G. VAN PASSEL, Administrateur
Dr. G. DESCHIETERE, Membre de l'A.G.
Me P. LEROY, membre de l'A.G.

Composition du cadre agréé Cocof :

Secrétaires

Mme DZIKA Habibé
Mme STROOMER Dominique
Mme TACKO Aminata, remplacement de Mme TAMSEDDACK Djamila depuis le mois de décembre 2016
Mme DONNEZ Gaëlle, remplacement mi-temps de Mme STROOMER Dominique depuis le mois d'août 2017

Équipe « adulte »

Mme COECK Mélanie, assistante sociale
Dr. DE GROOTE Didier, psychiatre
Mme DIAMANT Tamara, psychologue
Mme GUELDER Audrey, assistante sociale
M. JAUMAUX Paul, psychologue
Mme LEURS Sara, psychologue
Mme SIDDI Lélia, assistante sociale
M. WILLEMS Frédéric, psychologue, coordinateur

Équipe « enfant »

M. BADET Luc, assistant social, depuis le mois de novembre 2017
Mme DENNEULIN Clémence, psychomotricienne
Dr. GERARD Marc, pédopsychiatre
Mme HELSON Geneviève, psychologue
Mme MOYART Pauline, logopède, jusqu'au mois d'août 2017
Mme PAIRON Charlotte, logopède
Mme SAS Marie, psychologue
Mme VERSTRAETEN Julia, logopède, depuis le mois de septembre 2017
Mme WATILLON Bénédicte, assistante sociale
Les stagiaires en logopédie

Antenne « Inclusion ASBL »

Mme GALLAND Pauline, assistante sociale
Mme KOTAOGLU Safiye, psychologue, remplacement de Mme Picard Céline depuis le mois d'octobre 2017
Mme PICARD Céline, psychologue, jusqu'au mois d'octobre 2017

Composition du cadre non Cocof

Mme BAPTISTA PEREIRA Paula, personnel d'entretien
Mme FERON Claude, logopède indépendante

Les conventions

Notre centre a été créé et est reconnu comme Centre de Santé Mentale depuis le 1^{er} mai 1978. Nous avons, depuis lors, développé notre travail clinique mais aussi nos activités de prévention en collaboration avec diverses institutions situées sur le territoire de Forest et des communes limitrophes (Saint-Gilles et Uccle).

Il existe des conventions de liaison fonctionnelle ou de collaboration établies entre le Centre et :

- Inclusion ASBL, 24 avenue Albert Giraud, 1030 Bruxelles
- Le Gazouillis, 22 place Morichar, 1060 Bruxelles
- L'Hôpital Sainte-Elisabeth, 206 avenue de Fré, 1180 Bruxelles
- L'Hôpital Molière-Longchamps, 142 rue Marconi, 1180 Bruxelles
- La Clinique Fond'Roy – La Ramée, 43 avenue J. Pastur, 1180 Bruxelles
- L'école n°3, 53-55 rue Timmermans, 1190 Bruxelles
- Le Projet 107 « HERMES Plus », 10 rue du Grand Hospice, 1000 Bruxelles
- Le Projet 107 « ReZONe », 43 avenue J. Pastur, 1180 Bruxelles
- Le SMES-B, 78 rue Rempart des Moines, 1000 Bruxelles
- Le CPAS de Forest, 35 rue du Curé, 1190 Bruxelles
- Le Partenariat Marconi, 47 rue Vanden Corput, 1190 Bruxelles
- Centre Hospitalier Jean Titeca, 11 rue de la Luzerne, 1030 Bruxelles

Il existe des conventions dans le cadre des supervisions d'équipes menées par le Centre avec :

- Les Foyers du Sud, Société de logements sociaux de Saint-Gilles et Forest
- Les stagiaires en logopédie de l'Institut Marie Haps

3. MISSIONS CLINIQUES GÉNÉRALES

3.1 L'accueil

L'organisation de notre accueil est la suite, jamais définitive, d'un processus permanent d'évaluation qui se construit au fil des années à partir de sa pratique quotidienne et des échanges et réflexions menées par l'équipe, animée de la rencontre avec les usagers de l'offre du service.

Le centre est accessible tous les jours, à minima, du lundi au vendredi de 9h à 17h et le mercredi jusqu'à 20h. Durant ces heures d'ouverture, une permanence d'accueil est assurée, de demi-journée en demi-journée, par la coprésence d'une secrétaire/accueillante et d'un membre de l'équipe psychosociale (psychologues et assistantes sociales).

La permanence du mercredi soir (de 17h à 20h) est assurée par la présence d'un minimum de deux travailleurs psychosociaux.

Tout au long de l'année, la présence d'un minimum de deux travailleurs psychosociaux et d'une secrétaire/accueillante est requise dans le centre pour assurer la permanence dans un climat de sécurité.

Toutes les demandes, qu'elles nous soient adressées par téléphone ou qui résultent de la venue spontanée d'une personne au centre, transitent par la secrétaire d'accueil. Celle-ci les accueille et dirige les nouvelles demandes vers le travailleur de l'équipe psychosociale qui est de permanence.

Afin d'améliorer et d'assurer la continuité du suivi d'une nouvelle demande, d'un appel téléphonique ou d'un premier contact qui a eu lieu dans le centre, nous avons établi un cahier de liaison dans lequel sont consignées les informations nécessaires à la reprise d'une situation par un autre collègue de permanence dans l'éventualité d'un nouveau contact de la personne dont la situation a requis que des informations soient transmises à l'attention des personnes de permanence. Ce cahier passe, en principe, de permanent en permanent.

L'accueil des personnes est au centre de notre attention. Nous avons aménagé une salle d'attente qui soit confortable, agréable et laissons la possibilité aux patients de venir sans rendez-vous, sans avoir besoin de rencontrer individuellement un intervenant, mais simplement de s'y asseoir et d'y rester un moment, dans un lieu qui offre une présence et une disponibilité potentielle de la secrétaire de permanence à l'accueil.

Les nouvelles demandes, après leur passage par le secrétariat, sont reçues par un membre de l'équipe psychosociale qui en fait l'analyse et parfois les oriente à ce stade. Les informations recueillies sont transcrites sur une fiche de « premier contact » afin de présenter la demande à l'équipe ad hoc (Enfant/Adolescent ou Adulte) au cours de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire consacrée à leur examen et à la clinique.

Une décision de rendez-vous dans le centre ou d'orientation sera alors proposée. Dans toutes les éventualités d'une orientation, la demande acquiert le statut de « ponctuelle » et sa fiche sera centralisée, comptabilisée et répertoriée comme « contact ponctuel » au nom de la personne et à la date de la demande, cette demande ne faisant l'objet d'aucune ouverture de dossier.

Enfin, quelle que soit la décision de l'équipe, le membre de l'équipe qui a reçu la demande reprend contact avec la personne qui l'a formulée pour lui en faire part.

Nous consacrons des temps de discussion tant dans le cadre des réunions d'équipes que des réunions institutionnelles aux questions relatives à l'admission, à l'accueil et aux recueils de données qui en découlent.

La reprise des procédures et leur réitération, le rappel des définitions des items d'enregistrement sont des temps de travail nécessaires pour maintenir une bonne qualité de l'accueil comme des recueils de données ainsi qu'une bonne coordination pour la transmission des informations entre les différents membres de l'équipe.

Cet accueil et ses modalités d'organisation ne sont en rien des activités spécifiques. Ils font partie de nos missions et sont prolongés par une révision régulière de nos modalités de communication vers les usagers et nos partenaires afin d'améliorer notre accessibilité.

Depuis cette année, nous offrons un temps d'accueil différencié, au sein du centre, une fois par semaine pendant deux heures. Cet accueil a pris le nom de « Pause-café » et fait l'objet d'une présentation et d'une évaluation à part entière dans ce rapport.

3.2 Données Statistiques

Avant-propos

Les données concernant les consultants sont recueillies dans le logiciel « Champollion », adopté par notre service depuis l'année 2005, et dans le logiciel « Psystat » installé depuis l'année 2006. « Champollion » est un logiciel de gestion qui recueille les données relatives aux prestations de consultation. En sont issues les données globales et les données sur les interventions. « Psystat » est un logiciel de recueil de données sociodémographiques, des envoyeurs et des raisons de la première rencontre. Le recueil Psystat ne porte, pour rappel, que sur les nouveaux consultants admis au cours d'une année de référence. Ce qui explique la différence entre le nombre de consultants repris dans les données statistiques globales, puis dans les données statistiques sociodémographiques.

Données statistiques globales

Nous présentons un tableau reprenant les consultations des deux équipes (enfant et adulte) de l'Adret et d'Inclusion ainsi que leur répartition entre anciens dossiers (ouverts avant 2017) et nouveaux dossiers (ouverts en 2017). Nous y avons ajouté les prestations planifiées (c'est-à-dire y compris les rendez-vous non-honorés) qui y correspondent. Le tableau se termine par le recensement des consultations pour lesquelles aucun dossier n'est ouvert. Ces demandes ponctuelles englobent des demandes d'information générale ainsi que des problèmes personnels, juridiques ou professionnels et les patients que nous avons dû réorienter faute de disponibilité pour les recevoir. Elles ne sont pas reprises dans l'étude analytique développée dans la deuxième partie de ce rapport.

		Consultants (dossiers ouverts)						Prestations planifiées	
		2017	Nouveaux Anciens		2016	Nouveaux Anciens		2017	2016
ADRET	Enfants	166	62 104	37%	185	79 106	43%	2751	2908
	Adultes	396	108 288	27%	408	126 282	31%	7058	7442
	TOTAL	562	170 392	30%	593	205 388	35%	9809	10350
INCLUSION		53	46 7	87%	21	17 4	81%	116	49
TOTAL		613	214 399	35%	614	222 392	36%	9925	10399

En 2017, l'équipe de santé mentale "Enfant" a connu une diminution significative d'ouverture de nouveaux dossiers. Le nombre d'anciens dossiers reste stable. Cette diminution a une influence sur le nombre de dossiers ouverts qui diminuent d'une dizaine de pourcents. Proportionnellement, près de deux dossiers sur trois sont ouverts avant 2017. Le nombre de prestations diminue lui de ± 5 pourcents.

La même tendance se retrouve dans l'équipe "Adulte". Le nombre de nouveaux dossiers qui avait augmenté de 10% en 2016 diminue de ± 15 % en 2017. Le nombre d'anciens dossiers lui augmente légèrement. Près d'un dossier sur quatre a été ouvert avant 2017. Le nombre de prestations qui avait fortement augmenté en 2016 diminue un peu cette année.

Pour « Inclusion », le nombre de dossiers ouverts et le nombre de prestations font plus que doubler cette année. Nous vous renvoyons à la partie de ce rapport consacrée à « Inclusion » pour rendre compte de cette évolution.

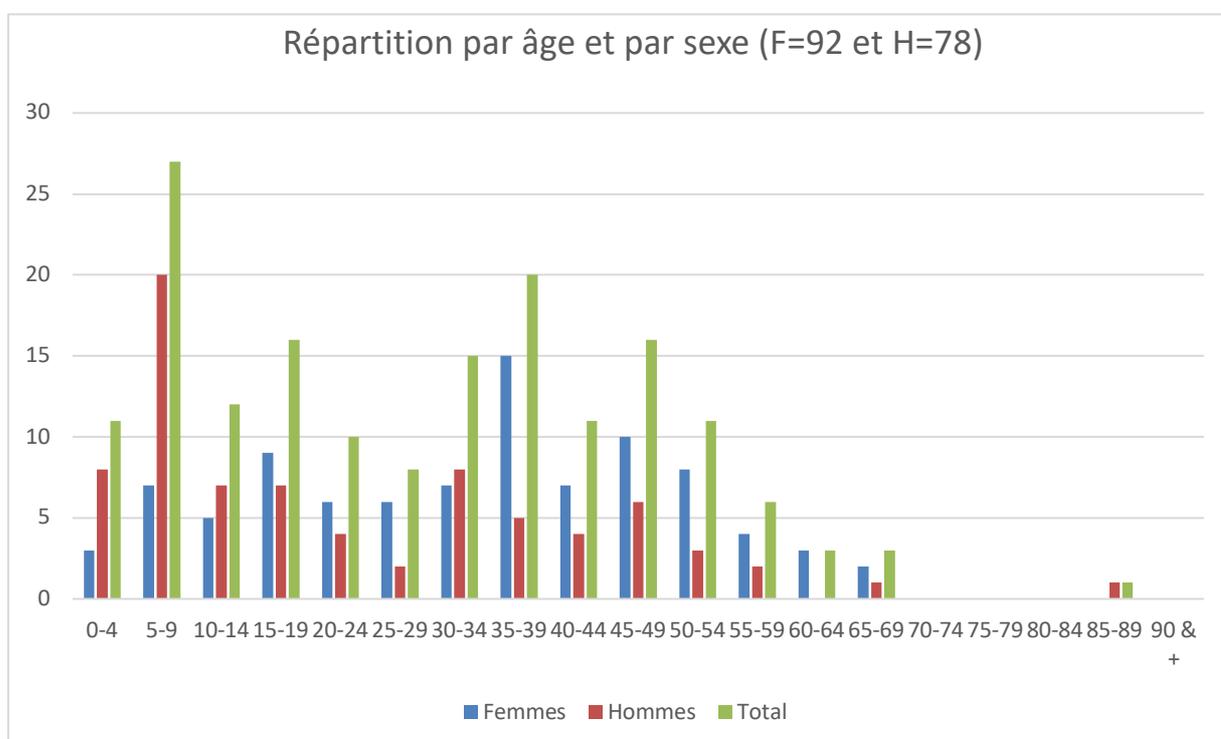
Pour l'ensemble des trois équipes, le nombre de dossiers ouverts reste stable, tandis que le nombre de prestations diminue d'un peu moins de 5%. Il faut remarquer qu'elles avaient augmenté de près de 17% l'an passé.

Répartition des nouveaux dossiers ouverts en 2017

Remarque : seuls les dossiers ouverts en 2017 sont pris en compte dans les trois graphiques suivants. Les dossiers d' « Inclusion », trop spécifiques ne sont pas repris dans cette analyse statistique.

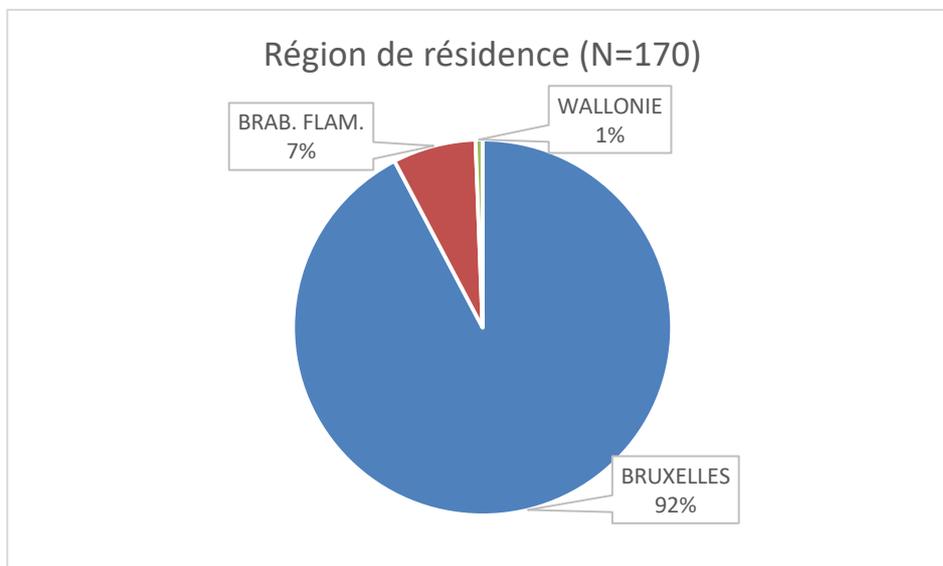
Répartition par âges et par sexes

Le graphique suivant montre une inversion constante et générale dans notre secteur : dans les équipes « enfant », il y a plus de consultations pour les garçons et dans les équipes « adulte », ce sont les femmes qui consultent le plus. Le nombre de consultations avec des enfants de 0 à 4 ans se confirme et le travail avec les personnes âgées continue à prendre plus de place. Les suivis d'adolescents restent stables. Comme l'an passé, il y a moins de dossiers ouverts pour les patients âgés de 20 à 30 ans.



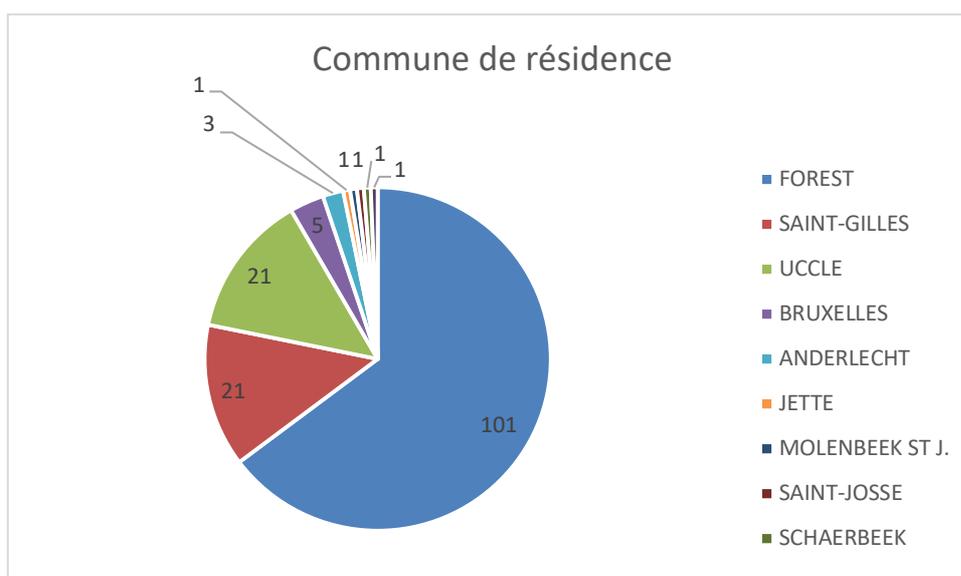
Régions de résidence

Logiquement, la plupart des dossiers ouverts cette année le sont pour des habitants de la région de Bruxelles-capitale. Plus d'une dizaine de patients résident en Brabant Flamand. Il s'agit de francophones qui ne trouvent pas de centre équivalent s'exprimant dans leur langue.



Communes de résidence

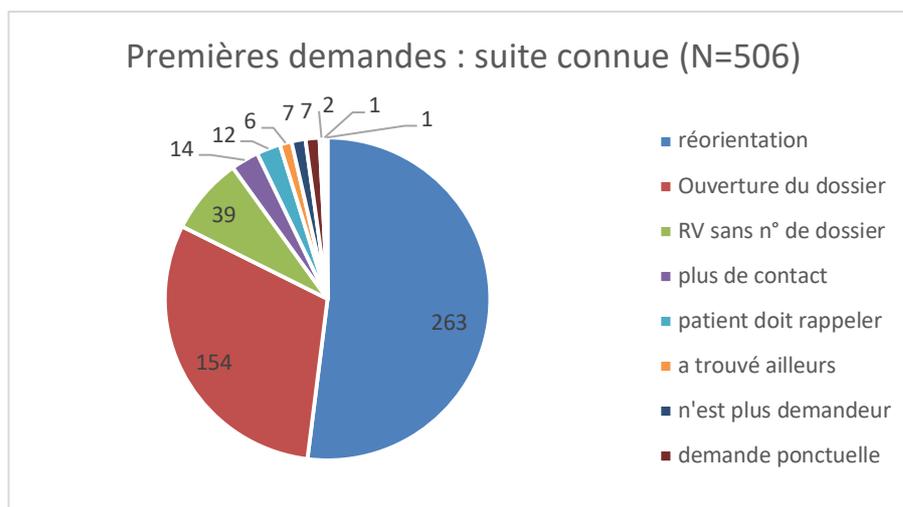
Le graphique, ci-dessous, rappelle que nous nous adressons principalement aux habitants de la commune de Forest ce qui est notre volonté puisque nous leur accordons la priorité de nos prises en charge. Ceci n'exclut nullement que nous recevions les demandes d'habitants de communes limitrophes (Uccle, St-Gilles et Anderlecht) et, dans une moindre mesure, de certaines autres communes de la région bruxelloise.



Premières demandes

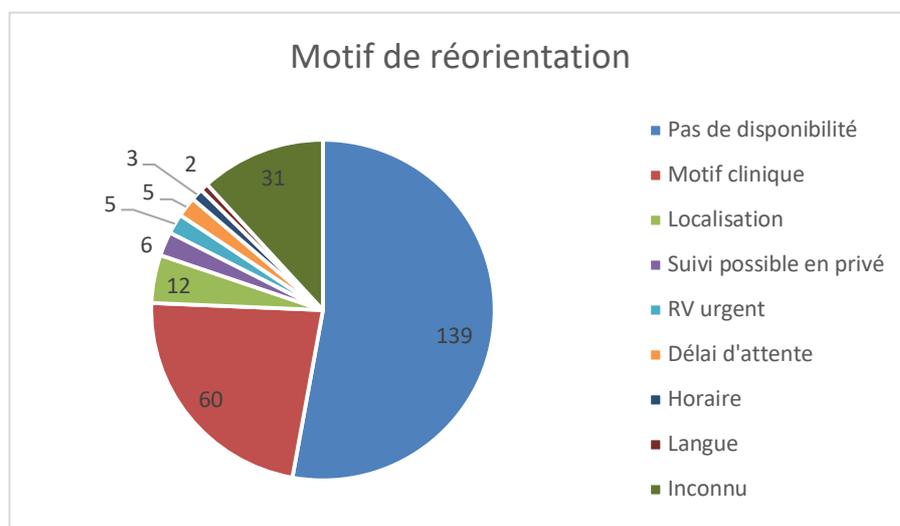
Nous comptabilisons et détaillons ici les premières demandes auxquelles nous n'avons pas été en mesure de donner suite.

En 2017, nous avons reçu 584 demandes qui n'ont pas abouti à un suivi dans le centre. Pour 78 de ces demandes, nous n'avons pas de suite connue. Pour les autres, les suites données se répartissent comme suit :



Comme on le voit, plus de la moitié de ces demandes ont fait l'objet d'une réorientation. Pour plus d'un quart de l'ensemble, un premier rendez-vous a été proposé mais n'a pas été honoré. 39 rendez-vous n'ont pas donné lieu à une ouverture de dossier. Il s'agit probablement de rendez-vous de permanence. Les cinquante autres demandes se répartissent de manière plus anecdotique.

En se penchant sur les motifs de réorientation, on constate que plus de la moitié sont dus à un manque de disponibilité dans le centre. Près d'un quart des réorientations font suite à des demandes qui peuvent être traitées de manière plus opportunes par d'autres praticiens ou services. Douze de ces réorientations sont le fait d'un éloignement trop important par rapport au territoire couvert par le centre.



Vu le nombre important de demandes qui nous parvient chaque semaine, nous sommes obligés de privilégier les résidents sur Forest même s'il nous arrive de recevoir des patients de communes voisines ou hors de Bruxelles, lorsqu'ils n'ont pas de place ailleurs par exemple.

Les personnes les plus démunies et fragilisées au niveau psycho-social (familles monoparentales, sans logement, souffrant de précarité matérielle et psychique...) sont reçues prioritairement.

Suite à la réunion clinique, nous rappelons nous-mêmes les personnes afin de leur faire part de la réponse donnée à leur demande d'aide.

Le réseau médical, c'est-à-dire les médecins généralistes privés ou les maisons médicales, les médecins-conseils des mutuelles, les services psychiatriques et de garde, nous adresse beaucoup de patients.

Nous retrouvons également parmi les envoyeurs tous les services sociaux tels que le CPAS, les services d'aides à domiciles privés ou communaux de Forest, les services d'intégration professionnels, ... Les services d'accueil d'urgence travaillent souvent avec nous ainsi que les maisons de repos, la justice de paix, les services d'aide à la jeunesse pour les parents, les appartements supervisés, ...

Le motif de consultation reste principalement la détresse psychologique causée par la précarité sociale, perte de logement, perte d'emploi, isolement familial et par les troubles psychopathologiques tel que la psychose, la névrose grave et les différentes formes de dépression, causées par des faits de réalité comme un deuil difficile, une souffrance au travail, ou par une fragilité de type plus endogène comme la mélancolie.

Les bénéficiaires du centre formulent généralement en leur nom propre une demande d'aide, même si elle est souvent indiquée ou vivement conseillée par un tiers du réseau médical. Par contre, nous recevons également des personnes orientées par des tiers et non porteurs de leur propre démarche.

Les systèmes sociaux et juridiques, tels que le CPAS, les services d'intégration professionnels, les assistants de justice, les avocats, sollicitent beaucoup les psychiatres et les psychologues pour des suivis sous conditions et pour des rapports. Nous sommes donc amenés à recevoir des patients orientés par le fonctionnement sociétal et non demandeurs pour eux-mêmes.

Ces prises en charge peuvent être des leviers pour certaines personnes mais souvent se révèlent stériles et remplissent nos consultations, ce que nous déploierons par la suite.

Nous privilégions les consultations au centre, nous nous déplaçons si nécessaire. Les visites à domicile se font désormais à deux travailleurs, pour faciliter le confort des intervenants face aux situations plus lourdes transférentiellement.

Le travail multidisciplinaire est souvent requis vu le nombre croissant de patients démunis socialement et psychiquement.

Nous intervenons toujours autant auprès de familles qui présentent une pathologie du lien mère-enfant(adulte). Ces problématiques mobilisent toutes les fonctions de l'équipe adulte et parfois même celles de l'équipe enfant.

C'est pourquoi, vu le nombre de situations présentant des troubles multigénérationnels, nous avons envisagé d'entamer des supervisions cliniques en présence de l'ensemble des travailleurs du centre.

Nous poursuivons par ailleurs, à la demande de l'équipe adulte, nos supervisions cliniques jusque fin juin 2018. Elles nous permettent de déployer plus en profondeur les enjeux et les transferts des patients et des intervenants psycho-sociaux et de trouver une logique commune de travail.

Cette année, nous choisissons de mettre l'accent sur l'approche psychologique.

Nous sommes majoritaires au sein de l'équipe adulte avec nos trois temps pleins et demi de psychologues et pourtant nous sommes régulièrement incapables de faire face aux demandes importantes qui nous parviennent depuis fort longtemps.

Nous avons de longues prises en charge qui remplissent une partie constante de nos heures.

Les institutions comme les maisons de repos et les maisons d'accueil d'urgence nous adressent également des demandes de supervision, suite à une souffrance des travailleurs.

Au sein de notre consultation, nous avons beaucoup de mères isolées en situation de précarité, des personnes souffrants de pathologies diverses qui nécessitent souvent des prises en charges psychiatriques et sociales.

Nous sommes vite saturés au niveau de nos disponibilités vu le nombre croissant de demandes qui nous parviennent, comme nous l'avons évoqué plus haut, du réseau social, plus particulièrement du monde du travail, des services d'insertions professionnels, le CPAS, l'Orbem, et du monde juridique, des assistants de probations et des avocats. Les demandes de suivis sous contraintes ou sous conditions suite à des problématiques de violences familiales par exemple sont fréquentes.

Les demandes d'aide psychologique liées aux problèmes sociaux, prennent une place importante et nous empêchent de prendre en charge des situations qui requièrent notre intervention spécifique.

La paupérisation constante de la population, la pression vécue dans le monde du travail, la fragilisation induite par l'infantilisation du système d'aide social, les dysfonctionnements institutionnels induisant une souffrance des travailleurs, le recours au soin psychologique comme réponse aux défaillances du système juridique et social, nous empêchent de prendre suffisamment en charge les personnes souffrant de troubles psychiques présentant de faibles ressources financières (les empêchant de consulter en privé) et qui nécessitent un soin pluridisciplinaire spécifique aux services de santé mentale.

T. Diamant

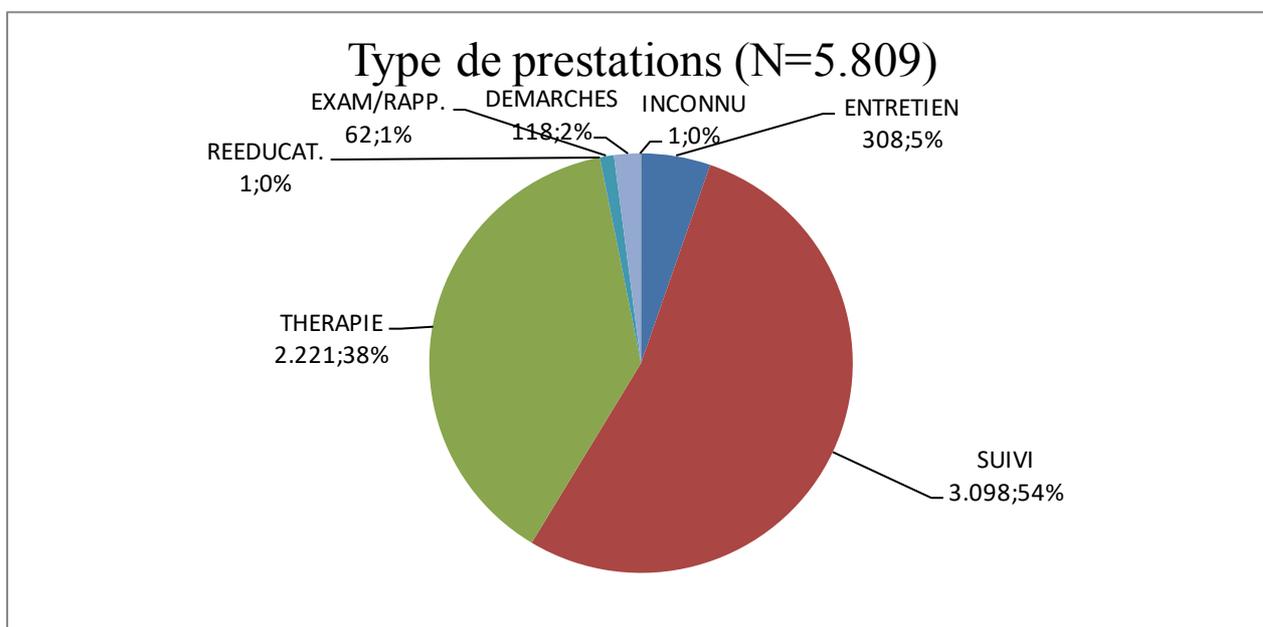
S. Leurs

3.3.2 Données statistiques sur les prestations

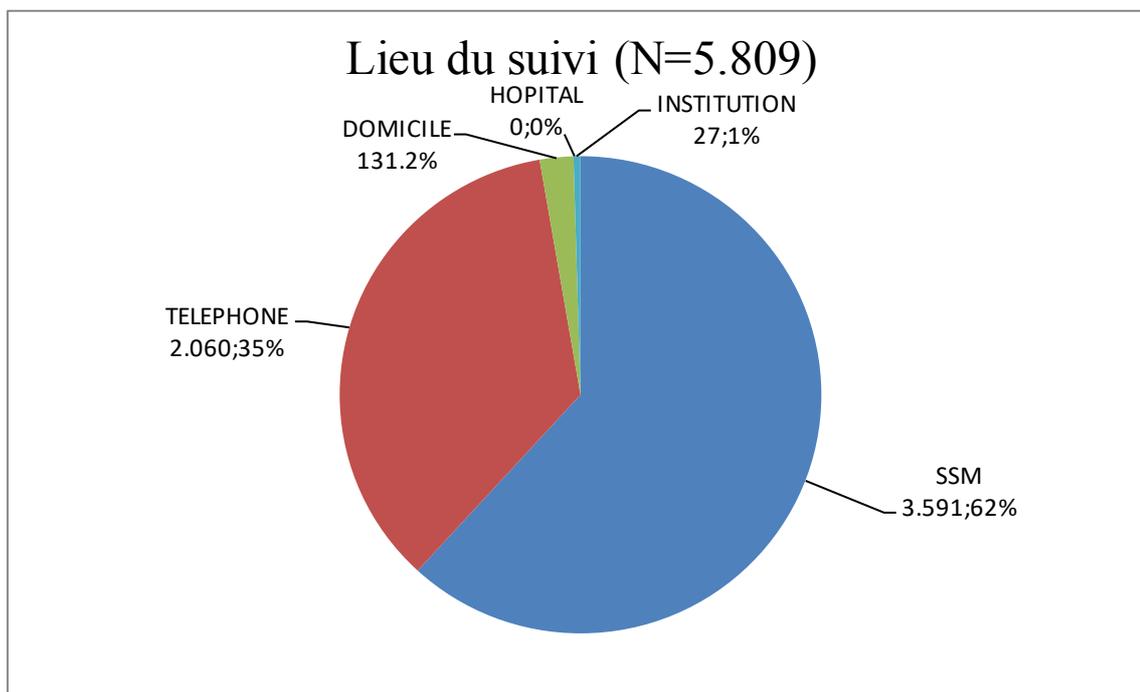
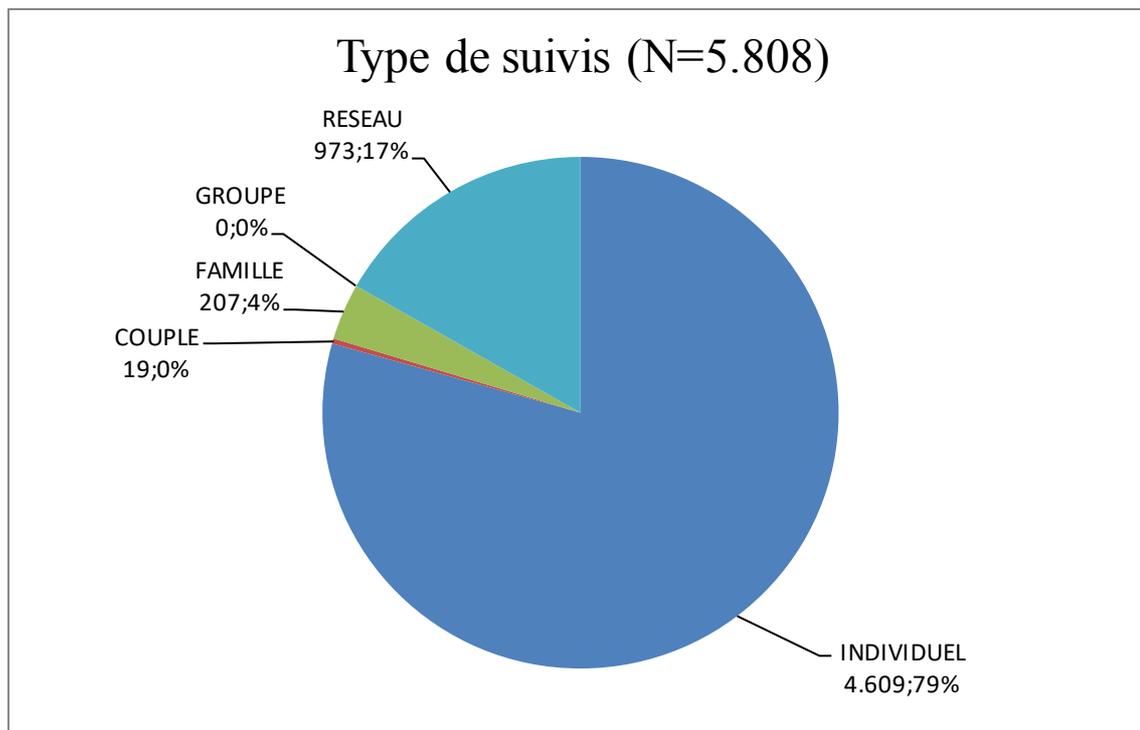
Ces données reprennent la totalité des prestations de l'équipe « Adulte » (hors projets spécifiques dont les données sur les prestations sont reprises dans leur chapitre respectif) qui concernent tous les consultants adultes (>18 ans) de la file active. (Champollion)

Types de prestations

Au cours de l'année 2017, 7.058 prestations ont été programmées par l'équipe « Adulte ». Parmi celles-ci, **5.809** (82,38%) ont été effectives, le reste (proportionnellement stable) n'ayant pu être réalisé, soit parce qu'elles ont été décommandées (770 ; 10,9%) soit parce qu'elles n'ont pu être honorées, le consultant ne s'étant pas présenté (479 ; 6,79%).



Le nombre global de prestations relevées est en diminution par rapport à celui de l'année passée. La proportion plus importante de suivis que de thérapies est une tendance qui se confirme au cours de ces dernières années. Les démarches et accompagnements relevés cette année ne reflètent toujours pas suffisamment la réalité de ce travail.

Types de suivis et lieu du suivi

L'essentiel des types de suivis est soit individuel (79%), soit de travail en réseau (17%). Ces suivis sont réalisés à 97% au centre (SSM et téléphone) dont un bon tiers au téléphone (35%). Tous ces résultats confirment les tendances assez stables de ces dernières années.

3.3.3 Données sociodémographiques (Psystat)

Introduction

Les documents les plus récents auxquels nous faisons référence sont :

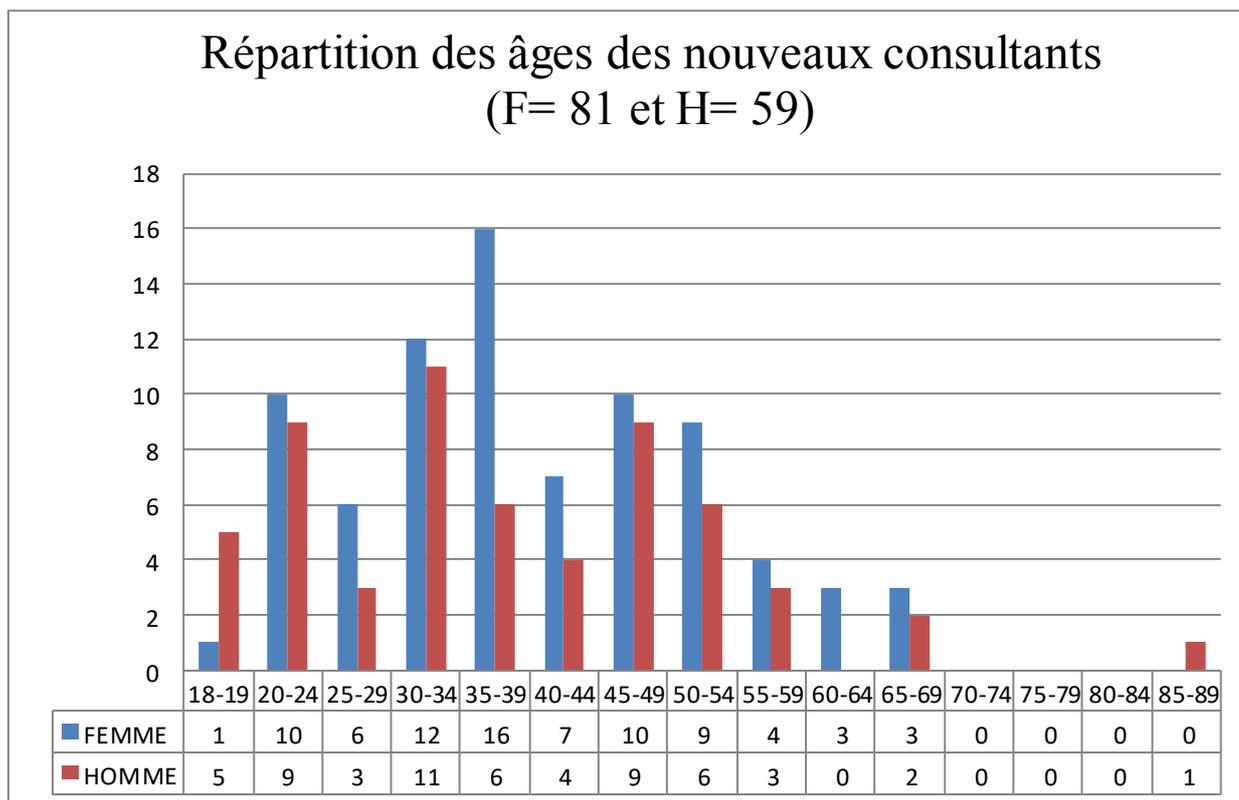
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2016). *Baromètre social 2016*. Bruxelles : Commission communautaire commune. (1)
- Institut Bruxellois de statistique et d'analyse et Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune, 2016, Zoom sur les communes : Forest (2) actualisé en 2017.
- FSSMB et LBFSM, Patientèles et prestations des Services de santé mentale bruxellois agréés par la Commission Communautaire Française. Données 2006-2010, Rapport 1. : Patients « Adulte » (3)
- FSSMB et LBFSM, Patientèles et prestations des Services de santé mentale bruxellois agréés par la Commission Communautaire Française. Données 2006-2010, Rapport 2. : Patients « Enfant » (4)

Ce chapitre concerne les données recueillies auprès de tous les **nouveaux consultants adultes** du SSM l'Adret (y compris les nouveaux consultants vus dans le cadre d'Inclusion) qui ont été reçus au moins une fois et pour lesquels un dossier a été ouvert pour la première fois au cours de l'année 2016.

Il y a eu **140** nouveaux consultants adultes (81 femmes et 59 hommes). Parmi ceux-ci, 32 nouveaux consultants (12 femmes et 20 hommes) ont été reçus dans le cadre d'Inclusion. La distribution annuelle des nouveaux consultants est stable par rapport à l'année 2016 (143). Cependant, le nombre de nouveaux consultants s'inscrit à la baisse pour l'équipe « Adulte » de l'Adret sans Inclusion (108 en 2017 pour 126 en 2016).

Un peu plus de 91% des nouveaux consultants résident en Région Bruxelloise. Ils viennent principalement des communes de Forest (50,7%; 65), puis, Uccle (12,5%; 16), Saint-Gilles (11,7%; 15), Schaerbeek et Bruxelles (5%; 6), proportions comparables à 2016 et reflet de la priorisation accordée aux demandes de personnes habitants la commune de Forest.

La disparité homme/femme est toujours prononcée mais moindre qu'en 2016. Le nombre de femmes représente un peu plus de 57% des nouveaux consultants contre 63% en 2016.

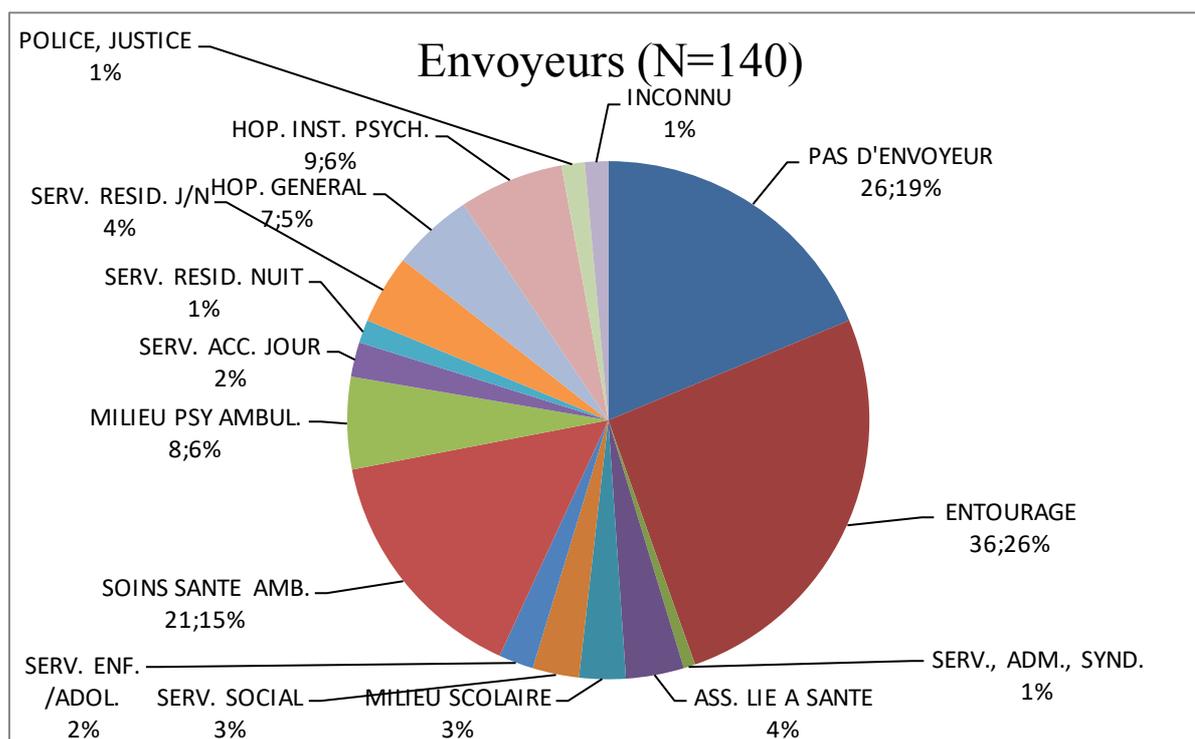


En deçà de 20 ans et au-delà de 55 ans, nous recevons peu d'autres nouveaux consultants adultes. Le nombre de femmes augmente irrégulièrement jusqu'à 39 ans où il atteint son pic, puis diminue progressivement jusqu'à l'âge de 65 ans. La présence des hommes apparaît, selon la catégorie d'âges, en dents de scie jusqu'à 49 ans, avec un pic entre 30-34 ans, puis diminue progressivement jusqu'au-delà de 89 ans. Toutefois, nous recevons, parmi les nouveaux consultants, fort peu de personnes âgées.

Au 1^{er} janvier 2016, l'âge moyen est de 37,4 ans en Région Bruxelloise contre 42,4 ans en Flandre et 41 ans en Wallonie. Par ailleurs, s'il y a, en proportion, moins de personnes âgées à Bruxelles (65 ans et plus), celles-ci sont en moyenne plus âgées que dans les deux autres régions. L'âge moyen dans la commune de Forest est légèrement supérieur à celui de la Région Bruxelloise. (1)

Les raisons de rencontre ainsi que les demandes de suivi n'ont pu être traitées suite à un « bug » informatique. Elles seront à nouveau extraites et comparées avec les données de l'année prochaine.

Concernant les envoyeurs, 44% des consultants viennent consulter d'eux-mêmes ou sont envoyés par leur entourage. Cette donnée, en progression par rapport à l'année passée, confirme toujours ce que nous affirmions déjà dès 2009 lorsque nous écrivions que notre centre est bien accessible, pour une partie de la population, comme lieu de soins de santé mentale ambulatoire de première ligne.



Quelque 43% (44% en 2016) des consultants sont orientés par un envoyeur professionnel de la santé. Parmi ces envoyeurs, les plus importants sont : les soins de santé ambulatoire (15%), les hôpitaux et institutions psychiatriques (6%) et les milieux psy ambulatoire (6%), l'hôpital général (5%), puis les associations liées à la santé (4%) et les services résidentiels (4%). La multiplicité et la répartition des envoyeurs donnent une idée de la diversité de l'amont du réseau avec lequel nous collaborons.

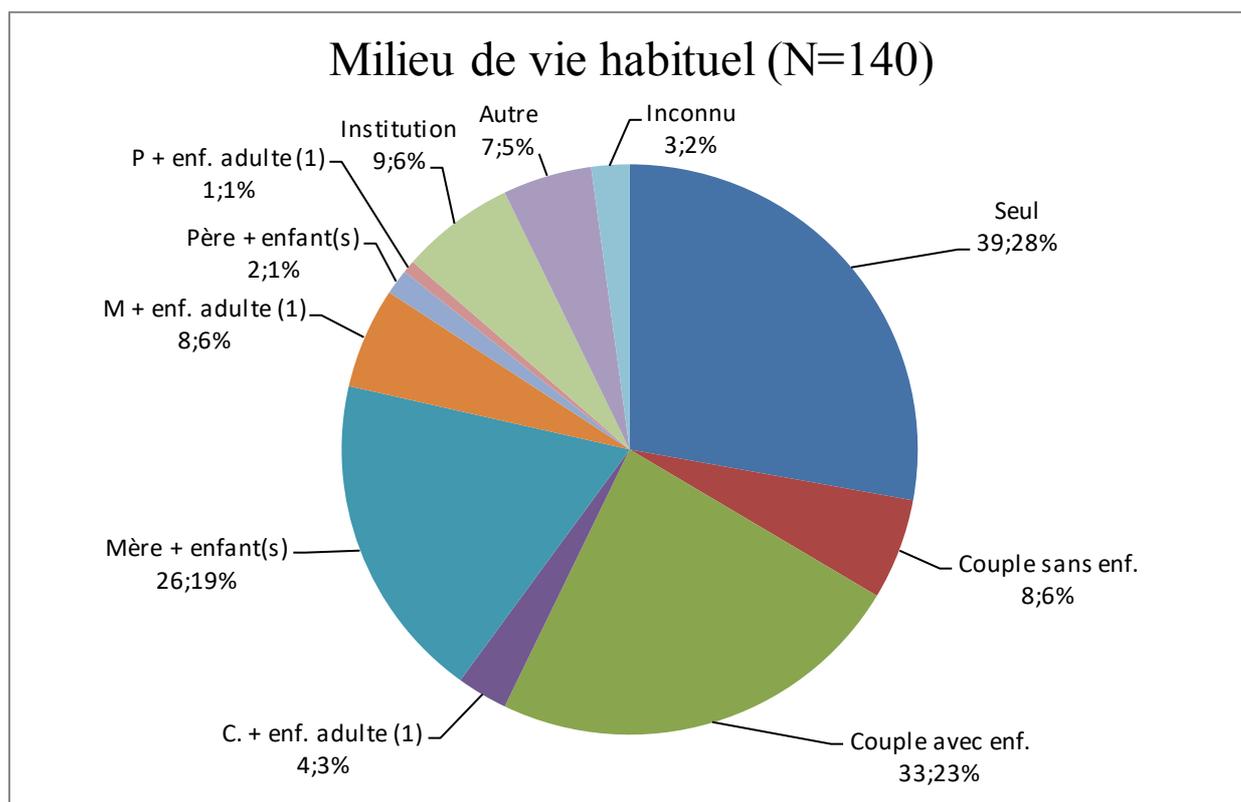
Parmi les nouveaux consultants, 46% n'ont aucun antécédent psychiatrique ou psychologique et 45% ont déjà bénéficié d'un suivi ambulatoire seul. Enfin, un tiers des nouveaux consultants a connu une hospitalisation psychiatrique dans son passé.

En Région de Bruxelles-Capitale au 1^{er} janvier 2015, il y avait 542.670 ménages dont 46,5% d'hommes ou de femmes sont isolés (contre 34% en Belgique) et 15,1% vivent en couple sans enfant pour, respectivement, 28% et 6% dans notre échantillon où ils sont sous-représentés (1). La proportion de couple sans enfant pour l'ensemble des nouveaux inscrits dans les SSM Bruxellois est de 16%. (3)

Les couples avec enfants (23,6%) et les familles monoparentales (11,6%) représentent 35,2% des ménages en Région Bruxelloise (1), alors que leur proportion dans notre échantillon s'élève à 50% (respectivement 26% et 27%) où les derniers sont sur-représentés. Les mères vivant seules avec leur(s) (jeunes) enfant(s) représentent 19% de notre échantillon.

Au 1^{er} janvier 2007, la proportion des familles monoparentales restait plus élevée à Forest (12,2%) que dans la Région Bruxelloise (11,6%). (2)

Les familles mono-parentales sont très largement sur-représentées dans la patientèle des SSM bruxellois de 2007-2010. Entre 15 et 34 ans, près d'une patiente sur 6 vit une situation de ce type et, entre 35 et 54 ans, c'est près d'une patiente sur trois qui vit seule avec un ou des enfants. (3)

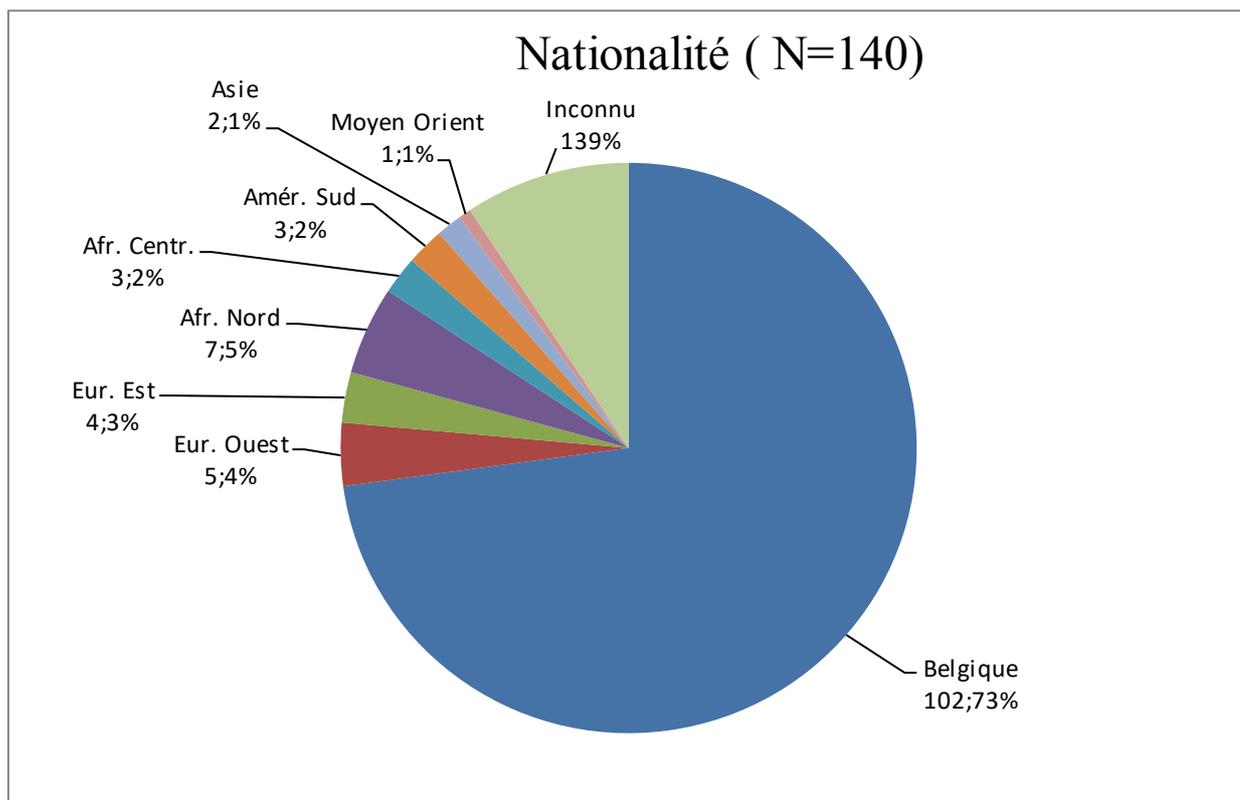


Cette année, 73% des consultants (en hausse par rapport à 2016) sont de nationalité belge pour 65,4% en Région bruxelloise (au 1/1/2016). Ce paramètre ne tient évidemment pas compte du pays d'origine des personnes de nationalité belge, facteur qui a toute son importance pour l'approche clinique. (1)

Le caractère multiculturel s'apprécie par le fait qu'un tiers de la population bruxelloise (34,6%) est non-belge dont 66,4% parmi ces personnes sont issues d'un des 28 pays de l'Union Européenne (1), mais il se révélerait encore plus si l'on devait considérer l'origine des habitants, alors cette proportion frôlerait plus des deux tiers de la population vivant dans notre région (en 2013, 68,9% de la population bruxelloise est d'origine étrangère, c'est à dire qu'ils sont soit de nationalité étrangère soit qu'ils sont nés avec une nationalité étrangère ou encore qu'un de leurs parents est né avec une nationalité étrangère).

La commune de Forest comptait (2017) 35% de non-belge dont 50% ressortissent à l'UE-15 (surreprésentés), 17% à l'EU-13, 15% à l'Afrique du Nord (surreprésentés) et 7% à l'Afrique Subsaharienne. Forest connaît une croissance importante de personnes de nationalité française, roumaine et polonaise (2).

L'augmentation constante de la population bruxelloise depuis 1995 est due à un solde total positif (somme du solde naturel et des soldes migratoires). Les projections démographiques prévoient une augmentation de 5,1% de la population bruxelloise sur la période 2015-2020. Ainsi l'on passerait de 1.175.173 habitants en 2015 à 1.234.737 en 2020, soit une augmentation de 59.564 personnes (1).



Plus d'un tiers (36%) des données relatives à la scolarité est inconnu et reflète la difficulté, déjà évoquée par le passé, à recueillir cette information lors des premiers contacts avec un consultant adulte. Si l'on ne tient pas compte du nombre d'inconnues, alors parmi les 89 nouveaux patients, 34,8% des consultants ont obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur, 22,4% ont un diplôme du secondaire supérieur (CESS), 29,2% ont suivi un enseignement secondaire sans précision et 4,4% ont obtenu leur CESI.

Trop d'inconnues et d'imprécisions ne permettent pas d'extraire une véritable information de ce paramètre, même s'il semble s'inscrire dans la tendance relevée pour les SSM Bruxellois. En effet, ce qui caractérise les nouveaux consultants des SSM Bruxellois 2007-2010, ce sont des niveaux d'études meilleurs que dans la population générale, pour les femmes et les personnes âgées. (3)

En Région Bruxelloise, pour l'année 2015, un jeune garçon sur six et une jeune fille sur sept (18 à 24 ans) ont quitté prématurément l'école sans avoir obtenu leur CESS. Parmi les jeunes (18 à 24 ans), 15,8% n'ont pas de diplôme du secondaire supérieur. Presqu'un quart des Bruxellois (23,9%) de 25 à 34 ans a un faible niveau d'instruction (au maximum un CESI) (pour 17,5% en Belgique) alors que les Bruxellois de plus de 55 ans sont relativement plus instruits que dans le reste du pays. (1)

Examinons le relevé de la situation socio-professionnelle de notre échantillon. Approximativement un tiers de la population Bruxelloise (30%) vit sous le seuil de risque de pauvreté défini à 60% du revenu disponible équivalent médian du pays, où en Belgique, sur base des revenus de 2014, le seuil est de 12.993 € par an, soit un revenu de 1.083 € par mois pour un isolé, de 1.732 € pour un isolé avec deux enfants et de 2.274 € pour un couple avec deux enfants (1).

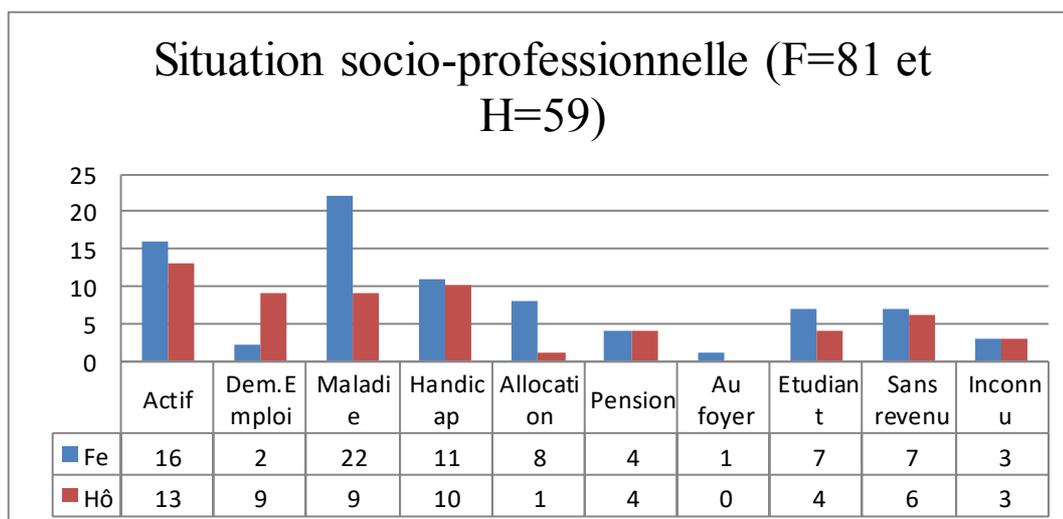
La part des bénéficiaires d'une allocation de remplacement du CPAS de la population Bruxelloise de 18 à 64 ans (4,9%) est, en 2015 toujours, près de trois fois plus élevée que celle de la Belgique. La proportion de bénéficiaires du RIS ou équivalent est plus élevée parmi les non-belges et légèrement plus élevée parmi les femmes. De plus, un cinquième de la population Bruxelloise de 18 à 64 ans perçoit une allocation d'aide sociale ou une allocation de remplacement. (1)

Le taux de chômage (2015) est plus du double du taux national (17,5% en Région Bruxelloise pour 8,6%). À Bruxelles, un actif sur cinq (19%) et plus d'un jeune actif de moins de 25 ans sur quatre (29%) est demandeur d'emploi inoccupé. Les ressortissants des pays hors UE-27 se trouvent dans une situation particulièrement préoccupante : plus d'un actif non européen sur trois est au chômage en Région Bruxelloise. Les familles monoparentales sont particulièrement vulnérables : plus d'un parent isolé sur deux est inactif. (1)

Pour la commune de Forest, en 2015, le taux de chômage administratif est légèrement supérieur à celui de la Région bruxelloise (23,8%) mais il est encore plus élevé si l'on observe les moins de 25 ans. (2)

Si nous ne tenons pas compte du nombre d'inconnus, la part du nombre d'actifs (21%) parmi les nouveaux consultants est stable par rapport à 2016 (22%). La proportion des personnes dépendantes d'un revenu de remplacement (53,7% pour 50,7% en 2016) augmente légèrement. Parmi ces derniers, 8,2% sont demandeurs d'emploi, 23,1% sont en maladie (temporaire ou permanente), 15,6% sont handicapés et 8,2% sont au CPAS.

La prévalence des problèmes de santé mentale et de souffrance psychique augmente lorsqu'on descend dans l'échelle sociale. En Région Bruxelloise, au cours de ces dernières années, les troubles de santé mentale représentent la première cause d'invalidité (plus de 43,8% du nombre total d'invalides en 2014) avec une différence importante entre ouvriers et employés (et cela quels que soient les types de pathologies). (Baromètre social 2015)

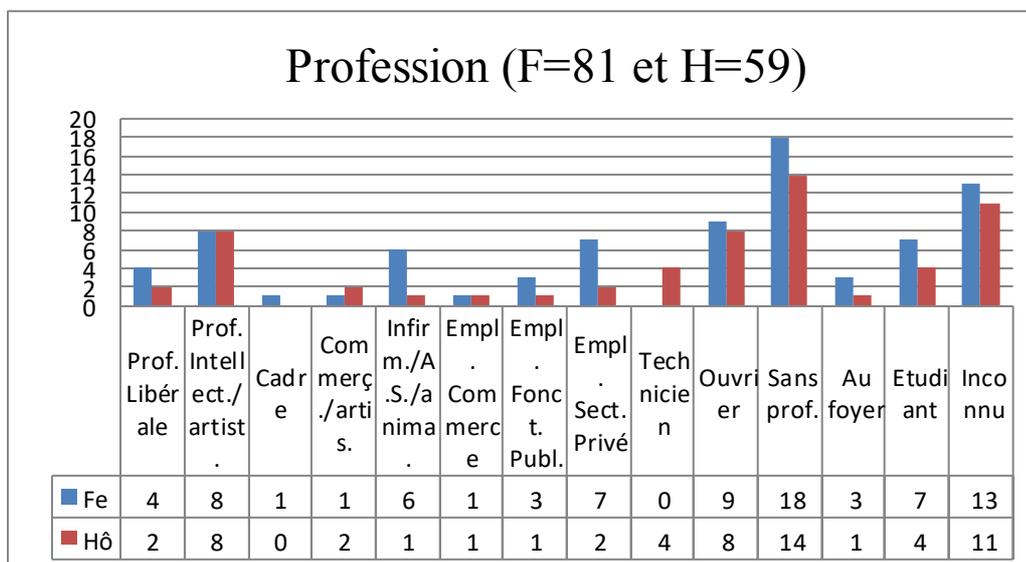


En ce qui concerne la profession, 17,4% (25,3% en 2016) de l'échantillon sont composés d'inconnus. Si nous excluons les inconnus, deux personnes sur cinq (groupe en augmentation, ils ne représentaient qu'un quart en 2016) sont des personnes sans profession (27,5%) ou étudiantes (9%) ou au foyer (3,4%), plus d'un cinquième sont des employés (22,4%) et 14,6% des ouvriers.

À l'instar des années précédentes, ces trois groupes sont les groupes de "professions" les plus représentées, tout en observant, pour l'année 2015, une baisse de la représentation des ouvriers.

Nous retiendrons également une présence importante de personnes ayant une profession intellectuelle ou artistique (13,7%).

Notons encore que dans la population des nouveaux consultants des SSM Bruxellois 2007-2010, les ouvriers représentent 27% alors qu'à Bruxelles en 2001, selon l'INS, leur proportion était de 16%. Il apparaît que les ouvriers, et plus particulièrement les hommes ouvriers, sont sur-représentés dans la patientèle des SSM bruxellois entre 2007-2010. (3)



3.4 ÉQUIPE « ENFANT »

3.4.1 Consultations

Deux changements de personnel ont eu lieu dans l'équipe cette année. D'une part, Pauline Moyart, une des logopèdes est partie à l'étranger et a rompu son contrat fin août 2017 ; elle a été remplacée par une nouvelle collègue, Julia Verstraeten.

D'autre part, les heures non prestées par notre collègue assistante sociale Bénédicte Watillon (pour raison de mi-temps médical) ont pu être attribuées en fin d'année à un nouveau collègue assistant social, Luc Badet, ce qui nous permet, avec beaucoup de bonheur, de renforcer le pôle d'intervention social et familial au sein de notre équipe.

Réunion clinique

Malgré notre vigilance, le rush hebdomadaire des nouvelles demandes ne nous permettait plus de traiter les situations courantes suivies dans le centre. L'analyse et la réorientation des nouvelles demandes prenaient tout notre temps clinique au détriment d'une réflexion concernant les prises en charge effectives. Un sentiment d'essoufflement et d'insatisfaction de la part des membres de l'équipe se faisait sentir. Jusqu'à quatorze nouvelles demandes pouvaient nous arriver par semaine, et ce, alors que les possibilités de prise en charge sont très restreintes.

Face à cela, nous avons proposé un temps d'arrêt pendant lequel toutes les nouvelles demandes ont été réorientées dès la permanence. Nous avons profité de ce temps pour interroger le recueil des données lors du premier contact avec le centre et nous assurer de recueillir un minimum de données pertinentes pour traiter la situation. Nous avons ainsi modifié la feuille des premières demandes pour faciliter le travail lors des permanences.

Nous avons également mis au point une nouvelle gestion de nos réunions.

Actuellement, un membre de notre équipe est mandaté pour rassembler toutes les nouvelles demandes la veille de la réunion. Ce premier recueil des informations nous fait gagner un temps précieux.

Un ordre du jour plus précis a été imparti aux différentes tâches : nous commençons la réunion par les cas cliniques suivis par l'équipe, ensuite les points divers à traiter et enfin nous terminons par les nouvelles demandes et éventuels nouveaux dossiers.

Les prises en charge internes au centre sont devenues prioritaires par rapport aux cas non suivis.

La co-intervention que nous pratiquons de plus en plus face aux situations multiples et complexes dans nos suivis au long cours mais aussi pour les nouveaux cas nous demande d'ajuster notre travail à plusieurs. Cela nécessite de prendre le temps lors de nos échanges en réunion mais aussi lors de temps informels.

Pour les situations suivies dans le centre, nous faisons le point, rassemblons nos informations, préparons nos entretiens, proposons des hypothèses cliniques. Il s'agit

d'échanger nos ressources, de réfléchir au transfert, d'être attentifs aux évolutions et de penser le réseau.

Lorsque nous accueillons une famille (pour un premier contact), nous lui proposons régulièrement de rencontrer deux travailleurs de l'équipe. Nous analysons la demande familiale, reprenons l'historique des consultations antérieures. Nous mettons l'accent sur les ressources de la famille, ses points d'appui, le réseau environnant. Parfois nous prenons contact avec celui-ci. Généralement, nous proposons des entretiens familiaux ou individuels qui nous permettront de déterminer une proposition de prise en charge.

Lors de nos réunions, ce sont ces moments essentiels, où l'on peut penser à plusieurs les situations que nous avons tenus à préserver.

Un temps d'évaluation de notre nouveau fonctionnement est prévu au cours du premier trimestre de l'année prochaine. L'idée d'une éventuelle supervision dans le cadre de ce travail à plusieurs a été évoquée.

Travail avec le réseau

Une partie fondamentale de notre travail et de notre action est de rencontrer les membres du réseau comme partenaires du tissu social qui se révèlent être un appui incontournable pour les familles et pour le travail que nous faisons.

Nous nous déplaçons dans les écoles, au SAJ, dans les hôpitaux et autres lieux pour être présents aux réunions de concertation.

Ces déplacements sont porteurs pour le jeune lui-même si sa famille n'est pas apte à le faire. Si le transfert est installé et que la famille nous le permet, nous les accompagnons, sans pour autant prendre leur place.

Si la famille peut prendre une place dans le réseau, le travailleur du centre peut néanmoins être un soutien important de la parole de l'enfant, du jeune ou de la famille. Il peut témoigner de certaines difficultés avec l'accord des membres de celle-ci et permettre de mesurer les enjeux de la situation en présence. Le fait que nous nous déplaçons est souvent vécu comme une marque de profonde reconnaissance dans le travail thérapeutique.

Consultations

Les demandes qui nous arrivent sont envoyées par les milieux de la petite enfance, SAJ, SPJ, écoles, PMS, hôpitaux, les services de placement familial, les institutions résidentielles. Plusieurs collègues de l'équipe adulte nous adressent également des demandes pour les enfants de patients qu'ils suivent.

Au niveau maternel, nous recevons toujours un petit garçon orienté chez nous par le SPJ. Le travail continue selon deux axes avec lui : un espace de psychomotricité individuel et un espace avec sa maman où la relation entre eux y est travaillée. Nous rencontrons le SPJ et tentons de tisser un réseau afin que cette situation puisse évoluer au mieux. Cette année, nous avons proposé à la maman de rencontrer l'assistante sociale de l'équipe adulte afin de l'aider dans ses démarches administratives et sociales. Dans ce genre de situation, nous ne pouvons qu'apprécier le travail en équipe pluridisciplinaire qui permet de diffracter le transfert, d'offrir différents lieux d'adresse et de soutenir le travail entrepris.

En âge primaire, nous retrouvons dans nos consultations des problèmes de phobie scolaire, troubles d'apprentissages, dépression, troubles du comportement à l'école et/ou au sein de la famille, manque de confiance en soi, troubles du sommeil, peurs et angoisses, situations de séparation parentale compliquées. Les envois se font par l'école ou le réseau déjà installé avec des professionnels que nous rencontrons à diverses occasions. Dans certains cas, la demande est directement portée par la famille. Souvent la demande de psychothérapie est individuelle et se fait au nom de l'enfant. Néanmoins nous recevons dans un premier temps les familles avec l'assistante sociale spécialisée en thérapie familiale. Ce setting nous permet de déployer un dispositif différent pour l'enfant et pour l'enfant et sa famille ou réseau s'il y a une institution. Deux lieux sont ouverts qui peuvent interagir et ouvrir à différentes dimensions de travail. Ce dispositif permet de soutenir la parole de chacun et de croiser nos regards cliniques particulièrement dans les situations complexes.

Les demandes de suivis d'adolescents restent importantes cette année. Cela peut être des jeunes qui reviennent, qui ont été suivis pendant leur enfance ou début d'adolescence. Le centre reste un lieu d'accrochage social qui continue à faire référence pour eux.

Des jeunes en perte de repères se voient confrontés à la souffrance de leurs parents (souffrance psychologique ou psychiatrique, souffrance dans le milieu social ou professionnel, souffrance dans le couple). En pleine construction psychique ils cherchent des points de repères pour affronter les réalités essentielles de l'adolescence : devenir homme ou femme, adulte, dans une société en crise et qui offre peu de perspectives à toute une frange de la société, à toute une population pour qui l'école reste une inscription sociale douloureuse.

Certaines demandes arrivent via l'inquiétude de la logopède qui interpelle l'équipe par rapport à des jeunes suivis pour des difficultés scolaires et logopédiques. La difficulté est alors d'ouvrir le champ de soin vers des entretiens psychothérapeutiques ou médicaux. La qualité du lien et du transfert avec la logopède sont un précieux atout dans ce type de travail. Nous constatons que les familles sont peu en demande d'un accompagnement psychologique et restent accrochées aux symptômes scolaires. Néanmoins, nous proposons un lieu de parole à l'adolescent qui pourra se l'approprier ou non. La question des loyautés se pose alors pour ces jeunes.

Certains souhaitent un lieu de parole où ils peuvent déposer leurs inquiétudes et leurs difficultés à se construire. Dans certains cas, heureusement, une aide ponctuelle peut aussi être une solution.

D'autres, en fonction de la gravité de la symptomatologie nécessitent la recherche de structures plus contenant, SAS, hospitalisation psychiatrique.... Il s'agit vraiment de relancer, avec le jeune, le réseau sur lequel il peut s'appuyer, de rétablir l'idée de la possibilité de relation de confiance, de travailler les conflits qui sont amenés, ouvrir des pistes là où tout nous a été présenté comme conflictuel et sans issue. Malheureusement, les lieux d'accueil contenant sont débordés de demandes et la plupart du temps, lorsque nous faisons appel à leur service, ils ne savent pas répondre au jeune par une prise en charge, la liste d'attente est alors proposée mais l'attente est souvent très longue voire inenvisageable. C'est alors que ces jeunes doivent encore se débrouiller avec un minimum de consultations en ambulatoire, qui ne sont, pour la plupart, pas suffisantes.

Un exemple concret de ce type de situation pourrait être le cas d'une jeune fille suivie au centre depuis de nombreuses années, sa mère souffre d'une pathologie psychiatrique. Cette jeune n'a pu continuer à fréquenter son école secondaire générale. Effectivement, la situation familiale se dégradait, elle n'a plus pu trouver la force de continuer. Nous avons dès lors tenté de relancer tous les intervenants du réseau (le SAJ avait fermé le dossier manque d'implication des parents et de la jeune, le SPAD qui accompagnait la mère avait clôturé son travail avec cette famille). Le SAJ a pu entendre l'urgence de la situation et est très vite revenu dans le circuit en proposant un service travaillant l'autonomie du jeune. Nous avons aussi demandé l'aide de l'assistante sociale de l'équipe adulte pour essayer de soutenir le père dans la relation à sa fille. Dans le même temps, une hospitalisation d'urgence a été tentée mais n'a vu le jour que trois mois plus tard : hospitalisation qui n'a duré que quinze jours. Par la suite, nous avons porté toute notre attention sur le fait qu'elle puisse garder les liens sociaux en participant à des activités, s'inscrivant à des modules de formations et garder une perspective d'avenir (obtenir son CESS par exemple ...).

Enfin, certains jeunes viennent à la demande d'institutions ou de l'école. C'est le cas de situations complexes où même si l'indication d'entretiens psychologiques est tout à fait justifiée, les points d'appui du jeune dans la réalité restent précaires pour diverses raisons. Ce sont des suivis chaotiques, à la demande, qui ne permettent pas un réel travail. Maintenir un lien, un fil, ponctuer les absences, nommer les difficultés de la rencontre restent des éléments importants et feront trace, nous l'espérons, dans l'histoire de ce jeune.

De manière générale, on pourrait ajouter que plusieurs demandes qui nous sont adressées et qui concernent des enfants ou des adolescents ont en réalité une complexité relationnelle incluant à la fois le jeune et le reste de sa famille. Proposer à ce type de demande une thérapie familiale permet de mobiliser toutes les ressources de la famille et éviter la stigmatisation d'un de ses membres. La thérapie familiale peut parfois se dérouler en parallèle d'un travail individuel. Ce travail permet au jeune de pouvoir dans un autre cadre avec un autre thérapeute venir questionner sa famille, le fonctionnement de celle-ci.

Certaines demandes de thérapie familiale sont demandées par les parents eux-mêmes ou sur les conseils d'un autre professionnel envoyeur.

Certains souhaitent un lieu de parole où ils peuvent déposer leurs inquiétudes et leurs difficultés à se construire. Dans certains cas, heureusement, une aide ponctuelle peut aussi être une solution.

D'autres, en fonction de la gravité de la symptomatologie nécessitent la recherche de structures plus contenant, SAS, hospitalisation psychiatrique... Il s'agit vraiment de relancer avec le jeune le réseau sur lequel il peut s'appuyer, de rétablir l'idée de la possibilité de relation de confiance, de travailler les conflits qui sont amenés, ouvrir des pistes là où tout nous a été présenté comme conflictuel et sans issue. Malheureusement, les lieux d'accueil contenant sont débordés de demandes et la plupart du temps, lorsque nous faisons appel à leur service, ils ne savent pas répondre au jeune par une prise en charge, la liste d'attente est alors proposée mais l'attente est souvent très longue voire inenvisageable. C'est alors que ces jeunes doivent encore se débrouiller avec un minimum de consultations en ambulatoire, qui ne sont, pour la plupart, pas suffisantes.

Un exemple concret de ce type de situation pourrait être le cas d'une jeune fille suivie au centre depuis de nombreuses années, sa mère souffre d'une pathologie psychiatrique. Cette

jeune n'a pu continuer à fréquenter son école secondaire générale. Effectivement, la situation familiale se dégradait, elle n'a plus pu trouver la force de continuer. Nous avons dès lors tenté de relancer tous les intervenants du réseau (le SAJ avait fermé le dossier manque d'implication des parents et de la jeune, le SPAD qui accompagnait la mère avait clôturé son travail avec cette famille). Le SAJ a pu entendre l'urgence de la situation et est très vite revenu dans le circuit en proposant un service travaillant l'autonomie du jeune. Nous avons aussi demandé l'aide de l'assistante sociale de l'équipe adulte pour essayer de soutenir le père dans la relation à sa fille. Dans le même temps, une hospitalisation d'urgence a été tentée mais n'a vu le jour que trois mois plus tard : hospitalisation qui n'a duré que quinze jours. Par la suite, nous avons porté toute notre attention sur le fait qu'elle puisse garder les liens sociaux en participant à des activités, s'inscrivant à des modules de formations et garder une perspective d'avenir (obtenir son CESS par exemple ...).

Enfin, certains jeunes viennent à la demande d'institutions ou de l'école. C'est le cas de situations complexes où même si l'indication d'entretiens psychologiques est tout à fait justifiée, les points d'appui du jeune dans la réalité restent précaires pour diverses raisons. Ce sont des suivis chaotiques, à la demande, qui ne permettent pas un réel travail. Maintenir un lien, un fil, ponctuer les absences, nommer les difficultés de la rencontre restent des éléments importants et feront trace, nous l'espérons, dans l'histoire de ce jeune.

De manière générale, on pourrait ajouter que plusieurs demandes qui nous sont adressées et qui concernent des enfants ou des adolescents ont en réalité une complexité relationnelle incluant à la fois le jeune et le reste de sa famille. Proposer à ce type de demande une thérapie familiale permet de mobiliser toutes les ressources de la famille et éviter la stigmatisation d'un de ses membres. La thérapie familiale peut parfois se dérouler en parallèle d'un travail individuel. Ce travail permet au jeune de pouvoir dans un autre cadre avec un autre thérapeute venir questionner sa famille, le fonctionnement de celle-ci.

Certaines demandes de thérapie familiale sont demandées par les parents eux-mêmes ou sur les conseils d'un autre professionnel envoyeur.

L'ÉQUIPE « ENFANT » EN QUELQUES CHIFFRES

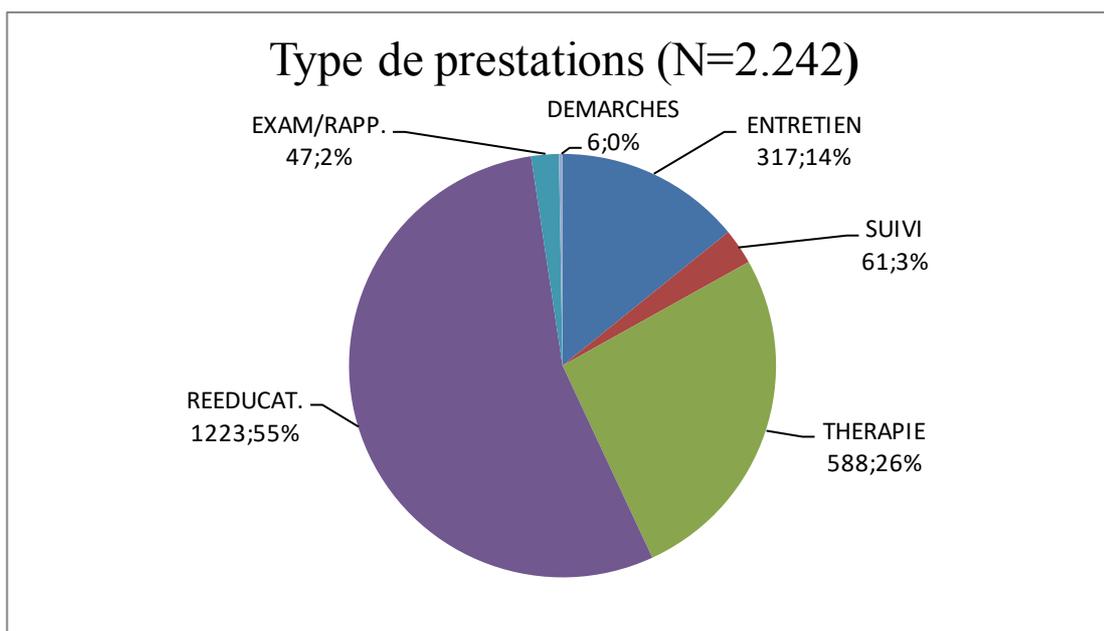
Le nombre total de dossiers traités au cours de l'année est de **182** (dont F=71 et G=111). Le nombre de nouveaux dossiers est de **76** (dont F=25 et G=51) et le nombre de dossiers anciens est de **106**. Il y a eu un peu moins de nouveaux dossiers en 2017 qu'en 2016 (185).

Au cours de l'année 2017, 2.751 prestations (2.908 en 2016) ont été programmées par l'équipe « Enfant ». Parmi celles-ci, 2.242 (81,08%) ont été effectives (2.398 en 2016), le reste n'ayant pu être presté, soit parce qu'elles ont été décommandées (326; 11%), ou non-honorées, le consultant ne s'étant pas présenté (183; 6,3%).

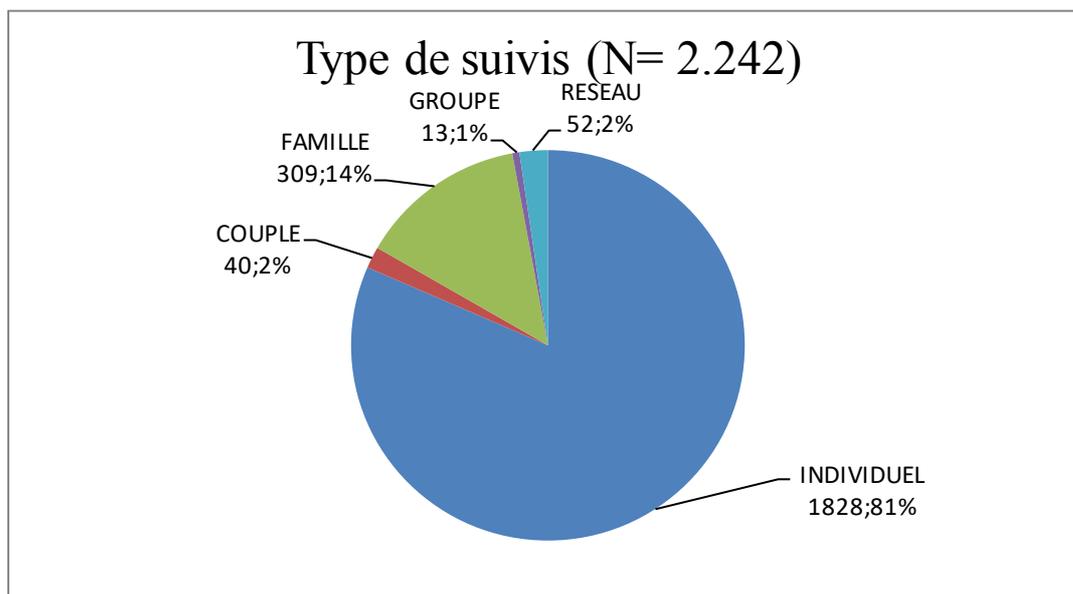
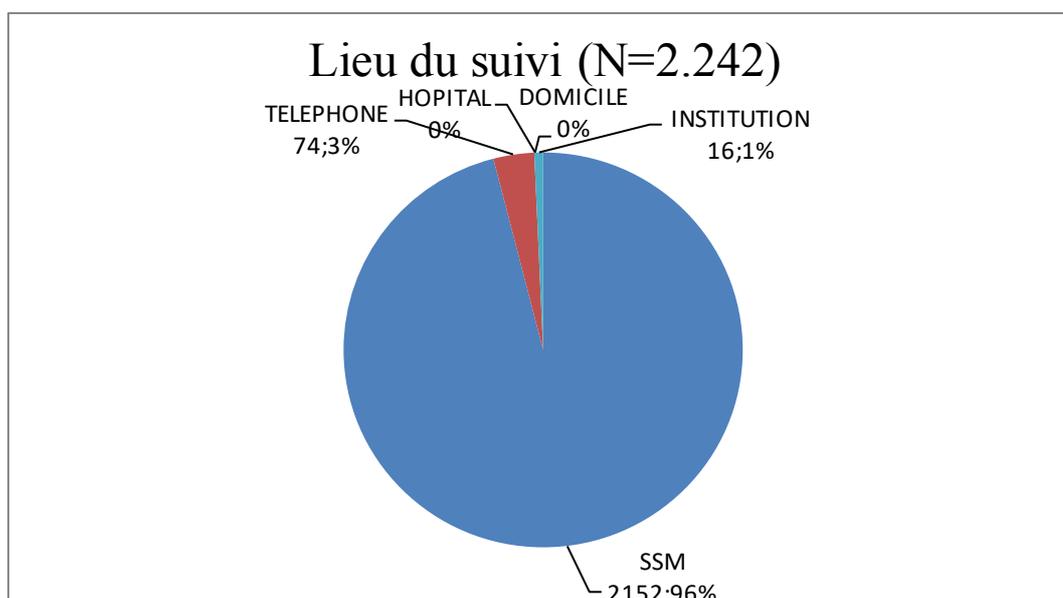
3.4.2 Données statistiques sur les prestations

Dans les trois tableaux qui vont suivre, nous parlerons des prestations réalisées uniquement au Service de Santé Mentale l'Adret (N= 2.242), anciens et nouveaux patients confondus.

Type de prestations



Cette répartition des prestations est sensiblement identique à l'année précédente où la part des rééducations domine.

Type de suivis**Lieu du suivi**

Le type de suivis reste majoritairement individuel et, ensuite, familial. Le travail de réseau est sous-estimé par manque d'un relevé systématique et fastidieux.

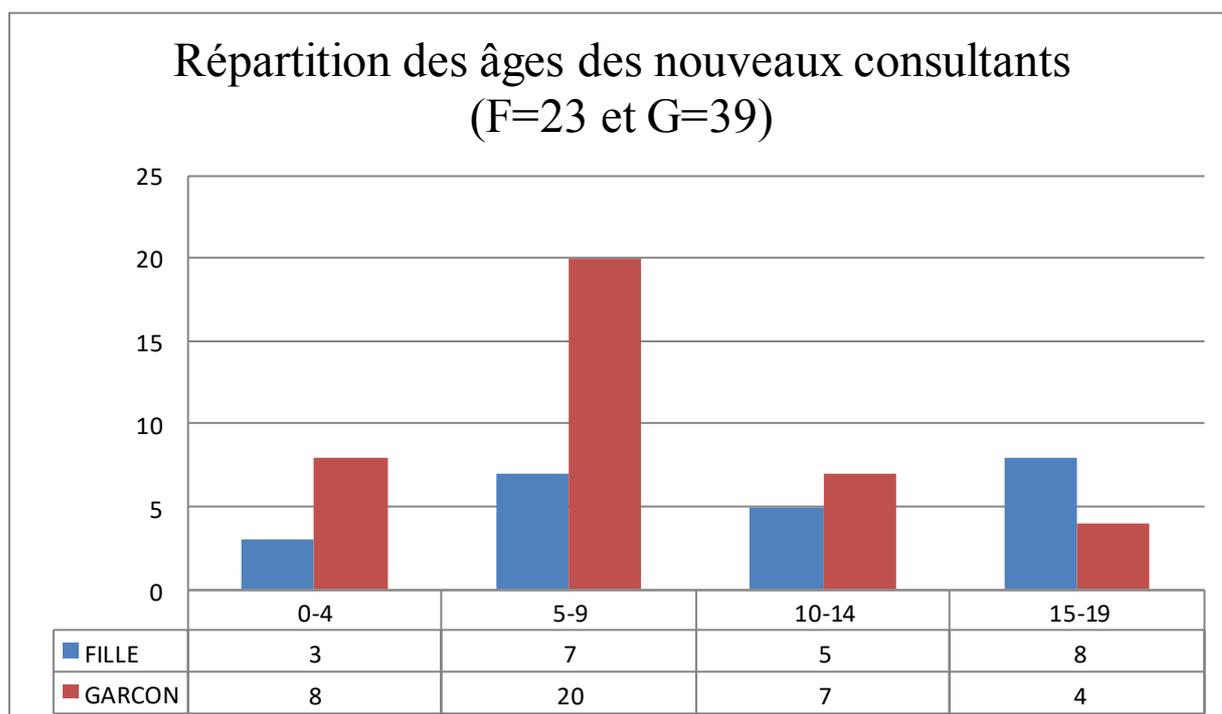
Le lieu du suivi pâtit des mêmes carences de relevé, en particulier, en ce qui concerne les prestations téléphoniques.

3.4.3 Données sociodémographiques (Psystat)

Dans les quatre tableaux qui vont suivre, les données qui y sont reprises concernent uniquement les **nouveaux** consultants enregistrés en 2017 à l'Adret soit 62 enfants dont 23 filles et 39 garçons.

En 2017, 92,1% des nouveaux consultants « Enfant » résident à Bruxelles. Plus de la moitié d'entre eux viennent de la commune de Forest (66%), ensuite d'Uccle (14,3%), de Saint-Gilles (8.5%) et d'Anderlecht (3.2%).

Âges des nouveaux consultants



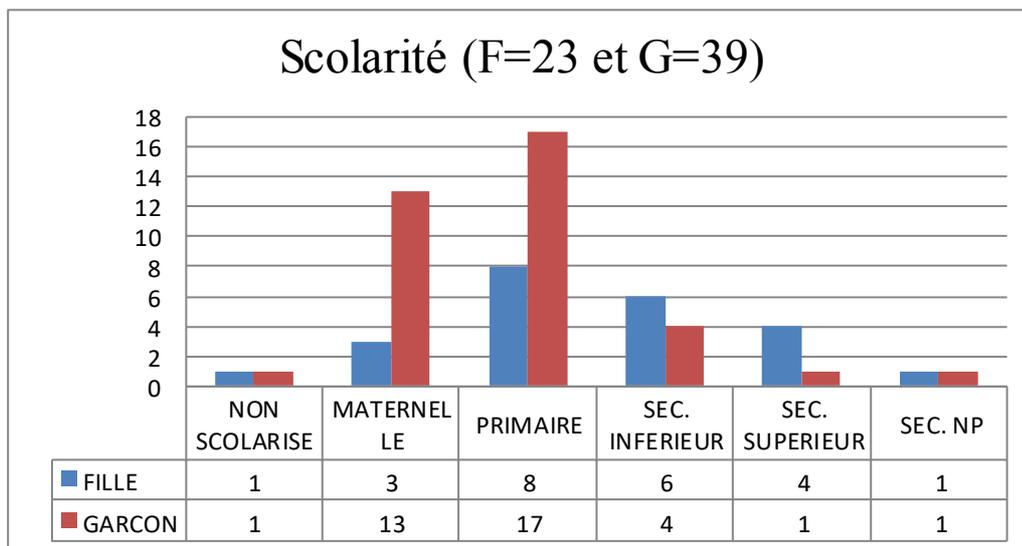
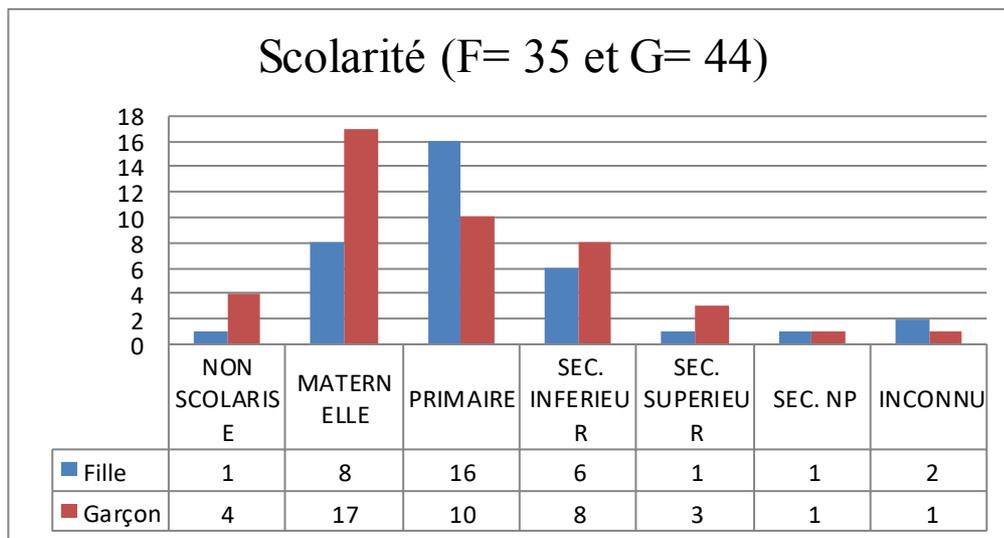
Pour les deux sexes, c'est entre cinq et neuf ans, soit autour de l'entrée en primaire et des premières années de leur scolarité que les enfants sont adressés au centre. D'autre part, le nombre de pré-adolescents et d'adolescents adressés au cours de cette année est équivalent à l'année passée.

Milieu de vie habituel

Nous constatons que 50% des enfants vivent avec leurs deux parents.

Les enfants vivant avec leur mère seule représentent 43,5% des enfants, proportion sensiblement plus importante à celle de l'année dernière. Les pères seuls avec leurs enfants ne représentent que 3,2%.

Enfin, les enfants en institution ou en famille d'accueil représentent respectivement 1,6% de l'échantillon.

Scolarité

La majorité des enfants suivis sont en âge d'école primaire et, également, pour les garçons en âge de fréquenter l'école maternelle.

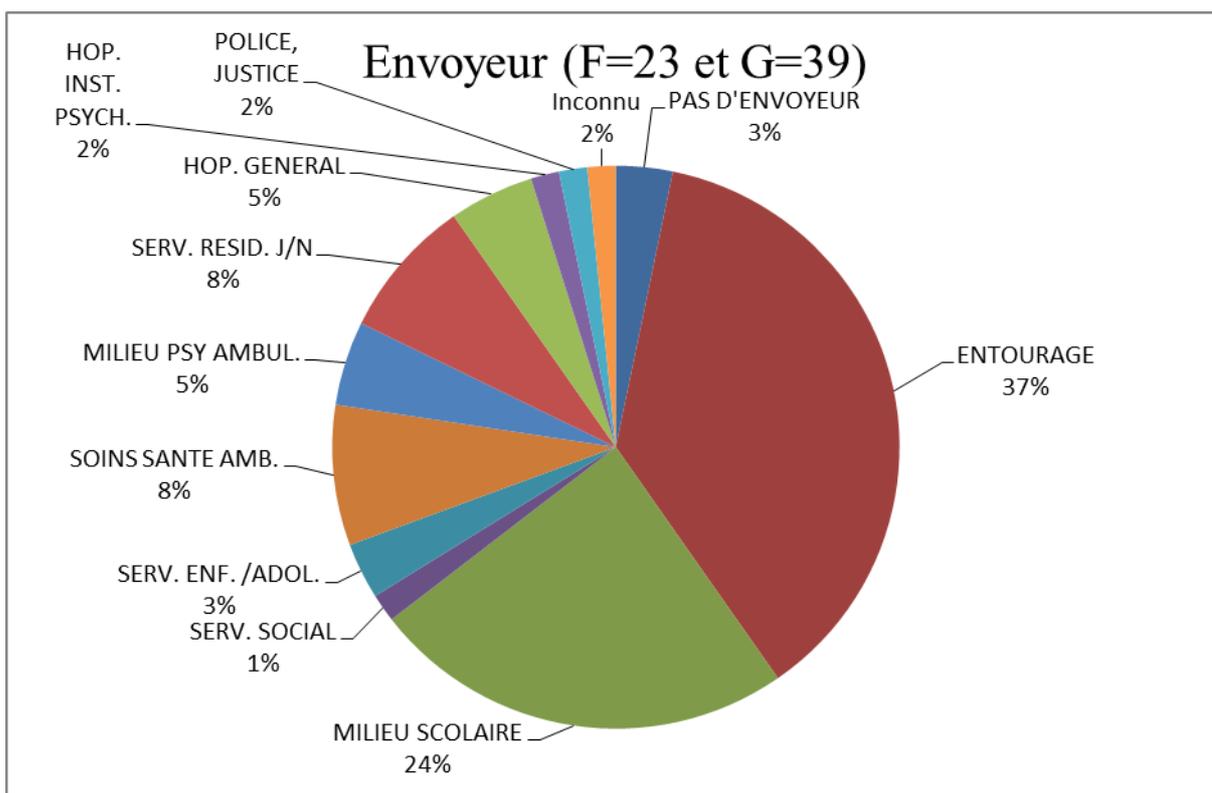
La part des enfants qui fréquentent l'enseignement secondaire apparaît, dans ce graphique, bien moindre que ce que la répartition des âges des nouveaux consultants (graphique précédent) aurait pu nous laisser penser.

Cela est dû au fait que le découpage des classes d'âge ne se superposent pas à la division des sections de l'enseignement (primaire/secondaire).

Envoyeurs

Le milieu scolaire et l'entourage sont les envoyeurs « traditionnels » des familles quand un enfant exprime une difficulté d'ordre psychologique. Les milieux de soins restent aussi des envoyeurs importants.

Aussi, certains patients de l'équipe « Adulte » font une demande de prise en charge pour leur enfant au sein même du centre, lieu dans lequel ils ont confiance. Nous travaillons alors ensemble, équipe « Enfant » et équipe « Adulte » au bénéfice d'une situation commune mais selon des axes différents.



Raisons de rencontre

Les raisons de rencontre n'ont pu être traitées suite à un « Bug » informatique.

3.4.4 Séances de psychomotricité

Les enfants bénéficiant d'un suivi en psychomotricité ont entre 4 et 9 ans, ils rencontrent des difficultés diverses comme l'autisme, le retard de langage, la dysphasie, le retard global du développement, le trouble du comportement, trouble affectif...

Ces enfants sont souvent orientés au centre par les institutrices ou par les puéricultrices mais il est tout aussi possible que les parents fassent une demande suite à un bilan effectué qui préconise un suivi psychomoteur. Certains des suivis proviennent d'une demande au sein de l'équipe, une collègue qui perçoit la nécessité d'un suivi psychomoteur pour un enfant. Par ailleurs, les demandes sont toujours étudiées en équipe lors de la réunion.

Il serait intéressant de prévenir les difficultés en touchant les jeunes parents, parfois démunis face à un nouveau-né, afin de favoriser le plus rapidement possible la prise en charge selon les besoins.

Le travail en psychomotricité relationnelle vient confronter certains enfants à la difficulté d'être dans un cadre non directif, les poussant à créer leurs propres repères sur lesquels ils pourront s'appuyer dans la salle. Et ainsi prendre progressivement confiance en eux, pour peu à peu pouvoir exporter ces expériences à l'extérieur de la salle.

Pour d'autres, il est préférable d'établir un cadre plus directif qui contient, soutient et sécurise l'enfant qui en ressent le besoin. Dans le cadre directif, je ne prédéfinis pas tout. Je reste toujours à l'écoute et je suis disponible physiquement et psychiquement pour les enfants. Je cadre et structure l'enfant tout en lui laissant la possibilité de choisir les jeux qu'il souhaite. Ainsi, je m'adapte en fonction de l'enfant qui se trouve en face de moi.

Les séances sont divisées en plusieurs temps : les rituels de début et de fin viennent cadrer les séances, laissant un temps pour que l'enfant puisse exprimer ses émotions diverses : Comment te sens-tu ? Comment vas-tu ?

L'expressivité motrice et l'expressivité graphique représentent les deux temps importants qui cadrent le reste des séances. Cela permet à l'enfant de vivre son corps et de se mouvoir dans la salle mais également de se situer d'un point de vue spatial tout autant que temporel. L'expressivité motrice facilite l'aisance graphique, une fois que l'on a vécu son corps dans l'espace, l'enfant est plus à même de le représenter graphiquement.

Les séances sont un espace où aucune performance n'est attendue. Les enfants pourront expérimenter librement leurs envies de constructions comme de destructions, soutenus et sécurisés par la présence de la psychomotricienne. Cette relation individuelle semble nourrir une sécurité de base très fragile, qui est souvent mise à l'épreuve et source de difficultés dans la vie en groupe à l'école.

C. Denneulin 38h/semaine

3.4.5 La consultation logopédique

Deux logopèdes mi-temps assurent le travail de prévention (cfr missions de prévention) et le travail de consultations au sein du centre. Cette année, les mi-temps ont été assurés d'une part, par Pauline Moyart jusqu'en septembre et Julia Verstraeten, à partir de septembre et par Charlotte Pairon, d'autre part.

Claude Feron a maintenu sa collaboration en tant qu'indépendante en proposant son expérience au service d'enfants pouvant bénéficier d'un remboursement de la mutuelle.

Ces deux mi-temps ne suffisent pas pour répondre aux nombreuses demandes que nous recevons. Nous prenons alors le temps de réorienter le plus adéquatement possible les parents.

Notre travail de consultation est double. Nous réalisons des bilans logopédiques et nous proposons des rééducations logopédiques.

Les bilans logopédiques ont pour objet d'évaluer, à l'aide d'outils spécifiques et d'observations cliniques, le niveau de fonctionnement communicatif, langagier, instrumental et pédagogique des enfants qui nous sont adressés. Au terme de l'évaluation, il s'agit de proposer une indication thérapeutique et un dispositif de soin adapté aux besoins de l'enfant.

Cette indication pourra être la mise en place d'une rééducation logopédique (au sein du centre ou ailleurs) ou la nécessité de replacer les observations et les résultats obtenus au carrefour des fonctions cognitives, affectives et psychomotrices et d'envisager une évaluation plus globale et pluridisciplinaire.

Dans le cas de retard dans le développement du langage ou de trouble de la communication et du langage, le regard d'une psychologue sur les fonctionnements cognitif et affectif de l'enfant nous permet bien souvent de nous ajuster au mieux à l'enfant et contribue à l'élaboration de notre projet thérapeutique.

Dans le cas de difficultés scolaires, il s'agit d'être attentives à la présence d'un trouble spécifique (en langage écrit ou dans le domaine logico-mathématique) à différencier du « simple » retard pédagogique, toujours en vue de proposer l'aide la plus appropriée et ajustée aux besoins spécifiques de l'enfant. Les difficultés scolaires s'accompagnent souvent d'expériences peu gratifiantes narcissiquement qui mettent à mal l'estime de soi des enfants que nous rencontrons. Il n'est pas rare d'ailleurs de recueillir des plaintes de l'école concernant le comportement agressif, inadéquat ou perturbateur d'un enfant.

Lors de ce temps d'évaluation et lors de l'élaboration du projet thérapeutique, nous tenions bien évidemment compte des ressources de la famille et de sa réalité (sociale, affective, économique et linguistique).

Cette année, les bilans ont principalement été réalisés à la demande du Dr Marc Gérard.

Certains bilans ont également été réalisés suite à une demande externe (enfants de la commune de Forest ou famille ne bénéficiant pas des remboursements de la mutuelle). Le dispositif mis en place est alors de proposer un premier entretien commun avec Marie Sas, Geneviève Helson (psychologues) ou Bénédicte Watillon (assistante sociale-thérapeute de famille). Cette première rencontre à deux intervenants permet un regard pluridisciplinaire sur l'enfant, son développement, sa capacité à entrer en relation, la situation familiale, le

motif de la demande, le moment de la demande. Suite au bilan logopédique (généralement trois séances), un second entretien de « remise de conclusion » est alors proposé pour réfléchir avec les parents aux indications thérapeutiques.

Des bilans d'évolution sont également réalisés après un an de prise en charge afin d'objectiver les progrès et d'ajuster la prise en charge si nécessaire.

Le travail de rééducation occupe la plus grande partie des consultations. La plupart des rééducations s'inscrivent dans la continuité et le long terme. Nous avons donc gardé la plupart de nos suivis de 2016. Certains suivis ont néanmoins pris fin (changement d'école ou réorientation scolaire, déménagement, passage en secondaires, fin de prise en charge) laissant ainsi la place pour d'autres.

Les demandes extérieures peuvent provenir d'autres centres de guidance, de centres PMS d'écoles de Forest, d'instituteurs d'écoles de Forest, de différents services de centres hospitaliers (Erasmus, Saint Pierre, Huderf), de médecins spécialistes (neuropédiatres). Une prise de contact avec l'envoyeur est alors systématique pour favoriser la collaboration et la mise en lien avec les différents partenaires.

Lors du précédent rapport, nous avons évoqué le travail avec les adolescents en difficultés d'apprentissage, souvent en souffrance, qui ne savent plus trop comment penser leur scolarité jalonnée d'échecs et d'incertitude.

Un projet de stage durant les vacances, destiné aux adolescents de notre consultation, avait été ébauché. Nous n'avons malheureusement pas pu le concrétiser.

Nous voulions cette année souligner l'apparition de premières demandes provenant de centres hospitaliers pour des enfants de trois ans ou moins, avec des retards dans l'apparition du langage ou des troubles de la communication.

Comment comprendre une indication de logopédie pour de si jeunes enfants ?

Nous nous proposons de répondre brièvement à cette question en développant l'intervention précoce en logopédie.

Nous savons que détecter précocement les jeunes enfants qui risquent de développer une anomalie du langage et/ou de la communication est important pour éviter que la situation ne s'aggrave et se répercute au niveau du développement affectif, social, scolaire et pour mettre en place avec les parents un travail de stimulation et de guidance le plus tôt possible.

La fonction langagière se situe au carrefour des développements psychomoteur, cognitif, affectif, tous en interrelations très étroites. Leur évaluation et leur stimulation nécessitent donc une approche globale et multidisciplinaire (dimensions cognitives, affectives et psychomotrices).

L'accès au langage ne se limite pas à une capacité fonctionnelle de dire les mots. Son développement suppose, entre autres, l'intégrité des fonctions sensorielles, de ses capacités cognitives et des rencontres relationnelles que l'enfant fait ou non avec les êtres qui l'entourent.

D'un point de vue logopédique, nous sommes attentifs à observer, la présence et la qualité de différentes compétences communicationnelles.

En effet, pour organiser ses relations avec le monde qui l'entoure, le bébé va déployer un certain nombre de compétences communicationnelles non-verbales. Ses compétences

prennent racine dans son corps et correspondent à la capacité qu'a le jeune enfant à utiliser son expressivité corporelle à des fins communicationnelles. Le bébé va utiliser sa mimogestualité, son regard, ses postures, ses vocalisations pour communiquer et interagir.

On parle de précurseurs communicationnels :

Quand tout se passe bien, le jeune enfant investit le regard, le contact visuel comme un moyen de se mettre en relation avec l'autre, comme un moyen de lui manifester de l'intérêt, d'obtenir de l'attention.

Avec l'utilisation du **regard**, d'autres **compétences « proto-conversationnelles »** vont se développer. Le jeune enfant (avant un an) va progressivement développer des postures, une distance interpersonnelle adéquate, la mise en place d'une alternance dans le tour de rôle. Ces compétences vont permettre le développement de règles qui régissent le dialogue et l'échange interlocutif.

L'un des premiers jeux « à deux » est le **jeu imitatif**, souvent observé entre la mère et l'enfant. Les jeux imitatifs (imiter l'autre et prendre plaisir à être imité) témoignent d'un intérêt pour les interactions sociales et vont permettre à l'enfant de s'approprier les premières conduites signifiantes (bonjour, merci...).

Un précurseur communicationnel extrêmement important est la capacité à établir une **attention conjointe** avec l'adulte. L'attention conjointe désigne le fait de pouvoir attirer l'attention de l'autre sur un objet tiers. La mise en place d'une attention conjointe avec l'adulte se manifeste par l'apparition des gestes de pointage.

Enfin, la **réciprocité émotionnelle** ou la capacité qu'a l'enfant à être dans un partage émotionnel avec l'adulte de l'expérience vécue va pouvoir s'étoffer.

Nous pouvons intervenir précocement sous forme de stimulation et de guidance parentale pour favoriser et le développement de ces habiletés communicationnelles et des précurseurs de la communication en émergence ou encore non-acquises. C'est un travail réalisé en étroite collaboration avec les parents et les partenaires des différents milieux de vie de l'enfant. C'est aussi un travail d'équipe pluridisciplinaire à mi-chemin entre la prévention et l'intervention thérapeutique.

Julia Verstraeten

Charlotte Pairon

4. MISSIONS DE PREVENTION

4.1 Le Gazouillis asbl

4.1.1 Description

« Mon projet était de socialiser l'enfant en présence de ceux grâce à qui il sait "qui" il est. »
(F. Dolto - La Maison Verte – Esquisses psychanalytiques n° 5 – Printemps 1986).

Depuis 1989, le Gazouillis est un lieu (ouvert sur un quartier et propre à cette activité) de rencontre, de détente qui s'adresse aux enfants de leur naissance (voire dès leur conception) au jour anniversaire de leurs 4 ans, accompagnés d'un adulte qui leur est proche et reste auprès d'eux, où l'accueil est réalisé par des professionnels de la santé mentale.

Le Gazouillis a adopté le statut juridique d'une association sans but lucratif depuis sa création. Le CSM l'Adret est co-fondateur de l'activité et est représenté de droit au sein du Conseil d'administration du Gazouillis par un membre de son Conseil d'administration.

Le Gazouillis est le fruit d'un partenariat entre cinq Services de Santé Mentale : le CSM L'Adret, le Centre de Guidance de St-Gilles, le Service de Santé Mentale ULB rue haute, le Centre psycho-médical pour adultes d'Uccle et le Centre médico-psychologique du service social juif.

Dix accueillants (dont huit délégués par des Services de Santé Mentale et un travailleur indépendant) ont consacré deux heures par semaine à la réunion d'équipe et trois heures par semaine lors de leur présence à une permanence. Deux accueillants sont présents à chaque permanence.

Deux membres de l'équipe consacrent, par ailleurs, trois heures par semaine chacun à la gestion et à la coordination du Gazouillis, ainsi qu'aux rencontres avec d'autres équipes.

Notre service a délégué deux travailleurs dont un à raison de cinq heures par semaine et un à raison de huit heures par semaine.

Le Gazouillis propose cinq permanences par semaine, les lundis, mardis, mercredis et jeudis après-midi de 15 heures à 18 heures. Ainsi que le vendredi matin de 9h00 à 12h00. Nous avons également décidé depuis le mois d'octobre d'ouvrir le Gazouillis les premiers et troisièmes dimanches du mois, de 15h à 18h (hors congés scolaires).

4.1.2 Objectifs

« L'amélioration de la communication intrafamiliale, de l'expression de non-dits, de malentendu et la préparation de la séparation par la médiation du langage préviendront la formation des troubles futurs ». Telle était l'hypothèse de Françoise Dolto.

L'objectif principal poursuivi est la prévention des troubles de développement relationnel par la socialisation collective des enfants, en les préparant à la séparation, au sein d'un lieu

accessible à tous et tenu par des professionnels qualifiés. Ce lieu permet de faire lien social, lien qui donne une place dans la société, autant aux jeunes enfants qu'à leurs parents.

Le dispositif mis en place a de nombreux effets qui dépassent l'objectif principal du travail du lien et de la séparation. Parmi ceux-ci :

1. La socialisation de l'enfant qui se construit d'autant mieux qu'un adulte en qui cet enfant à confiance est présent.
2. La socialisation des adultes qui trouvent d'autres adultes dans une situation similaire à la leur et nouent des liens qui souvent continuent à exister après les permanences.
3. La parentalité où par des petits conseils échangés entre les adultes présents et par des questions élaborées avec les accueillants qui la reprennent avec l'enfant, les parents poursuivent leur formation continuée commencée à la naissance de leur enfant.

4.1.3 Évaluation

Au cours de cette année, le Gazouillis a accueilli 441 enfants accompagnés d'un proche, qui ont totalisé 1571 visites le long des 205 permanences organisées, ce qui représente une présence moyenne de 7,4 enfants par permanence. Sur les 441 enfants, 245 sont venus pour la première fois durant cette période.

Nous continuons à participer au « Parcours conté » annuel de la commune de St Gilles.

De plus, nous participons aux réunions de l'ABMV (Association Bruxelloise des Maisons Vertes).

S. Leurs (5h/sem.)

B. Watillon (8h/sem.)

4.2 Groupes de stimulation de langage dans les écoles de Forest (maternelles)

4.2.1 Description

Dépistage destiné à évaluer les troubles et les importants retards du langage. Organisation d'une stimulation de langage hebdomadaire au sein de 4 groupes de 4 enfants animés par 4 stagiaires au total. Organisation de suivis individuels pour les enfants présentant des troubles plus spécifiques d'articulation et/ou des problèmes plus globaux liés à un retard au niveau des prérequis aux apprentissages. Ce travail est effectué par les stagiaires de 3^{ème} année en logopédie de l'ILMH en collaboration avec les logopèdes de l'ADRET.

4.2.2 Objectifs

« Le langage est à la fois la résultante d'un apprentissage familial, scolaire, social et un moyen de conceptualisation. En ce sens, la maîtrise de la langue est le moyen même de la réussite scolaire. »

- Prévention de l'échec scolaire avec l'idée sous-jacente d'une meilleure maîtrise du langage oral avant d'aborder le langage écrit.
- Meilleure intégration des enfants en difficulté dans la classe.
- Sensibilisation des parents et des enseignants à l'importance d'une bonne maîtrise de la langue, de l'expression et de la communication verbale.
- Répondre à une demande d'aide des écoles face à l'augmentation des enfants dit « à problèmes » ; (les problématiques scolaires, affectives et sociales de plus en plus cumulées) ainsi qu'au nombre de plus en plus élevé d'enfants issus de l'immigration et qui ne parlent pas le français dans leur milieu familial.

4.2.3 Public cible

De septembre 2016 à décembre 2017 : enfants de 3^{ème} maternelle d'une école communale de Forest.

4.2.4 Partenariat

De septembre 2016 à juin 2017 :

- École communale n°3, rue Timmermans, 53-55 à 1190 Bruxelles
Tél : 02/343 48 64
Direction : Mme Bourgeois

De septembre 2017 à décembre 2017 :

- École communale n°3, rue Timmermans, 53-55 à 1190 Bruxelles
Tél : 02/343 48 64
Direction : Mme Rolland

4.2.5 Fonctionnement

L'école nous accueille et permet l'organisation de cette activité durant les heures de scolarité. En début d'année, nous effectuons un dépistage auprès des enfants de 3^{ème} maternelle afin d'observer leur niveau de langage et définir si une prise en charge en groupe ou en individuel pourrait leur être bénéfique. En septembre et octobre 2017, les stagiaires nous ont épaulées à ce stade de l'organisation.

Des entretiens informels et/ou formels sont possibles avec les institutrices ainsi qu'avec les psychologues, l'assistante sociale du PMS, avec l'infirmière de l'école et la directrice de l'école :

- En début d'année pour réfléchir ensemble aux enfants qui pourraient être suivis en logopédie et dans quel cadre,
- Au cours de l'année pour discuter des évolutions,
- En fin d'année, pour réfléchir aux éventuelles poursuites des suivis logopédiques ou autres dispositifs à mettre en place pour l'enfant.

Nous invitons également les parents des enfants suivis pour les informer de notre travail et pour discuter avec eux de la meilleure manière d'aider leur enfant à développer le langage à la maison (en début d'année et en fin d'année scolaire). En fonction des cas, un entretien de mi-année peut être proposé aux parents.

4.2.6 Évaluation

a) En quelques chiffres

De septembre 2016 à juin 2017, les stagiaires ont suivi 12 enfants de 3^{ème} maternelle en groupe, 2 fois par semaine et 16 enfants de 3^{ème} maternelle en suivis individuels, 1 à 2 fois par semaine pour des troubles articulatoires et/ou des problèmes plus globaux liés à un retard au niveau des prérequis aux apprentissages.

Actuellement, suite au nouveau testing de septembre et depuis octobre 2017,

- 16 enfants de 3^{ème} maternelle sont suivis en groupe, 1 à 2 fois par semaine.
- 16 enfants de 3^{ème} maternelle sont suivis individuellement, 1 à 2 fois par semaine pour des troubles articulatoires et/ou des problèmes plus globaux liés à un retard au niveau des prérequis aux apprentissages.

Aux mois d'octobre, novembre et décembre, nous avons eu l'occasion de rencontrer 25 parents sur les 34 que nous avons contactés.

S'ils ne se présentent pas à leur premier rdv pour diverses raisons, nous nous permettons de les rappeler une 2^e fois afin d'essayer de trouver une date qui leur convient. Cela nous permet de rencontrer la majorité des parents des enfants suivis à l'école.

Deux parents ont refusé la proposition de suivi logopédique de leur enfant au sein de ce projet.

4.2.7 Évaluations / supervisions des stagiaires logopèdes

Le travail de supervision concerne des étudiants de la Haute Ecole Léonard de Vinci (Marie-Haps) qui effectuent leur stage dans les écoles de Forest où nous organisons nos groupes de stimulation du langage.

De septembre 2016 à juin 2017, 4 stagiaires de 3^{ème} année ont été supervisées.

- 2 stagiaires venaient le lundi journée et le mercredi matin à l'école 3. Elles animaient un groupe d'enfants de 3^{ème} maternelle deux fois dans la semaine (le

lundi et le mercredi). Ces stagiaires venaient le mercredi en fin de matinée au SSM pour une supervision du travail effectué (1h).

- 2 stagiaires venaient le mardi journée et le mercredi matin, à l'école 3. Elles animaient également un groupe d'enfants de 3^{ème} maternelle deux fois dans la semaine (le mardi et le mercredi). Ces stagiaires viennent sur le temps de midi, le mardi, pour une supervision de leur travail (1h).
- Chaque stagiaire suit 4 enfants de 3^{ème} maternelle en individuel.

Depuis septembre 2017, 4 stagiaires de 3^{ème} année sont également supervisées. Les jours de prise en charge et les moments de supervisions sont identiques à la période de septembre 2016 à juin 2017. Néanmoins :

- Les stagiaires animent deux groupes de stimulation par semaine et ce, une fois dans la semaine. Les indications de groupe ayant été plus nombreuses à la rentrée.
- Chaque stagiaire suit également 4 enfants de 3^{ème} maternelle en individuel mais 2 d'entre eux sont suivis deux fois dans la semaine.

Ces échanges lors des supervisions sont riches dans les 2 sens car, autant nous pouvons les soutenir, les guider dans cette démarche professionnelle qu'elles découvrent, autant elles nous apportent des questionnements qui élargissent la réflexion. Tout cela sans compter la mise à niveau régulière de cette théorie spécifique qui évolue d'année en année et dont nous nous tenons au courant grâce à cette collaboration.

Notre rôle, dans ce projet, se situe donc actuellement à plusieurs niveaux :

- Dépistage en début d'année (testing des enfants de 3^{ème} maternelle, 3 classes soit 60 enfants +/-),
- Discussions avec les institutrices et le PMS pour la composition des groupes et des suivis individuels,
- Rencontre des parents des enfants suivis en début, en milieu d'année à la demande et en fin d'année,
- Supervision hebdomadaire et observation des stagiaires dans leur travail en groupe et en individuel,
- Testing des enfants en fin d'année (tous les enfants de 3^{ème} maternelle) et réunion avec le PMS, les institutrices, la directrice en mai/juin.

De septembre 2016 à décembre 2017, le temps accordé à cette mission prévention et supervision a été le suivant :

- 1h de supervision au SSM le mardi pour deux stagiaires (Charlotte Pairon)
- 1h de supervision au SSM le mercredi pour les deux autres stagiaires (Pauline Moyart jusque juin 2017 et Julia Verstraeten à partir de septembre 2017)
- 1 à 2h peuvent être ajoutées certaines semaines pour les supervisions des stagiaires à l'école et pour l'évaluation (lecture de bilans, rapports d'évaluation).

- En début d'année (septembre, octobre, novembre) et en fin d'année (mai/juin), 4 à 6h par semaine sont consacrées, en plus, pour les testings des enfants, les rencontres avec le réseau (PMS, PSE, enseignants, direction d'école) et les rencontres avec les parents.

Les logopèdes responsables de ce travail sont :

Pauline Moyart (jusqu'en juin 2017)

Charlotte Pairon

Julia Verstraeten (remplaçante de Pauline Moyart depuis septembre 2017)

4.2.8 Évolution du projet de prévention et nouvelles perspectives

Depuis 1982 (soit depuis **35 ans** !), le projet de groupes de stimulation de langage existe dans les écoles de Forest. Anne Denayer, à l'initiative de ce projet, l'a fait évoluer au cours des années, notamment avec Claude Feron arrivée au centre en 1989. Plusieurs écoles de Forest ont participé au projet (école n°5, puis école du Dries, école n°3 et n°4, puis école n°3 et école du vignoble).

Ce projet a évolué au cours des années, tout en respectant le cadre fixé au départ. En effet, les groupes de stimulation de langage ont toujours concerné les classes de maternelle (âges importants pour le développement du langage) en privilégiant les activités en petits groupes (pour travailler le langage et la communication). Par ailleurs, une attention particulière a été donnée aux échanges avec les parents et avec les équipes pédagogiques (institutrice, directrice, PMS).

Dès le départ, des stagiaires ont été impliquées dans ce projet prévention afin de pouvoir créer de nouveaux groupes d'enfants et répondre aux demandes de supervisions de stagiaires de l'ILMH (plus importantes ces dernières années).

Durant la dernière année d'Anne Denayer, le projet de groupes de stimulation de langage concernait les écoles n° 3 et école du Vignoble de Forest et 8 stagiaires de 2^{ème} et 3^{ème} année en logopédie participaient au projet.

Plusieurs inconnues et questions se sont posées au départ d'Anne Denayer, en juin 2016, amenant ainsi des changements dans ce projet prévention :

- Le projet s'est recentré autour de l'école 3. Ce choix permettait à notre projet de continuer à encadrer un grand nombre d'enfants (3 classes par niveau de maternelle) tout en faisant évoluer les stagiaires dans des conditions de travail adéquates (locaux en suffisance) et en enrichissant un partenariat déjà bien établi, par sa pérennité d'une part et d'autre part, grâce à notre présence au conseil de participation de l'école. La collaboration avec l'école du Vignoble est pour l'instant suspendue, éventuellement en attente d'effectifs supplémentaires.
- Le projet s'est restreint aux classes de 3ème maternelle et nous ne prenons plus de groupes de stimulation au sein de l'école. Ces mesures nous permettent de continuer à proposer un encadrement de qualité, à la fois aux stagiaires et aux enfants bénéficiaires du projet.

- Au vu des changements des conditions de stage de l'ILMH, nous accueillons uniquement des stagiaires de 3ème année.
- A Pâques 2017, un temps de discussion, d'évaluation a été proposé au corps enseignant. Ce fût l'occasion d'échanger avec les différents intervenants à propos de l'éventuelle évolution de ce projet prévention. Le corps enseignant a proposé qu'une réunion supplémentaire de mi-année ait lieu avec les logopèdes de l'Adret pour rediscuter de l'indication de prise en charge de chaque enfant du projet. Notre présence active tout au long de l'année serait ainsi renforcée. La première réunion de ce type est prévue en janvier 2018.
- Reste suspendue la question de la prévention auprès des enfants de 1ière et 2ème maternelle dont l'inclusion dans le projet actuel dépasse la capacité matérielle des logopèdes de l'Adret. Comment réinvestir ce pôle préventif assurément essentiel à cet âge-là sans entraver davantage le projet actuel et les rééducations logopédiques en cours à l'Adret ?

Sur un autre registre, la rentrée de septembre 2017 a été l'occasion de remettre à jour le matériel de testing utilisé durant le dépistage. Les nouvelles épreuves choisies sont :

- « Lexique enréception » (ELO ; Khomsi.A ; 2001)
- « Lexique en réseaux » (EVALO 2-6 ; Coquet, Roustit, Ferrand ; 2009)

Elles regroupent le versant expressif et réceptif du langage oral et permettent un reflet des capacités langagières de l'enfant dans les domaines de la phonologie, du lexique et de morphosyntaxe. Elles offrent ainsi une comparaison à la norme réactualisée.

*Charlotte Pairon
Julia Verstraeten*

4.3 Observation en crèche

Nous avons été interpellés pour l'observation d'une petite fille de 2 ans et demi. L'inquiétude du personnel de la crèche était d'autant plus importante qu'elle était sur le point de rentrer à l'école. Ils avaient tenté d'alerter les parents à plusieurs reprises mais ceux-ci n'étaient pas prêts à entendre les difficultés de leur fille. Après plus d'un an, ils avaient accepté l'observation ainsi qu'un bilan pluridisciplinaire dans un hôpital.

À l'issue de cette observation, nous avons pu, d'une part entendre l'inquiétude des puéricultrices, les conforter dans la finesse de leurs observations, leurs inventions, leurs interventions et leur écoute précieuse auprès de cet enfant. Aussi, leur assurer qu'un éventuel suivi pourrait se faire dans le centre.

D'autre part, nous avons pu dire à la maman que si elle en avait besoin, le centre pourrait être un lieu de soutien, après la crèche, pour sa fille.

Nous avons été sollicités pour un jeune garçon de deux ans et deux mois arrivé en Belgique peu de temps avant son entrée à la crèche. Les intervenants ont fait appel à l'Adret tant son comportement les interpellait. Entre le premier contact et la fin des observations, le petit garçon a évolué de manière spectaculaire. Effectivement, il lui fallait un temps d'adaptation que ce soit au niveau de la rencontre des autres enfants, la langue, le rythme d'une journée en communauté. Les puéricultrices ont pris conscience du grand changement que cet enfant était en train de vivre. Elles ont pu alors prendre le temps de le découvrir, de l'accompagner pas à pas dans un nouvel environnement si différent.

Nous avons néanmoins proposé des séances de psychomotricité relationnelle afin de l'aider à entrer en contact de manière plus apaisée avec l'autre.

Suite à une observation de l'année passée, nous avons poursuivi tout un long de l'année un suivi en crèche pour un enfant dont la mère a été difficilement mobilisable. Grâce à l'environnement relationnel proposé à la crèche et à notre soutien de l'équipe des puéricultrices, l'enfant a pu poursuivre son développement et la maman a accepté nos interventions. Nous avons utilisé un outil d'évaluation de la petite enfance (GED : grille d'évaluation du développement) comme médiateur de la relation avec la maman pour attirer son attention sur son enfant. Notre souhait a été d'essayer de créer des moments d'attention conjointe lors de petites activités simples.

4.4 Stages pendant les vacances scolaires, dans le cadre de nos missions prévention

Dans le cadre du SSM et de nos missions de prévention, nous avons organisé 3 semaines de « stages » durant les vacances d'été, co-animés par quatre thérapeutes de l'équipe enfant. Pour le stage de juillet 2017, il s'agissait d'une logopède et d'une thérapeute de famille et pour les deux semaines du mois d'août, il s'agissait d'une logopède et d'une psychomotricienne.

Proposer ce projet pendant les vacances scolaires nous a semblé approprié pour les enfants. En effet, c'est une période plus calme durant laquelle nous avons moins de prises en charge et pendant laquelle les enfants peuvent venir plusieurs jours de suite. Pour les enfants qui ne

partent pas en vacances en juillet et en août, cela leur permet de bénéficier d'activités ludiques en lien avec les apprentissages et effectuées dans une dynamique de groupe. Il s'agit, par ailleurs, de proposer ces activités à des enfants plus en difficultés sur le plan scolaire, ou au niveau du langage oral ou encore au niveau du comportement et de faciliter l'accès à des familles plus en difficultés sur le plan financier à des activités extra-scolaires.

Brève **description du cadre des stages** (dans la continuité avec les expériences passées) :

- La prise en charge des enfants se faisait de 13h30 à 17h, avec une pause goûter, 4 jours sur 5. Ce dispositif permet d'avoir le temps de créer avec les enfants une dynamique de groupe et des activités pouvant être reprises et déployées durant plusieurs jours. Cela nous permet également de nous ajuster au groupe en revoyant et discutant des activités le matin. Le dernier jour, un goûter et un temps collectif d'échange avec les parents sont proposés.
- Les stages visaient les enfants âgés de 4 à 6 (juillet) et de 6 à 8 ans (août). Les stages étaient ouverts aux patients du Centre ainsi qu'aux enfants de patients adultes du Centre, mais également aux enfants non connus du Centre (école Forestoise, maison de quartier, centres de guidance voisins).
- Nous avons accueilli en juillet 5 enfants (4 garçons et 1 fille). Tous étaient présents dès le premier jour du stage. Quatre étaient des patients du Centre et un seul venait de l'extérieur (école 3).
- En août, nous avons accueilli 4 enfants (3 garçons et une fille) sur 5 enfants attendus la première semaine. Deux étaient des patients du centre et deux venaient de l'extérieur (partenariat Marconi et une demande spontanée). La seconde semaine, nous attendions 6 enfants et seulement 3 (garçons) se sont présentés dont 2 patients du centre et une demande pour un suivi logopédique.
- En lien avec le cadre de prévention, les objectifs du stage visaient à proposer diverses activités pour stimuler l'imagination des enfants et développer leurs schéma-corporel, leur compétences langagières et logiques, leurs repères spatio-temporels, ... nécessaires dans les premiers apprentissages scolaires. Le fait de proposer des activités en groupe nous a permis également d'explorer l'aspect relationnel et offrait aux enfants la possibilité de jouer, apprendre, créer à plusieurs, en collaboration avec d'autres enfants mais aussi avec des adultes.
- Concrètement, lors du stage de juillet, nous avons construit nos activités autour du personnage d'un livre qui nous a accompagné durant les 4 jours.
- Lors du stage d'août, nous nous sommes basés sur le livre « Cherche un figurant » de Michael Escoffier afin de partir à la découverte des animaux et d'imaginer ensemble une suite au-delà de l'histoire proposée par l'auteur.

OBSERVATIONS CRITIQUES ET MODIFICATIONS À APPORTER POUR UNE PROCHAINE EXPÉRIENCE

Cette année, l'inscription s'est faite lors d'un petit entretien avec une des organisatrices du stage. La rencontre était l'occasion de présenter le stage, de faire un peu connaissance et de payer le stage.

Les stages se sont déroulés du lundi 24 juillet au jeudi 27 juillet, du mardi 8 août au vendredi 11 août et du mardi 22 août au vendredi 25 août. Initialement, la semaine du 17 juillet au 20 juillet avait également été proposée mais par manque d'enfants inscrits, nous avons décidé de regrouper les deux semaines de stage de juillet en une seule.

La question du nombre suffisant d'inscriptions et donc de la diffusion de l'information se pose. Malgré notre diffusion plus élargie cette année, nous constatons que l'information n'a pas été assez diffusée dans le réseau et qu'elle n'a pas circulé suffisamment tôt dans l'année.

Afin de garantir un nombre suffisant d'enfants inscrits et de pouvoir assurer le maintien de toutes les semaines de stage proposées, nous veillerons en 2018 à élargir la diffusion de l'information (école partenaire du projet de prévention, autres SSM, maisons de quartier, coordination sociale de Forest, planning familiaux) et à solliciter une rencontre avec les partenaires pour aller présenter le projet dès le mois d'avril.

Comme l'année dernière, le stage se déroulait dans l'espace de la salle de psychomotricité et de la cuisine. Alors que l'espace nous semble être adapté à l'âge des enfants, il nous paraît peu indiqué pour les enfants inscrits au stage qui sont par ailleurs suivis durant l'année en psychomotricité (3 des 5 enfants du stage de juillet). Ils se retrouvent alors dans leur espace thérapeutique en dehors du cadre habituel, avec d'autres règles, avec d'autres enfants et d'autres « madames ». Certains enfants ont dès lors été mis dans une situation difficile qu'ils ont eu du mal à gérer. Cela s'est manifesté par une difficulté à respecter les règles du fonctionnement en groupe, par une agitation et parfois un débordement psychomoteur.

Faut-il dès lors fermer le stage aux enfants du centre suivis en psychomotricité ? Ou alors, pouvoir évaluer leur capacité à différencier suffisamment les temps et les espaces ? Faut-il privilégier un autre espace ?

Ces questions seront discutées lors de la rencontre prévue en février 2018 en vue de l'élaboration des stages de l'année 2018.

En juillet, les enfants présents étaient âgés de 4 à 6 ans. Nous avons été frappées par le niveau de fonctionnement des enfants et avons dû adapter et revoir nos activités. En effet, les enfants avaient besoin de jeux sensori-moteurs ou pulsionnels qui permettaient le défoulement, la décharge, les expériences perceptives et sensorielles. Étayé par l'adulte, une ébauche de jeux de faire semblant ou pré-symbolique était possible.

Les enfants étaient pour la plupart en quête de limite, de contenant, de règles. Leur capacité attentionnelle était très courte. Regroupés, les enfants avaient du mal à attendre, à respecter le tour de rôle. La réponse immédiate et le besoin d'expérience sensori-motrice étaient constants.

En proposant un thème général à la semaine et un « fil rouge » dans nos activités, nous supposons une certaine capacité à faire des liens, à relier, à penser, à avoir des repères. Les enfants n'en étaient pas là. Nous avons néanmoins gardé notre « fil » proposant ainsi aux

enfants une continuité dans les expériences offertes et la possibilité de s'approprier des repères et de, petit à petit faire des liens.

En août, comme nous attendions plus d'enfant, nous avons dû faire face à deux groupes plus restreints et donc à une dynamique de groupe plus calme. Nous avons dû beaucoup animer les deux groupes lors des premiers jours afin de favoriser au maximum une cohésion et une relation entre les enfants. Dès lors, nous avons pris le temps de mettre en place des petits jeux d'équipe pour appuyer la connaissance des prénoms et la communication entre tous. Une fois la relation établie, il a été plus facile de commencer la lecture du livre et des activités. Dans le premier groupe, les enfants rencontrés avaient pour la plupart beaucoup de difficultés pour s'exprimer en français. Dans le second groupe, un enfant avec un trouble autistique demandait beaucoup d'attention et devait être accompagné constamment par une des deux thérapeutes afin de faciliter la fluidité des activités pour tous. Pour privilégier les relations entre les enfants dans les deux groupes, nous avons laissé plus de place aux temps libres, les enfants pouvaient alors jouer avec ce qu'ils souhaitaient à plusieurs moments de l'après-midi. Une bienveillance et une solidarité se sont installées entre les enfants des deux groupes.

D'une manière générale, les enfants comme les parents étaient contents des stages proposés. Nous avons invité les parents à venir partager le goûter préparé par les enfants, la dernière après-midi. Ce moment collectif était convivial et apprécié par les parents qui ont pu échanger entre eux au sujet de leur enfant voire même pour certains, des difficultés qu'ils rencontraient.

Nous sommes restées en questionnement par rapport aux enfants, extérieurs au centre, qui avaient participé au stage et pour lesquels nous avons certaines inquiétudes relatives à leur développement (langagier ou psycho-affectif).

Comment penser notre retour aux parents ? Faut-il privilégier un temps plus individuel ? Comment faire part aux parents de nos inquiétudes s'ils ne nous font part d'aucune question ?

Et enfin, l'ouverture du centre et l'organisation des stages au sein de l'Adret a permis l'émergence de réflexions cliniques, la circulation de discussions informelles entre différents travailleurs de l'Adret intéressés et curieux du projet.

Charlotte Paireon

Clémence Denneulin

4.5 Projet de Santé Mentale Communautaire

4.5.1 Pause-café

Dans le rapport d'activités de l'année 2016, nous présentions un projet communautaire d'accueil à bas seuil et de soutien à la création de liens¹. Celui-ci, baptisé « Pause-café » a vu le jour en septembre 2017. Chaque mardi, entre 14h30 et 16h30, nous mettons à la disposition des personnes qui le souhaitent, un espace agréable où ils peuvent se poser, parler, rencontrer d'autres, chercher des informations, etc. Nous avons aménagé la cuisine et la cafétéria de l'Adret, en proposant un espace multiple comprenant une table où prendre un café et où des activités diverses sont possibles et un coin salon.

Quand une personne arrive, on lui présente le lieu. S'il ou elle le souhaite, on inscrit son prénom sur un tableau sur lequel sont repris les prénoms des deux accueillant(e)s. On explique la participation aux frais d'un euro et la mise à disposition du café et des biscuits. Des livres sont disponibles dans la bibliothèque et des revues et autres bandes dessinées sont disposées sur une table. Un ordinateur portable est mis à la disposition des participants uniquement pour des recherches d'informations.

Chaque permanence d'accueil est assurée par deux travailleurs, sous la forme d'une tournante entre les membres de l'équipe des accueillants dont les fonctions principales sont l'écoute, la circulation de la parole et le respect des règles. Cette équipe se réunit une heure chaque mois pour élaborer les questions cliniques qui se posent lors des permanences et les questions de gestion du projet. Celles-ci sont reprises lors de partages réflexifs avec l'ensemble de l'équipe de l'Adret.

a) Constats à la base du projet

Nous avons observé que les deux salles d'attente et le secrétariat constituent des lieux de rencontres et d'échanges pour certains bénéficiaires socialement isolés ou en recherche de lien. Ils s'y posent et s'y déposent avant ou au sortir d'une consultation, pour lire, s'informer, s'endormir, discuter, boire, se préparer à sortir, etc. Cette appropriation de la salle d'attente par les patients nous a amenés à considérer le centre comme un lieu qui est le leur, c'est-à-dire sur l'évolution duquel ils peuvent avoir une incidence. Un tel lieu peut être l'amorce d'un changement de position où, de receveur passif, les usagers retrouvent confiance dans leur capacité à modifier leur environnement et deviennent davantage acteurs de leurs soins.

Nous sommes également partis du constat qu'un certain nombre de personnes qui nous sont adressées n'arrivent pas dans notre centre ou ne dépassent pas le stade de la première consultation. Ces personnes se trouvent dans des problématiques de désaffiliation, d'exclusion, de désarrimage, d'exil géographique qui entraînent un isolement physique et psychique. Se retrouver face à un professionnel, aussi bienveillant soit-il, peut être source d'angoisse et il est nécessaire d'offrir à ces personnes un temps préliminaire d'approvisionnement des lieux et de leur fonctionnement.

¹ Voir 4.5. « Projet de santé mentale communautaire ».

Nos partenaires envoyeurs témoignent de cette difficulté pour certaines personnes de s'adresser à un professionnel de notre secteur. Une part significative de la population orientée par des tiers est dans l'impossibilité de formuler une demande thérapeutique ou de s'approprier celle du professionnel qui les envoie. Cela nous amène à envisager de nouvelles modalités d'accès à notre centre, d'ouvrir la porte pour des motifs moins stigmatisants.

Si le projet Pause-café peut amener à faciliter l'accès aux consultations offertes par notre service, il ne s'agit pas d'un parcours obligé. Venir à une permanence offerte par le projet peut être une fin en soi qui ne débouche pas sur autre chose que la rencontre avec d'autres et la participation éventuelle aux activités qui s'y déroulent.

b) Objectifs de Pause-café

Le premier objectif de Pause-Café consiste à soutenir les amorces de lien qui se produiront dans le lieu. Les accueillants facilitent les échanges de paroles. Celles-ci peuvent aboutir à des idées de projets, d'activités que les usagers souhaiteraient organiser soit à l'intérieur du lieu (cuisine, jeux de société, etc.), soit à l'extérieur (visites de musée, cinéma, etc.). Il ne s'agit ni de le leur proposer, ni de le faire à leur place, mais de pouvoir les accompagner pour rendre des projets possibles.

Le deuxième objectif est de faciliter l'accès à notre service. Les bénéficiaires y viennent sans devoir demander quoique ce soit, simplement être assis au chaud avec d'autres. Ce temps de pause est parfois un préliminaire nécessaire à toute demande de soins. À partir de là, l'utilisateur a l'occasion d'entrer en relation avec les autres personnes présentes et/ou avec les accueillants du lieu. Ces échanges peuvent être fortuits, sans autre but que celui d'être en relation. Ils peuvent aussi comporter une demande de renseignements sur des activités existantes à l'extérieur, par exemple. Ils peuvent encore devenir plus personnels, faire part d'une difficulté sociale ou psychologique. L'écoute peut alors amener à la proposition d'une consultation dans le service ou ailleurs. Le projet Pause-café vise ainsi à faciliter l'accès à notre service ou à d'autres services s'occupant de santé mentale.

c) Concrètement

Au lancement du projet, nous nous sommes d'abord adressés aux patients de l'Adret et notamment à ceux pour qui la salle d'attente constitue déjà un lieu d'accueil où ils se sentent en sécurité. C'est lors de notre deuxième permanence que nous avons accueilli notre premier participant. Par la suite, le projet a connu une fréquentation variée allant jusqu'à 5 participants mais parfois, un seul, voire personne. En moyenne pour le dernier trimestre 2017, la participation a été comprise entre une et deux personnes par permanence. Ce constat rejoint l'expérience d'autres projets dont le démarrage se fait toujours lentement.

Conformément à notre objectif de permettre un accès plus aisé au service offerts par notre centre, nous souhaitons maintenant ouvrir plus largement « Pause-café » aux personnes du quartier et des environs. Pour ce faire, nous avons envoyé un mail à nos partenaires forestois expliquant le projet et demandant de le faire connaître parmi leurs usagers. Nous espérons avoir un retour positif pour sa poursuite de cette activité en 2018.

Audrey Guelder, Sara Leurs, Lelia Siddi et Paul Jaumaux
± 20h/mois

4.5.2 Atelier cuisine

Dans la continuité des projets autour de la santé mentale communautaire, nous proposons depuis le mois de juin 2017, un atelier cuisine destiné aux femmes qui fréquentent le centre. Nous avons remarqué lors de nos consultations qu'un bon nombre de femme se sentent isolées, ont, pour certaines, peu de liens sociaux, pour d'autres, peu l'occasion de participer à des activités pour elles-mêmes.

Nous avons pensé l'atelier dans le sens d'une rencontre, d'un moment d'échange, un lieu où elles puissent se mettre, où se remettre en mouvement et tisser d'autres liens. Le choix du média cuisine nous semblait être une évidence pour rassembler, se retrouver, autour d'un plat dans un moment de convivialité sans néanmoins devoir parler, s'exposer à ce qui peut être difficile. Une matinée une fois par mois comme une "mise sur pause", une bulle d'air.

L'atelier est ouvert à huit femmes, elles doivent s'inscrire afin que nous puissions prévoir les achats et les recettes se décident lors de l'atelier précédent.

Nous avons observé qu'un petit noyau semble se former, elles se contactent en dehors de l'atelier, prévoient des sorties entre elles, néanmoins l'atelier reste le moment rassembleur. À moyen terme, nous espérons que ce moment et ces échanges pourront se transposer dans leur cadre de vie et dans leur quotidien.

A. Guelder et M. Sas
6h/mois

5. ACTIVITÉS DE COORDINATION, PARTENARIAT, TRAVAIL EN RÉSEAU

5.1 Projet 107

La réforme des soins en santé mentale « Adulte »

La réforme des soins en santé mentale propose une nouvelle organisation des soins, basée sur une logique de travail en réseau, le patient étant au centre des soins. Pour ce faire, cinq fonctions organisationnelles sont proposées, la première ayant trait aux soins de première ligne et à laquelle les services de santé mentale sont identifiés parmi d'autres acteurs. Nous avons souhaité être partenaires de ces projets pour pouvoir y défendre notre expérience, notre modèle et notre éthique des soins en santé mentale. C'est ainsi que nous sommes partenaires des projets Hermèsplus et RÉZONE.

5.1.1 Réseau Régional

Un groupe de travail (Groupe de travail Régional) visant l'élargissement de la réforme en santé mentale à l'ensemble de la région bruxelloise s'est constitué depuis plus d'une année, maintenant, afin de structurer un réseau régional unique pour Bruxelles. Il est composé de représentants des quatre antennes couvrant l'ensemble du territoire bruxellois, de représentants de la PFCSM, de représentants du réseau BRUSTAR, de représentants des usagers et des proches et des coordinateurs des deux projets 107 pilotes.

Le travail s'est centré sur la constitution et l'organisation d'un Comité Régional Réseau, ses modalités de gouvernance (compositions, prise de décisions, définitions de rôles, ...) et de principes (finalité, buts et objectifs généraux) visant à établir un plan stratégique et opérationnel régional pour la fin de cette année 2017.

Par ailleurs, étant donné la nécessaire articulation avec le réseau infanto-juvénile Brustar et la PFCSM dont les nouvelles missions définies par la Cocom chevauchent celles du futur Réseau Régional bruxellois, un groupe « Comité paritaire-Articulation » s'est constitué pour définir les rôles et missions de chacun dans un esprit de collaboration.

F. Willems (Groupe de travail Régional et Groupe Comité paritaire - Articulations, 5 à 7h/mois)

5.1.2 Hermèsplus

Notre implication au sein du réseau Hermèsplus, multiple, s'est poursuivie au cours de l'année 2017. Nous sommes présents au sein du comité stratégique en tant que coréférent francophone Fonction 1 (F. Willems) dont la coréférente néerlandophone est Madame Julienne Wijns, et présents en tant qu'équipe de Service de santé mentale pour les patients qui nous sont adressés par TandemPlus (Fonction 2a) et que nous accompagnons, dans leur milieu de vie, sur une longue durée (Fonction 2b) et/ou pour lesquels un suivi de réinsertion peut être envisagé (Fonction 3), ces deux dernières interventions relevant également de nos missions.

Nous avons maintenu notre approche de la première ligne sur les deux axes développés dans le plan stratégique au cours des années précédentes : la rencontre des acteurs du social et de la santé qui se réunissent dans le cadre des Coordinations Sociales (CS) organisées par les CPAS de chaque commune bruxelloise, d'une part, et l'invitation faites aux médecins généralistes (MG), partenaires essentiels de la première ligne, à rencontrer par voie d'intervision ou de supervision, le secteur de la SM, afin d'y partager leurs questionnements à partir d'échanges sur la clinique avec des travailleurs de la SM, d'autre part.

Un groupe pilote s'est constitué sous la supervision du Dr L. Ayache et s'est réuni tout au long de l'année 2017. En concertation avec la Fédération des Maisons Médicales (FMM) un temps d'évaluation a été convenu afin d'apprécier la pertinence de la proposition et de ses modalités de réalisation avant de la transformer et/ou de la généraliser pour l'ensemble des médecins généralistes des Maisons médicales mais aussi pour les médecins généralistes en pratique libérale.

L'équipe a été peu sollicitée par des demandes de l'équipe mobile « TandemPlus ». Nous avons, par ailleurs, continué à nous intéresser, dans le cadre du groupe de travail de la Fonction 2b, à la mise en place de procédures, requérant l'accord de l'usager, qui visent à faciliter les échanges entre partenaires afin d'améliorer le passage entre services qui cherchent à éviter, pour les usagers comme pour les professionnels, des ruptures, écueils à la continuité des soins.

L'équipe du centre

F. Willems (Comité Stratégique, ±4 heures /mois)

5.1.3 RÉZONE (Réseau Zuid-Ouest Network)

ReZONE est le nom que se sont donnés les partenaires, réunis au sein d'un Comité de pilotage, de la « zone non-couverte » par un réseau local structuré en soins de santé mentale, dans le cadre de la Réforme en soins de santé mentale, sur le sud-ouest de la région de Bruxelles-Capitale.

Le Comité de pilotage de RÉZONE (réunion bimensuelle) s'est rapidement mis au travail pour déterminer ses modalités de gouvernance définies dans un projet de convention de partenariat, d'une part, et trois groupes de travail thématiques issus d'une vaste enquête auprès des partenaires et discutée lors de sa dernière assemblée générale, d'autre part.

Le premier groupe de travail de RÉZONE, « Amélioration de l'interconnaissance entre services », a travaillé sur deux outils pour favoriser l'interconnaissance entre services : le premier basé sur la rencontre directe entre travailleurs et le deuxième basé sur la mise à disposition d'informations sur l'offre de services. Ainsi, RÉZONE souhaite mettre en place dans les mois qui viennent un système de porte-ouverte circonscrite sur une semaine précise afin de permettre aux partenaires de RÉZONE de se visiter l'un l'autre facilement et simplement.

Ensuite, le groupe de travail construit actuellement une méthodologie de collecte et de diffusion d'informations à propos des services qui mettent l'accent moins sur l'offre dans sa globalité (ce que fait très bien Bruxelles Social) mais plutôt sur les différents types d'activités proposées. L'objectif serait, par exemple, de permettre aux intervenants de connaître facilement quelles sont les différentes activités culturelles de groupes accessibles via les partenaires de RÉZONE.

Le deuxième groupe de travail, « Développement d'outils de concertation et de coordination autour du bénéficiaire », a exploré les différents outils existants et déjà utilisés dans le cadre d'autres réseaux 107. Ce travail a permis de distinguer différentes fonctions que RÉZONE serait susceptible de développer :

- La fonction de coordination, c'est-à-dire l'organisation et le suivi concret, au quotidien, du réseau du patient, de son projet, etc.
- La fonction de concertation, c'est-à-dire l'échange de point de vue et d'information entre intervenants et autres aidants, avec l'utilisateur
- La fonction de coopération, c'est-à-dire la facilitation du passage d'une institution à l'autre et l'amélioration de l'effectivité des orientations
- La fonction de feedback, c'est-à-dire l'identification des difficultés dans l'exercice des fonctions précédentes afin de pouvoir adapter les modalités de travail entre services.

Le groupe de travail doit maintenant dégager des priorités et proposer des projets concrets à mettre en œuvre.

Le troisième groupe de travail de RÉZONE, « Lieu d'accueil sans condition », travaille à la mise sur pied d'un lieu d'accueil où tout le monde puisse aller et venir sans contrainte, où il est possible de trouver une écoute, une présence, mais sans que l'on vous demande quoi que ce soit. L'objectif serait également d'offrir aux personnes qui seraient trop en difficultés si elles fréquentaient un lieu « grand public » (académie, salle de sport, centre culturel...), un

lieu intermédiaire, sécurisé, mais qui fasse le pont vers l'extérieur, vers le « hors psychiatrie ». Un modèle de base a été élaboré par le groupe de travail et validé par le comité de pilotage. Le groupe est maintenant à la recherche des moyens pour mettre en œuvre le projet.

Le Comité de pilotage a dû, également, statuer sur diverses propositions de structuration ou issues de concertations relatives à la construction d'un réseau régional discutées au sein du Groupe de travail régional où RÉZONE est représenté.

Enfin, pour assurer le financement d'un poste de coordination du réseau local sans lequel RÉZONE ne peut pas exister (poste actuellement occupé par un travailleur à quart temps détaché par le Réseau Epsilon) et que le SPF Santé, dans le cadre de la Réforme des soins de santé mentale, n'a pas envisagé, le centre l'Adret a introduit, auprès de la Cocof, une candidature dans le cadre de l'appel à projet « Réseau Santé ». Le centre a obtenu un financement pour une durée de trois ans (2018-2020) qui devrait permettre d'engager une personne pour la fonction de coordination du réseau local RÉZONE à concurrence d'un mi-temps de travail.

S. Leurs (Groupe « Interconnaissance entre service », 2h/mois depuis décembre)

P. Jaumaux (Groupe « Lieu d'accueil sans condition », 2h/mois depuis décembre)

F. Willems (Comité de pilotage, 3h/bimensuel ; Groupe gouvernance, 2h/mois ; Groupe « Coordination autour du patient », 2h/mois)

5.2 « Bru-Stars » : Réseau bruxellois en santé mentale pour enfants et adolescents

Pour rappel, en mars 2015, les Ministres de la Santé signaient un protocole d'accord portant sur le « Guide pour la réalisation d'une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents ».

Fin 2015, l'Adret signe une déclaration d'intention de collaboration à la construction du réseau bruxellois en santé mentale pour enfants et adolescents, issu comme dans les autres régions, de cette politique de réforme.

En 2016, l'Adret s'est impliqué dans le suivi de la mise en place de ce réseau et a rendu compte de cette activité dans son rapport d'activités de l'année.

En 2017, nous n'avons plus été sollicités pour organiser des accueils de crise avec l'équipe mobile « Bru-Stars » dans nos locaux. Nous avons signalé qu'en 2016 cette expérience n'avait mené à aucun contact clinique concret.

Le réseau bruxellois a poursuivi sa construction sans que nous n'ayons d'informations plus précises au cours du premier semestre 2017.

Une réunion a été convoquée le 3 juillet, rassemblant les services de santé mentale bruxellois et les responsables du projet « Bru-Stars ». Pour des raisons de délai de convocation nous n'avons pas pu y assister. Les échanges ont porté sur l'équipe mobile de crise et l'interaction avec les services de santé mentale. Le représentant FSSMBF au CRE (Comité de Réseau Exécutif) nous a transmis, suite à cette réunion, sa déception face au flou qui entourait selon lui, l'activité mobile et face à l'absence de pistes concrètes de collaboration.

Au cours du mois d'août s'est posée la question du recrutement des 30 ETP prévus par le programme « Bru-Stars », certains étant déjà réalisés dans les hôpitaux, d'autres en cours dans les structures ambulatoires, dont des SSM, qui auraient à devenir employeur d'un personnel qui ne déploierait son activité que dans le cadre des équipes mobiles « Bru-Stars ». Cette question, discutée en équipe, a été traitée par la direction et le CA de l'Adret.

Fin décembre, une nouvelle réunion a rassemblé dans les nouveaux locaux du réseau « Bru-Stars » les représentants des SSM, les pédopsychiatres et les coordinatrices responsables du réseau mobile bruxellois. Nous avons été mis au courant de l'organisation actuelle des sous-équipes placées chacune sous la direction d'un(e) pédopsychiatre. Deux axes principaux ont été développés : les stratégies d'intervention de crise et l'autre volet de leurs missions qualifié de soins assertifs, de plus longue durée.

Les SSM ont pu mettre en avant un certain nombre de points d'appui déjà existants et faire état de premières expériences cliniques de collaboration concrète.

Une prochaine réunion aura lieu début 2018 et portera, notamment, sur les « lits de crise » et la mise en œuvre des coopérations autour de situations cliniques.

En 2018, notre équipe enfant-adolescent sollicitera les équipes « Bru-Stars », ou l'inverse, à propos de dossiers cliniques précis. Il est espéré que les attentes, de part et d'autre, s'affinent et débouchent sur des collaborations au bénéfice de certaines indications cliniques de crise ou d'absence de réponse aux soins ambulatoires.

5.3 Activités pour la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois francophones

L'année 2017 a principalement été consacrée à la structuration de la représentation du secteur des services de santé mentale agréé par la Cocof dans ses rapports avec son organe de Coordination agréé par la Cocof, la Ligue bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM).

Dans un premier temps, le pôle patronal et le pôle de représentation des équipes de la Fédération des SSM francophones ont fusionné dans la FSSMBf avec la volonté d'élaborer avec la Ligue une proposition de structuration qui assurerait une représentation lisible et unique de notre secteur auprès de toutes les instances politiques et de nos partenaires du social et de la santé.

À l'issue de réflexions collégiales menées par un groupe de travail paritaire, une assemblée participative a été organisée pour tous les membres de la Ligue afin de leur exposer comment il était possible de concilier une représentation sectorielle avec un pôle d'activités prospectives transsectorielles au sein d'une même ASBL. Le constat réalisé d'une faible participation des membres de la Ligue non service de santé mentale a été un tournant dans ce processus, laissant l'initiative au secteur des SSM francophones pour réformer la Ligue tout en préservant son ouverture aux autres secteurs de la santé mentale.

La FSSMBf souhaite garantir, par la restructuration, sa représentation en tant qu'elle est l'organe de Coordination des SSM francophones tout en développant un pôle prospectif, largement ouvert, sur les questions de santé mentale/santé publique. Ce nouvel ensemble sera complété par la poursuite du pôle de Coordination thématiques en santé mentale dont le travail est alimenté par

nombre de secteurs hors santé mentale traversés par les questions de Précarité, d'Exil ou de santé mentale aux différents âges de la vie, etc...

Entre-temps, la FSSMBf a eu à s'occuper, au sein de l'IFA siégeant au CBCS, des réformes entreprises par l'administration de la Cocof pour l'ensemble des secteurs de l'Ambulatoire Social-Santé concernant, entre autres, l'implémentation d'un recueil de données communs à partir de la définition d'indicateurs qui reflèteraient l'état des besoins de la population bruxelloise ou l'élaboration d'un rapport d'activités standardisé permettant une lecture facilitée et globale des activités et initiatives réalisées par les secteurs. Ce travail intersectoriel est toujours en cours de finalisation.

D'autre part, la Fédération a suivi les processus d'organisation des réseaux issus de la réforme des soins de santé mentale pour les populations adultes (Réseaux 107) et infanto-juvéniles (Bru-Stars) pour lesquels nous vous renvoyons vers le chapitre idoine du présent rapport.

Enfin, la Fédération, via la Ligue en tant qu'ASBL, a soutenu et participé aux recours introduits auprès de la Cours Constitutionnelle contre la loi sur la psychothérapie déposée par la ministre de la Santé Madame Maggie De Block. Suite aux plaidoiries, nous sommes dans l'attente de la réponse de la Cours.

5.4 Coordination sociale de Forest

La Coordination Sociale de Forest (CSF) a pour objectif de faciliter la concertation des acteurs sociaux dans un souci d'identification et d'articulation des actions vers la population. Elle se réunit en une Assemblée Plénière (AP) trimestrielle au cours de laquelle le point est réalisé sur les projets et les groupes de travail. La CSF est une mission du CPAS de Forest subventionnée par la COCOM.

Le Comité de pilotage auquel nous participons et dont le rôle est de soutenir l'action de la coordinatrice dans l'exécution des décisions de la CSF, de programmer les actions de la CSF et d'en contrôler l'exécution, se réunit avant chaque AP. Notre mandat, reconduit pour une durée de trois ans, prendra fin début 2018.

La Coordination Sociale de Forest a poursuivi son action par l'organisation mensuelle de groupes de travail sur les thématiques mises en avant par les membres (Logement, Sida, Santé mentale, Handicap, Jeunes et Alimentation), des « Midi-Formation » (un par mois) qui visent à informer les acteurs de l'associatif forestois sur des changements de législation, le développement de nouvelles politiques ou l'apparition de nouvelles problématiques, des Assemblées plénières trimestrielles au cours desquelles des associations ou des initiatives peuvent se présenter, toutes actions visant à améliorer la connaissance mutuelle des partenaires du monde associatif et à instaurer des liens de collaborations entre eux.

La carte « sociale » de Forest qui reprend l'ensemble des acteurs psycho-médico-sociaux, éducatifs et culturels situés sur une carte du territoire communal complétée par une présentation succincte des acteurs a rapidement été victime de son succès. Une actualisation de la carte et une proposition plus adaptée à son utilisation est en cours de réalisation.

Frédéric Willems (4h/trimestre)

5.4.1 Coordination santé mentale de la Coordination Sociale de Forest

Le groupe de travail « Coordination santé mentale » constitue un sous-groupe de la Coordination Sociale de Forest (CSF) organisée par le CPAS de Forest. Il a été créé à l'instigation du Service de santé mentale l'Adret et s'adresse à tous les acteurs professionnels concernés par les questions de santé mentale sur le territoire de la commune de Forest. La Coordination santé mentale a été conçue comme un espace dévolu aux échanges entre des acteurs de première et de seconde ligne qui rencontrent, dans leurs pratiques, des personnes en grandes difficultés sociales en lien avec une atteinte de leur santé mentale.

Faisant suite à l'évaluation menée par le groupe en début 2017, nous avons décidé, outre le maintien d'un programme de séance de sensibilisation (cf. ci-dessous), d'aller à la rencontre des partenaires forestois afin, d'une part, d'évaluer et d'analyser avec eux la pertinence de la proposition actuelle à savoir un groupe bimensuel qui analyse une situation problème apportée par un partenaire participant avec l'aide d'une grille d'analyse (grille d'Ardoino) et, d'autre part, d'écouter leurs besoins et difficultés, en lien avec des questions de santé mentale, auxquelles ils sont confrontés. À cette occasion, nous avons rencontré l'équipe de la Maison en Plus, l'équipe du Cairn et l'équipe d'Habitat et Rénovation. D'autres rencontres sont d'ores et déjà programmées et nous évaluerons, courant 2018, notre démarche.

Depuis octobre 2014, la Coordination santé mentale propose un cycle de séances de sensibilisation sur des thématiques de santé mentale. Ces moments de rencontres avec les travailleurs du réseau forestois ont pour but de les informer, de partager leurs questions liées à la santé mentale. Au cours de l'année 2017, cinq rencontres thématiques ont été programmées :

- Le 6 février 2017 : Le vécu du migrant.
- Le 20 mars 2017 : Le Burn-out.
- Le 22 mai 2017 : Le rétablissement du point de vue de l'utilisateur.
- Le 23 octobre 2017 : RéZONe, un réseau local de soins de santé mentale.
- Le 18 décembre 2017 : Ressources de la supervision institutionnelle et de la supervision clinique.

Chacune de ces rencontres, organisée un lundi après-midi pendant deux heures, a, en général, connu un franc succès, rassemblant une vingtaine de travailleurs à chaque fois.

Paola Magi, coordinatrice de la CSF assure le cadre des réunions, anime les rencontres, réalise les comptes-rendus et fait le relais tant entre les participants du groupe que vis-à-vis des autres associations de la CSF. Elle assure également la communication des séances de sensibilisation auprès des membres de la CSF.

Sara Leurs (2h/mois)

Frédéric Willems (2h/mois)

5.4.2 Groupe de travail logement au sein de la commune de Forest - Section Diogène

Le groupe de travail a poursuivi ses activités avec les partenaires du réseau qui sont confrontés à des situations relevant du syndrome de Diogène.

Les différentes situations ont été signalées au service logement de la commune de Forest, soit par les agents de quartier ayant accompagné des huissiers au domicile, soit par des voisins, soit par le propriétaire lui-même, alerté par les autres locataires.

Il a été convenu que les premières visites se feraient en duo.

Un travailleur du service logement de Forest, expert dans l'immobilier et une assistante sociale de l'Adret.

Avant d'aller en visite à domicile et pour pouvoir rentrer en contact avec les personnes, un courrier leur avait été adressé leur laissant la possibilité de changer le moment du rendez-vous ; malgré cela, certaines personnes étaient absentes et /ou n'ont pas répondu lors de notre visite et n'ont pas donné suite à notre visite. Notre service suit 3 patients souffrant du syndrome de Diogène à domicile.

Il s'agit de suivis à long terme, deux patients étaient déjà pris en charge en 2016.

Même si le nombre de situations prises en charge est limité pour le moment, il faut souligner combien elles sont chronophages.

Afin de rendre visible notre activité, voici une situation qui illustre notre implication et notre grande mobilisation.

Le service social de l'Adret a été sollicité au début du mois d'avril 2016 par le service logement de la commune de Forest. Ce service avait lui-même été interpellé par l'agent de quartier qui s'était rendu au domicile de l'intéressé quelques jours avant. Il accompagnait un huissier de justice et le serrurier chez Monsieur J., venus déposer un pli judiciaire pour non-paiement de l'impôt cadastral. Dans son rapport l'agent de quartier a mentionné que la porte ne s'ouvrait que de quelques centimètres car des journaux et papiers jonchaient le sol empêchant la porte de s'ouvrir davantage. L'agent a dressé un rapport urgent, estimant que l'état d'encombrement de l'appartement présentait un danger, il craignait un effondrement et/ou un incendie mettant en péril les habitants de l'immeuble. Monsieur habite au 12^{ème} étage d'une tour qui en comprend environ 21.

Un courrier a été adressé à Monsieur avec une proposition de visite à domicile pour le 27/04/2016. Il n'y a pas donné suite. Henri Devondel, du service du logement m'accompagne pour la première visite à domicile. Monsieur ne répond pas à la sonnette en bas. Nous profitons de la sortie d'un habitant pour rentrer dans l'immeuble et nous rendre au 12^{ème} étage. Nous sonnons, aucune réponse. Nous insistons au moins 5 fois avant que l'intéressé nous réponde à travers la porte. Il nous confirme avoir reçu notre courrier et semble fort ennuyé par notre venue, il a égaré le courrier sans cela il aurait remis la visite, il n'est pas prêt et notre venue le stresse énormément. Il comprend que la visite revêt un caractère officiel, il nous demande de patienter. Au bout de 10 minutes d'attente, à appuyer

sur le bouton d'éclairage du hall d'entrée, Monsieur sort de son appartement en entrouvrant à peine la porte d'entrée, juste le temps pour nous de remarquer l'état d'encombrement du sol et d'une petite partie du hall d'entrée. Il referme immédiatement la porte et se place dos à celle-ci comme pour nous barrer l'entrée. Monsieur est sur la défensive, il craint que notre rencontre soit un prétexte pour le mettre sous administration de biens. Il redoute la vente forcée de son logement dont il est propriétaire.

Les semaines précédentes, il a reçu la visite de plusieurs huissiers, parce qu'il ne parvient pas à payer ses factures (énergie, cadastre, frais de copropriété, taxes diverses...). L'entretien se déroule dans le hall, sur le pas de sa porte, rythmé par la minuterie qui s'allume et s'éteint. Nous essayons de le rassurer quant à notre démarche, il reste méfiant, craint que nous soyons mandés par ses créanciers.

Monsieur Devondel l'informe qu'il est mandaté par la commune pour vérifier la solidité du bât et la conformité de l'installation électrique. Il doit rendre compte de l'éventuel danger pour l'intéressé et les voisins en se référant au rapport de l'agent de quartier qui mentionnait des câbles électriques non conformes et un important encombrement.

Je l'informe que je suis assistante sociale et que ma présence a pour but de vérifier s'il bénéficie des aides sociales et/ou des tarifs préférentiels en matière d'énergie et de soins de santé.

Il refuse de nous faire rentrer, nous n'insistons pas, préférant ainsi établir un premier contact. Il craint que nous écrivions un rapport négatif et qu'il soit privé de son logement.

Il est d'accord de nous revoir car il souhaite bénéficier d'une aide financière et des avantages sociaux y afférant.

Nous convenons donc d'un nouveau rendez-vous.

Monsieur repoussera les rendez-vous à plusieurs reprises.

La seconde visite à lieu le 19 mai 2016.

Monsieur n'ouvre pas lorsque nous sonnons via l'interphone.

Nous profitons à nouveau de la sortie d'un habitant pour entrer et prendre l'ascenseur jusqu'à son étage.

Nous sonnons, il répond qu'il est fort occupé et nous demande de patienter.

Il entrouvre la porte d'entrée et cette fois nous invite à rentrer. Nous avons des difficultés à nous faufiler tant l'ouverture de la porte est réduite. Le hall est très sombre. Le sol est couvert de journaux et de publicités encore emballées dans leurs plastiques d'origine, rendant le sol glissant et notre marche difficile.

Nous avons vu la cuisine, le living et une des chambres, le reste de l'appartement est si encombré qu'il est impossible d'accéder à la salle de bain et à une autre chambre.

Monsieur Devondel rassure monsieur quant à la stabilité et aux risques d'effondrement immédiat du sol tout en lui proposant des aides pour vider son logement. En effet, le danger est important d'une part à cause de l'encombrement et d'autre part à cause de l'installation électrique hors norme.

Monsieur dit souffrir de son désordre car il perd des documents et il est d'accord de se faire aider à vider son appartement.

Nous entendons son désarroi pourtant nous estimons qu'il est trop tôt pour proposer l'assistance concrète d'une aide familiale.

À partir de cette visite, monsieur viendra très régulièrement au Centre de santé mentale afin de mettre sa situation sociale en ordre. L'aide financière du CPAS de Forest est intervenue après de longues semaines et de nombreux entretiens au bureau. La difficulté pour l'intéressé résidait essentiellement dans la collecte des documents pour constituer son dossier ; toute démarche était vécue comme un fardeau car tout contact avec l'extérieur est ressenti comme une intrusion. Difficultés qu'il reconnaît volontiers, il dit aussi souffrir de procrastination.

De nombreux accompagnements (CPAS, ONP, administration communale, avocat, Justice de Paix, ...) seront nécessaires pour tenter de comprendre sa situation administrative et sociale et d'autres encore pour parvenir à régler en partie ses problèmes financiers et sociaux.

Lors d'entretiens, Monsieur a exprimé de la souffrance à vivre dans l'encombrement. Je lui ai proposé l'assistance du Service Entr'Aide et Culture. Une visite a été organisée avec René Heylemans afin de lui désigner une aide-ménagère pour l'assister dans le tri et commencer à vider l'appartement. Lors de la visite à domicile, Monsieur a donné son accord pour la mise en place d'une aide. Or, en pratique, à aucun moment, cette aide n'a pu être concrétisée, l'intéressé a d'abord mis en avant le fait qu'il n'avait pas d'argent pour se payer de tels services, puis il a demandé plus de temps pour réfléchir, puis il ne répondait plus au téléphone, ensuite, son téléphone a été coupé faute de paiement, il a changé d'opérateur et de numéro d'appel. René Heylemans a tenté de le contacter régulièrement afin d'établir et/ou maintenir un lien de confiance.

Il devait notamment le conduire aux Restos du Cœur ou à la Grignotière pour y prendre ses repas de midi.

Sans jamais décliner l'offre qui lui avait été faite, l'intéressé s'est organisé pour que la raison de notre première démarche soit relayée en arrière-plan. Il a décidé qu'il prendrait contact lui-même avec Entr'Aide et Culture quand il serait prêt pour vider son appartement.

Voici quelques éléments d'anamnèse relatés par monsieur J. nous éclairant sur sa vie.

Monsieur vit dans son logement depuis plus de 50 ans, celui-ci a été acquis par ses parents, il a toujours vécu avec ses parents. Seul le père avait une activité professionnelle, la maman était femme au foyer. Monsieur J. a commencé à vivre seul lorsque son père, très âgé et malade, a été placé en institution en 1995. Son père est décédé en 1997, sa mère était décédée 10 ans plus tôt et tous les autres membres de sa famille sont morts pendant la seconde guerre mondiale.

Monsieur a été « un enfant caché » il a été séparé de ses parents pendant trois ans afin d'échapper à la déportation.

Il a été un élève brillant, obtenant un diplôme universitaire à 23 ans. Il est pharmacien de profession, il a travaillé quatre jours. Il ne s'est pas adapté au milieu du travail, Monsieur J. explique qu'il était totalement perdu.

Par la suite, il est resté chez lui à étudier, à faire des recherches et à s'occuper de ses parents.

Il n'a jamais eu aucune d'activité, même bénévole ; il dit qu'il utilise son temps à chercher. Il se dit inventeur en mécanique. Il a cotisé quatre jours à la sécurité sociale, il perçoit une pension de 2,39€ par an. Il est juste en ordre de mutuelle et peut bénéficier des remboursements de soins de santé. Monsieur évoque de graves soucis de santé entraînant des frais importants sans jamais s'étendre sur ceux-ci.

Pendant des années il est resté à charge de son père.

Il vit seul depuis 1997. Il explique qu'il n'a jamais eu de relation amicale ou amoureuse, il a toujours vécu dans un grand isolement et reconnaît même un certain repli sur lui-même. Monsieur n'a jamais demandé aucune aide extérieure, il connaît ses voisins de palier de vue, il n'échange jamais avec eux.

C'est après le placement de son père en institution qu'il a commencé à accumuler journaux et dépliantes en tout genre.

Ainsi plusieurs fois par jour, muni de son caddy, il sillonne le quartier, il inspecte les halls d'entrée de grands d'immeubles et s'empare des publicités qui sont passées de date, il les ramène chez lui et les superpose sur les piles rapportées les jours précédents.

À partir de 1997, il vit avec l'héritage laissé par ses parents. En 2014, il a vendu son garage pour pouvoir continuer à se nourrir et à payer ses charges et ses dettes.

Depuis, l'héritage est totalement épuisé. L'intéressé ne peut bénéficier de la GRAPPA à cause de l'héritage reçu il y a moins de 10 ans. Il a introduit une demande d'aide auprès du CPAS de Forest. Il perçoit l'allocation d'intégration sociale en attendant la reconnaissance comme personne handicapée par le SPF sécurité sociale.

Monsieur bénéficie aussi des services du département de médiation de dettes du CPAS de Forest, précieux interlocuteur lui permettant de négocier des échelonnements et/ou des termes et délais auprès de ses créanciers et voire ainsi s'éloigner le spectre de la vente forcée de son unique bien, son appartement.

Il perçoit aussi des colis alimentaires auprès d'Entr'Aide et Culture.

Après plusieurs entretiens et de nombreuses explications, Monsieur a donné son accord pour introduire une demande d'APA (Allocation à la Personne Agée) auprès du SPF Sécurité Sociale. Cette demande a été complétée par le médecin traitant qui n'est plus jamais allé à domicile après 1995, date du transfert du père vers l'institution. Le médecin ignore l'état d'encombrement de l'appartement et n'a mentionné aucun problème psychique dans son rapport.

De ce fait, le SPF Sécurité Sociale a jugé sur dossier sans rencontrer Monsieur J.

L'intéressé n'a pas droit à une allocation pour personne âgée handicapée. Selon le dossier médical en leur possession et selon l'avis du SPF Sécurité Sociale, il n'a pas assez de points en termes de perte d'autonomie pour percevoir une telle allocation. Il faut au moins 7 points.

Après de nombreux entretiens, il consent enfin à rencontrer un avocat pour contester la décision du SPF Sécurité Sociale.

Je l'accompagne afin d'expliquer la situation avec exactitude et introduire un recours contre la décision du SPF Sécurité Sociale devant le Tribunal du Travail.

Le recours est introduit de justesse, le 2/11/2017, la veille de la date limite.

Le médecin psychiatre de l'Adret sera sollicité pour rencontrer l'intéressé, établir un diagnostic psychiatrique et rédiger le nouveau rapport médical pour la contre-expertise devant le tribunal. Le médecin psychiatre, m'accompagne à domicile pour le premier entretien. Il reverra monsieur J. à plusieurs reprises avant la rédaction de son rapport.

Afin d'illustrer la maladie invisible et les difficultés vécues au quotidien, j'ai proposé à Monsieur J. de nous autoriser à prendre des photos et à filmer l'intérieur de son logement pour rendre visible ses énormes problèmes et son manque d'autonomie.

Il a fallu négocier pendant des semaines avant que cela puisse se faire, l'intéressé remettant le rendez-vous de semaine en semaine. Monsieur a donné son accord à condition qu'il n'apparaisse pas sur les photos et le film et qu'on ne l'entende pas. La séance photos a eu lieu le 8 janvier 2018, les photos et le film ont été réalisés par Audrey Guelder. À la fois assistante sociale à l'Adret et photographe professionnelle.

Monsieur est très gêné de nous faire rentrer chez lui.

Nous le rassurons en lui disant qu'il est important que l'expert désigné par le Tribunal du Travail puisse avoir une idée claire de la manière dont il vit chez lui, la manière dont il occupe son espace, comment il vit au quotidien et les difficultés rencontrées. Nous lui disons que les photos permettront de rendre un avis objectif et ainsi le juge aura la possibilité de prendre une décision qui tienne compte de ses problèmes et de son manque d'autonomie réel.

Le logement est encore plus encombré que lors de ma dernière visite avec le psychiatre. Juste derrière la porte d'entrée se trouve son caddy, avec lequel il ramène les dépliants publicitaires qu'il va chercher dans les halls d'entrée des immeubles avoisinants.

Avant de pouvoir entrer dans certaines pièces, il faut d'abord en dégager l'entrée, c'est le cas pour la cuisine, la salle de bain, le hall de nuit. La progression est scabreuse surtout pour ma collègue qui filme ou photographie, elle n'a aucun équilibre tant le sol est jonché de papiers sur au moins 50cm, de plus, l'appartement est mal éclairé. Afin d'obtenir un résultat valable ma collègue travaille avec un flash puissant.

En visionnant le film et les photos, une multitude de constatations quant à sa santé et à son bien-être nous assaillent.

Bien que l'appartement soit très spacieux, l'intéressé nous dit dormir sur le canapé dans le salon, car les chambres sont inaccessibles et encombrées.

L'appartement n'est pas chauffé et cela depuis des années par manque d'entretien de sa chaudière. Il utilise des couvertures pour se protéger du froid même en pleine journée, il nous apprend qu'il dort tout habillé dans le petit canapé dans le living. Il n'a pas d'eau chaude. Il nous dit changer très rarement ses vêtements, ceux-ci sont de temps en temps lavés par une société de pressing.

Il se nourrit essentiellement de pain, de fromage et de fruits. Jamais de repas chaud chez lui, d'ailleurs sa gazinière et la cuisine sont inaccessibles. Monsieur est extrêmement maigre.

Nous ignorons comment monsieur J. peut prendre soin de lui étant donné l'état dans lequel se trouve la salle de bain, l'évier est crasseux et la baignoire l'est encore davantage ; de plus, elle est encombrée d'objets, preuve qu'elle n'a pas servi depuis très longtemps. Nous suspectons même que la baignoire lui serve de toilette. Ses cheveux sont lavés une à deux fois par an lorsqu'il va chez le coiffeur. Son cuir chevelu est parsemé de croûtes.

En plus de son bien-être personnel, il y a aussi sa sécurité et celle de son logement.

Or, Monsieur J. a posé des câbles électriques lui-même, l'électricité n'est plus aux normes, il a créé un circuit lui permettant d'installer internet, merveilleuse fenêtre sur le monde extérieur lui permettant de parfaire ses connaissances et étendre sa culture.

À cela, vient s'ajouter l'état d'encombrement sur le sol qui rend tout déplacement difficile et les chutes possibles car les journaux publicitaires jetés sur le sol sont encore dans leur emballage en plastique. De plus, l'encombrement général est tel qu'en cas d'incendie, le risque de périr est très important, non seulement pour lui, mais aussi pour ses voisins.

Après la séance photos, j'ai revu l'intéressé à plusieurs reprises, je lui ai fait part de mes constatations et de mes inquiétudes. Il ne semble pas concerné, il n'est pas inquiet car cela dure depuis si longtemps...quant à l'encombrement, il ne le voit plus, avec le temps il s'y est habitué ... et d'ailleurs, pour lui, il y a encore de l'espace à combler...

Il attend avec impatience la convocation chez le psychiatre désigné par le Tribunal du Travail, il souhaite que je l'accompagne et que je présente les photos. Il aspire à une seule chose, recevoir une allocation et surtout les arriérés avec lesquels il pourra éponger les dettes vis-à-vis de la copropriété et pouvoir ainsi rester dans son logement.

Les photos et le film vont servir de support lors de la matinée du 8 mai 2018 où sera présenté le travail réalisé par le groupe de travail Diogène.

L.Siddi

2h par mois

5.4.3 Coordination sociale de Forest: groupe "petite enfance"

Depuis le début de l'année, nous nous rendons, à raison d'une fois par mois, au groupe de travail "coordination petite enfance " organisé par la coordination sociale du CPAS de Forest. Nous trouvons intéressant d'y participer afin de mieux connaître et mieux se faire connaître au sein du réseau forestois de la petite enfance.

Dans un premier temps, nous avons fait connaissance avec bon nombre de travailleurs du secteur de la petite enfance (crèches, ONE...), également diverses associations, maisons de quartier, maison d'accueil, centre culturel...

Assez rapidement, nous avons eu l'envie de penser à créer un lieu de rencontre parents-enfants, lieu qui n'existe pas sur Forest et qui répondrait pourtant à une demande

grandissante des familles forestoises. Un lieu où les parents peuvent en rencontrer d'autres, des professionnels, ou simplement venir se poser un temps avec leur enfant.

Afin de réunir le plus d'informations pour l'élaboration de notre projet, nous avons invité différents intervenants ayant de près ou de loin participé à la création d'un projet de ce type. Ces rencontres nous ont permis de nous rendre compte de ce qui était important dans l'élaboration d'un tel projet, de l'étayer, de pouvoir avancer pas à pas dans cette future création.

Nos rencontres vont se poursuivre en 2018 au rythme d'une séance tous les deux mois.

5.5 Le Comité de pilotage de la Cellule d'appui du SMES - B (Santé mentale & Exclusion sociale - Belgique)

Pour rappel, le SMES - B est un réseau de partenaires de terrain. Il a été agréé en 2006 en tant que Réseau Santé par la COCOF, il rassemble, depuis 1993, des professionnels des secteurs de la santé mentale et du social engagés auprès d'une population qui, cumulant grande exclusion sociale et troubles psychiques, accède difficilement à l'aide et aux soins.

Le SMES a réorienté son travail avec le réseau. L'activité pour notre service s'est arrêtée.

Lelia Siddi/5h par an

5.6 Groupe de coordination des logopèdes à la ligue (LBFSM), dans le cadre de la coordination Petite Enfance

Le groupe « logo » de la ligue a lieu une fois par mois le vendredi matin ou le lundi matin (en alternance) de 9h15 à 11h15. Deux heures par mois sont donc proposées aux logopèdes des différents centres de santé mentale de Bruxelles pour réfléchir ensemble à leur travail au sein des SSM. Ce groupe est également ouvert à des logopèdes travaillant en tant qu'indépendantes ou dans d'autres structures, mais pour le moment aucune personne ne s'est présentée dans ce cadre-là. Nous sommes donc, actuellement, de 2 à 6 logopèdes, travaillant en SSM, à nous retrouver une fois par mois dans les locaux de la LBFSM.

Des thématiques de travail sont proposées en début d'année scolaire afin de prévoir, pour l'année à venir, les sujets qui seront abordés en réunion et qui amèneront les unes ou les autres à participer à des conférences, colloques, tables rondes ou formations en lien avec ces thématiques. Les projets de l'année sont donc définis à la rentrée scolaire de septembre (notre activité étant fortement liée aux rythmes scolaires).

Chaque réunion est également l'occasion pour chacune de transmettre les informations concernant le SSM dans lequel elle travaille et de faire part au groupe des « informations diverses » en lien avec notre pratique (formations, conférences, articles ...).

Ce groupe est donc un lieu d'échange et de réflexion sur notre activité de logopède et plus spécifiquement sur notre travail en centre de santé mentale. La diversité de notre travail (séances individuelles, en groupes, dans les SSM, dans les écoles, en école de devoirs, entretiens avec les familles, travail avec le réseau et avec les thérapeutes de nos équipes enfants et adultes, accompagnement des stagiaires, travail au gazouillis ...) est une richesse

mais amène également des questionnements sur notre pratique. L'expérience de chacune et les références théoriques permettent d'alimenter nos échanges et apportent des pistes de réflexions sur notre clinique...

Cette année, le groupe était coordonné par Marie-Louise Meert (La Gerbe) et Anne-Marie Pornel (Ixelles) et ce, jusqu'en juin 2017. À partir de septembre, c'est Anne-Marie Pornel, logopède au SSM d'Ixelles qui a repris seule la coordination du groupe.

Cette année, nos rencontres ont été l'occasion de réfléchir et d'échanger sur :

- Le lien entre la Coordination Thématique Enfance et Santé Mentale Petit de la LBFSM et notre groupe « logo ». Nous avons assuré ce lien en participant à tour de rôle au groupe d'intervision clinique « La Boîte à ressort. Faire réseau aujourd'hui autour de l'enfant en souffrance psychique » qui a lieu une fois par mois. Notre participation a pu être assurée jusqu'en juin 2017 mais n'a pas été maintenue à partir de septembre.
- Le thème du multilinguisme et orthophonie et du bilinguisme des enfants migrants. Expérience du Centre du langage d'Avicenne et l'élaboration d'un outil d'évaluation langagière en langue maternelle pour les enfants allophones et les primo-arrivants (en continuité avec le thème de l'année dernière).
- Retours sur les différents colloques ou formations auxquels nous avons participé.
- Evidence-based practice : réflexions sur l'apport clinique en logopédie et lectures d'articles.
- En lien avec le décret de M. de Block et l'importance de « défendre » la spécificité et la place du travail logopédique en SSM, démarrage d'un recensement de toutes les logopèdes travaillant en SSM (nombreuses prises de contacts, élaboration d'un questionnaire).
- Questionnements et inquiétudes des logopèdes de la reconnaissance de l'orthopédagogie clinique. Une formation en orthopédagogie clinique a démarré à l'université de Mons (accessible aux paramédicaux, psychologues, enseignants,...). La formation s'intéresse principalement aux troubles d'apprentissages, au handicap, au vieillissement et aux dispositifs et aménagements à articuler et penser pour le patient.

Pour ma part, j'observe une grande discontinuité dans la participation de chacune et une difficulté à tenir le « fil » d'une réunion à l'autre. Un sentiment de flottement est dès lors ressenti et rend l'investissement de moins en moins aisé. Une réflexion et un repositionnement de chacune quant à sa participation effective au groupe me semble être nécessaire. La redéfinition du cadre, du projet (intervision ? défense de la profession ?), du sens du groupe devrait être faite. Ce constat remet en question ma participation au groupe pour l'année 2018.

Charlotte Pairon

5.7 La boîte à ressort

Le groupe d'intervision clinique « la boîte à ressort » nous invite à faire réseau, une fois par mois, depuis septembre 2017 entre professionnels de l'enfant en souffrance psychique. Ce groupe permet de rencontrer et de partager les points de vue divers des professionnels dans la clinique de la petite enfance. Ce dernier se déroule dans les locaux de la LBFSM et est coordonné par deux personnes.

Remettre du jeu et du mouvement là où nous rencontrons parfois une certaine inertie dans notre pensée à cause de situations cliniques difficiles. Faire réseau et partager entre professionnels permet de créer du différent et de faire émerger des idées nouvelles ; tels sont les objectifs de ces rencontres mensuelles.

À tour de rôle, nous évoquons un cas clinique qui nous met à mal et en petit groupe nous échangeons et ouvrons la pensée pour faire émerger de nouvelles perspectives de travail. Nous clôturons la fin de la réunion par un tour de table où chacun évoque sa pensée, son émotion du moment.

C. Denneulin : 2heures/mois

6. FORMATION – SUPERVISION – INTERVISION

INFORMATION AU PUBLIC, FORMATIONS ET SUPERVISIONS ASSURÉES PAR LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE

6.1 Formation des stagiaires en logopédie

Le travail de formation-supervision concerne des étudiants de la Haute Ecole Léonard de Vinci que nous envoyons dans les différentes écoles où nous travaillons. Grâce à la présence des stagiaires et à notre travail de collaboration, un nombre plus important d'enfants peuvent être suivis.

6.2 Supervision de l'équipe du SAHAM

En avril 2013, le SAHAM « Service d'Accompagnement à l'autonomie pour personnes présentant un Handicap Mental léger à modéré » situé à Jette, nous a adressé une demande de supervision clinique de l'équipe. Le SAHAM est un service d'accompagnement qui propose également un apprentissage à l'autonomie via la mise à disposition sous conditions de trois appartements accompagnés.

L'équipe se compose actuellement de huit personnes dont un travailleur administratif. Sept membres de l'équipe sont concernés par la demande dont la coordinatrice. Ils sont, au titre de leur formation, éducateur(trice), assistant(e) social(e) ou psychologue.

Une convention a été signée entre les parties et la supervision a débuté au mois de juin 2013. Les demandes de séance de supervision sont adressées en fonction des nouvelles demandes ou situations rencontrées et dont l'équipe souhaite parler. Au cours de l'année 2017, une nouvelle direction a été désignée. La direction a souhaité orienter la supervision vers une supervision institutionnelle. Cette nouvelle orientation a mis fin à la supervision clinique. La nouvelle demande ne pouvait être menée par la même personne. L'équipe a été orientée vers deux centres offrant ce type de travail dans les meilleures conditions.

F. Willems

6.3 Supervision des assistants sociaux de la société de logements sociaux du Foyer du Sud

Les Supervisions avec le Foyer du Sud, société de logements sociaux de Forest et de Saint-Gilles, ont continué jusqu'en juin 2017 à la fréquence d'une supervision d'une heure trente chaque six semaines.

Cette année, en plus d'une analyse des situations de locataires souffrant d'une pathologie mentale, nous avons travaillé avec eux les questions institutionnelles ayant trait à la place de leur service social au sein de l'ensemble des services constituant leur société de logement social mais aussi des questions sur leur fonctionnement d'équipe. En effet, une bonne compréhension des articulations à la fois entre eux en tant que travailleurs sociaux et avec leurs collègues des autres services, leur permet un meilleur suivi des locataires ayant besoin d'aides multiples.

Le travail a été suspendu entre septembre et décembre 2017 pour cause de congés maladies de longue durée dans leur service. Il reprend en ce début 2018.

A. Guelder

P. Jaumaux

2h/mois

6.4 Supervision des Thérapeutes de l'équipe de Thérapluriel

Durant l'année 2017, les supervisions de l'équipe de Thérapluriel se sont poursuivies.

L'équipe se composait de 5 thérapeutes de formations différentes (une psychologue, une assistante en psychologie et trois médiatrices familiales). Dans le cours de l'année, l'une des médiatrices a quitté l'équipe.

Les supervisions cliniques ont lieu à la fréquence de 1h30 toutes les six semaines.

Plusieurs membres de l'équipe ont changé de travail et ont quitté l'équipe.

L'ensemble de l'équipe de Thérapluriel a donc décidé de mettre fin à ses activités. La supervision de décembre a donc clôturé le travail poursuivi.

B. Watillon

1h/mois

7. PROJETS SPÉCIFIQUES

7.1 Antenne « Déficience intellectuelle » – Inclusion ASBL

La déficience intellectuelle atteint environ 3% de la population et entraîne des incapacités et des handicaps qui nécessitent une approche et une réponse spécialisées. En fonction de l'évolution des conceptions actuelles, les personnes présentant une déficience intellectuelle ont besoin d'un soutien spécifique, tout en veillant à leur inclusion au sein de la société.

Le Centre de santé mentale l'Adret a mis en place depuis sa création, une antenne sous la forme d'un service psycho-social spécifique pour ces patients et toute personne impliquée dans leur prise en charge. Ce service développe un pôle de prévention, sous la forme d'activités de formation et de sensibilisation au bénéfice des professionnels des services généraux et des services spécialisés. Il établit de nombreuses collaborations avec des professionnels mais aussi avec des parents de personnes avec une déficience intellectuelle.

Cette antenne se situe au sein des locaux d'Inclusion.

7.1.1 Projet d'Antenne « Déficience intellectuelle »

Ce service développe prioritairement cinq aspects :

- L'aide individuelle ;
- La sensibilisation du public ;
- La formation des professionnels et des familles ;
- La collaboration avec d'autres professionnels spécialisés ;
- La place des personnes déficientes intellectuelles.

d) L'aide individuelle : information, orientation, conseil et médiation auprès des personnes avec une déficience intellectuelle et leurs familles

L'approche individualisée des besoins de la personne et de son entourage, l'amélioration du bien-être d'un point de vue social et psychologique des personnes avec une déficience intellectuelle dans leurs différents milieux de vie, par :

- Des entretiens avec le patient et/ou sa famille et/ou les professionnels travaillant avec lui en vue d'une redéfinition de l'accompagnement psychopédagogique et du suivi social ;
- Un soutien spécifique aux parents face à l'autonomie grandissante de leur enfant ;
- Une orientation vers des personnes ressources, spécialisées dans l'accueil de personnes avec une déficience intellectuelle (psychothérapeutes, juristes, ...) ;
- La recherche et l'orientation vers les structures et services adaptés ;
- Les réponses aux demandes ponctuelles des bénéficiaires, familles, entourage et professionnels du secteur ;

- Des examens d'évaluation de l'intelligence et des comportements adaptatifs ;
- L'établissement d'attestations en vue d'obtenir l'accès aux différents services spécialisés, notamment l'enseignement spécialisé ;
- Le recours au service de préparation à l'Après parents Madras Bruxelles ;
- Des demandes d'accompagnement au Service Madras Bruxelles pour des personnes de grande dépendance qui ont besoin d'interventions plus soutenues ;
- La participation à la recherche de nouvelles réponses correspondant aux besoins des personnes en situation de grande dépendance ;
- La diffusion d'information sur les services existants subsidiés et privés, ainsi que leurs conditions d'accès.

L'assistante sociale répercute vers l'association de parents les besoins non satisfaits à défendre et à promouvoir à un niveau régional et fédéral, ainsi que certains dysfonctionnements.

Pour cette première mission, la psychologue consacre 20% de son temps, secrétariat compris. Pour l'assistante sociale, à raison de 60% dont 35% de gestion, de documentations spécifiques et de secrétariat.

e) La sensibilisation d'un public large en vue de favoriser la compréhension et l'acceptation des personnes avec une personne déficience intellectuelle par :

- La diffusion de l'information la plus actuelle sur différents aspects de la déficience intellectuelle sous forme de conférences-débats, de publications et de séances de sensibilisation pour professionnels de services généraux et spécialisés, des bénévoles, des clubs de loisirs, des mouvements d'éducation permanente, ... et aussi des étudiants ;
- La participation à des groupes de travail où des professionnels de services généraux et spécialisés collaborent (la psychologue à raison de 15% et l'assistante sociale à raison de 20%).

f) La formation et l'information des professionnels et des familles par :

- Des séminaires à thèmes, des formations sur site à la demande ;
- Des séances d'informations et de sensibilisation au sein des sections d'Inclusion asbl ;
- Une mise à jour des connaissances sur la déficience intellectuelle (la psychologue à raison de 50% et l'assistante sociale à raison de 10%).

g) La collaboration avec d'autres professionnels spécialisés sur des thèmes de réflexion concernant la déficience intellectuelle

Le droit à la vie affective et sexuelle, la qualité des services, mesures juridiques, les droits sociaux, la discrimination, la santé mentale, la parentalité, le droit à la prise de parole, le double diagnostic, etc.

h) La place des personnes déficientes intellectuelles

Le développement de formations destinées à favoriser la prise de parole des personnes avec une déficience intellectuelle mais aussi des formations destinées directement aux personnes elles-mêmes (la psychologue à raison de 15% et l'assistante sociale à raison de 10%).

L'Antenne a participé à la réflexion relative à la mise en place des formations à destination des personnes porteuses d'une déficience intellectuelle.

L'Antenne « déficience intellectuelle » de l'Adret travaille en partenariat avec : Inclusion asbl ;

- Les autres associations de parents et de professionnels, proches d'Inclusion asbl, l'AP³ (Association d'Aide aux Personnes polyhandicapées), et l'APEPA (Associations de Parents pour l'Epanouissement des Personnes Autistes) ;
- Les institutions et services qui prennent en charge des personnes porteuses d'une déficience intellectuelle et leurs familles ;
- Le Service Phare ainsi que les écoles d'enseignement spécialisé, les centres psycho-médico-sociaux, les centres de service social, les centres de planning familial, etc.

7.1.2 La déficience intellectuelle et la santé mentale

a) Quelques caractéristiques de la déficience intellectuelle

- D'une part, les limitations significatives du fonctionnement intellectuel affectent le raisonnement, la planification, la résolution de problèmes, la pensée abstraite, la compréhension d'idées complexes et la capacité spontanée d'apprentissages. Ces personnes ont besoin de supports concrets (visuel et tactile) ;
- D'autre part, la personne avec un retard mental présente une grande sensibilité émotionnelle. Comme le mécanisme cognitif est limité, la personne fonctionne plus par son côté émotionnel, elle réagit en tenant compte de l'affectivité qu'elle ressent. À travers les contacts relationnels, elle « enregistre une vibration émotionnelle » (Juhel, J.Ch., 1997).

Il en résulte une expression émotionnelle très intense dans de nombreux moments de la vie quotidienne, avec souvent une compréhension à un premier degré de la situation réelle ou une compréhension inadéquate et l'impossibilité, pour la personne, de verbaliser ce qui lui arrive.

b) Troubles de la santé mentale

Suite aux limitations du fonctionnement intellectuel et à une expression verbale déficiente, la personne vit souvent dans la peur ou encore éprouve de la tristesse face aux situations de la vie quotidienne qu'elle ne comprend pas. Elle aura tendance alors à s'exprimer par un comportement inadapté qui peut prendre différentes formes et une importance variable. Certains comportements inadaptés peuvent s'estomper en fonction d'une prise en compte plus adaptée des besoins de la personne et ce de la part de l'environnement.

D'autres comportements nécessiteront des interventions psychiatriques.

7.1.3 Évaluation du projet de l'Antenne sur l'année 2017

Les personnes déficientes intellectuelles et leurs familles, ainsi que les professionnels, les étudiants et les chercheurs, peuvent rencontrer à l'antenne de l'Adret, des professionnels au fait de la problématique de la déficience intellectuelle, connaissant le secteur tant du point de vue social que psychologique et collaborant avec une association de parents, de frères et sœurs ainsi que de personnes déficientes intellectuelles elles-mêmes.

a) Les contacts individuels avec les personnes déficientes intellectuelles et leurs familles

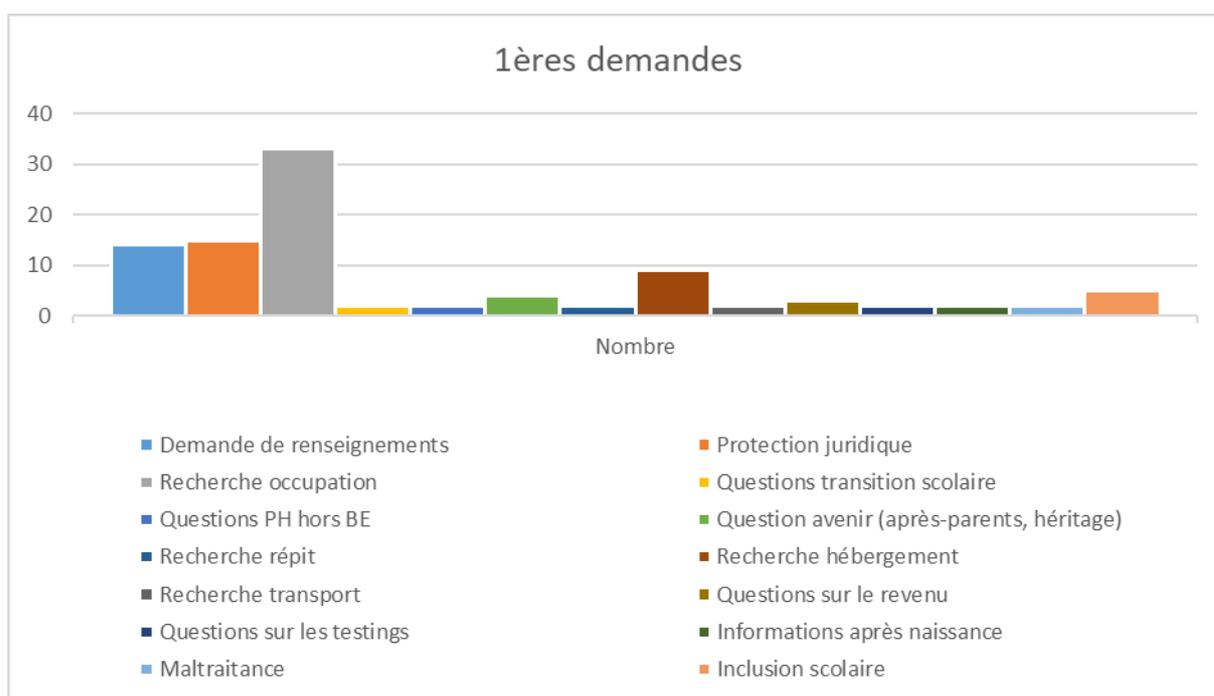
Suite aux appels téléphoniques, aux visites, aux courriers postaux et électroniques que nous recevons, les problématiques les plus souvent rencontrées sont toujours :

- La recherche d'une structure adaptée face au manque de place dans les centres de jour et d'hébergement ;
- Le besoin d'une attestation d'orientation pour une entrée dans une école spécialisée ou un centre de jour ou encore un centre d'hébergement ;
- Le vieillissement parental et le devenir de l'adulte handicapé ainsi que les mesures de protection juridique et leurs conséquences ;
- La difficulté de gérer le quotidien et l'absence de solutions lorsque la déficience intellectuelle est mal connue de la part du réseau naturel, notamment issu de l'immigration, et aussi lorsque la déficience intellectuelle est associée à des troubles comportementaux ou à des handicaps multiples ;
- La discrimination vécue par les personnes handicapées dans de nombreuses situations ;
- La demande de connaître des professionnels ressources connaissant bien la déficience mentale (juristes, thérapeutes, ...) ;
- La recherche de solutions de répit et de dépannage surtout pour les personnes de grande dépendance qui ne bénéficient pas d'un accueil dans une structure adaptée, mais aussi pour les jeunes sans école spécialisée ;
- Des demandes de loisirs adaptés ;
- Les démarches à effectuer lorsque la personne déficiente mentale atteint l'âge de la majorité ;

- L'intégration professionnelle des adultes déficients intellectuels ;
- L'établissement d'un diagnostic éventuel de déficience intellectuelle pour des personnes étrangères qui n'ont pas un permis de séjour sur le territoire belge et qui souhaitent avoir des éléments supplémentaires à faire valoir ;
- L'arrivée en Belgique de personnes issues d'autres pays européens pour les aider à s'orienter dans l'organisation des services en Belgique et en découvrir les conditions d'accès ;
- Le soutien de personnes avec une déficience intellectuelle par un suivi psychologique ;
- La compréhension de comportements dérangeants.

La psychologue et l'assistante sociale ont accompagné trois personnes (et leurs familles) en binômes.

Voici un graphique reprenant les données des 1ères demandes traitées par l'assistante sociale :



Nb : par « recherche d'occupation », nous entendons, recherche d'école, de loisirs, de centre de jour, de bénévolat, d'emploi et de service d'accompagnement.

Nous jouons toujours un rôle de médiation dans différentes situations, principalement entre parents et institutions. Il s'agit le plus souvent d'interventions quand des personnes déficientes intellectuelles sont en procédure d'exclusion ou exclues de leur institution (école, centre de jour, centre d'hébergement).

b) La sensibilisation d'un large public

Nous recevons des demandes de professionnels, tant de services généraux que de services spécialisés, et aussi de groupes de parents, pour des informations concernant des outils d'évaluation (par exemple, l'utilisation de l'échelle belge de comportement adaptatif), des syndromes génétiques particuliers, des sensibilisations à la déficience intellectuelle, des demandes de supervision, de formations, des informations de législation sociale, les procédures administratives à suivre, des adresses de services, l'accueil des enfants déficients intellectuels dans les milieux extrascolaires, :

- Présentation de la nouvelle législation sur les mesures de protection juridique à des parents et à des professionnels ;
- Sensibilisation de jeunes élèves de secondaire au métier d'assistant social dans le secteur du handicap ;
- Organisation et participation à la matinée de sensibilisation du public forestois via « Handicaptive'moi » ;
- Participation à l'organisation du salon EnVie d'Amour qui se déroulera à Namur en avril 2018 ;
- Tenue d'un stand au 20 km de Bruxelles

L'actualisation régulière des informations sociales, médicales, juridiques, etc. ainsi qu'une connaissance régulièrement mise à jour des réglementations du secteur et des différentes approches psychopédagogiques constituent des éléments indispensables pour répondre aux demandes d'informations des familles et des services.

c) Formations

Les formations sont ouvertes à des petits groupes de 6 à 20 personnes et ont abordé divers sujets :

1. Formation des intervenants (parents et professionnels de milieux spécialisés)

- Pour les professionnels travaillant avec des personnes de grande dépendance :
- Formation de 3 journées sur Les Arts plastiques adaptés ;
- Formation de deux journées sur divers outils de communication et les pistes d'intervention pour une meilleure qualité de vie des personnes avec un handicap mental ;
- Trois journées de formation à la vie affective et sexuelle.
- Une journée de sensibilisation à la vie affective.
- Plusieurs journées de formation au facile à lire et une journée d'approfondissement.
- Deux journées de formation sur les aspects fondamentaux de la prise en charge de personnes à double diagnostic : vie psychique, accueil et ateliers.
- Une journée de formation sur les questions approfondies concernant le double diagnostic : la clinique des psychoses et les sanctions.

- Formation de trois journées sur la thématique « Handicap et Multiculturalité ».
- Une journée de formation sur l'Inclusion sociale.
- Deux journées de formation sur le « Deuil chez les personnes avec une déficience mentale : le rôle de l'accompagnateur ».
- Une formation de deux journées de formation sur la douleur chez la personne handicapée vieillissante.
- Une formation de deux journées sur le métier d'éducateur référent entre institution, famille et la personne.
- Deux journées de formation sur la thématique « Comprendre, soutenir et accompagner les frères et les sœurs d'un enfant en situation de handicap mental ».

2. Au sein d'Inclusion

- Préparation et participation active à l'organisation d'une demi-journée sur la prise de parole des personnes avec une déficience intellectuelle.
- Participation à la Journée des Familles, à la journée de mise au vert et à la réunion de fin d'année.

3. Formations sur site

- À la COCOF, sensibilisation de convoyeurs de bus, dans le cadre du ramassage scolaire, à l'accueil de jeunes déficients mentaux.

d) Collaboration avec d'autres professionnels spécialisés

- Participation au groupe de travail Handicap de Forest ;
- Participation à la rédaction de « Inclusion Magazine » ;
- Collaboration autour de projets de formation avec Fratriha ;

Déficience intellectuelle et santé mentale

Les activités liées à cette thématique sont principalement la problématique du double diagnostic « déficience intellectuelle et troubles de santé mentale ».

- Participation au groupe de travail Handicap et Santé Mental de Bruxelles-Capitale.
- Participation de l'assistante sociale à une formation interuniversitaire annuelle (janvier à décembre 2017) sur le double diagnostic.

Activités spécifiques de l'assistante sociale

- L'assistante sociale participe aux réunions des assistantes sociales d'Inclusion ASBL;
- Rencontre avec une étudiante qui avait des questions sur la protection juridique dans le cadre de la rédaction de son mémoire

e) Formations à la prise de parole et formations destinées aux personnes elles-mêmes

1. Formation pour les intervenants

- Deux journées de formation sur « Comment initier un groupe de parole pour des personnes déficientes intellectuelles (adolescentes et adultes) » ;
- Formation d'une journée sur divers outils de communication et les pistes d'intervention pour une meilleure qualité de vie des personnes avec un handicap mental ;

2. Formation pour les personnes avec une déficience intellectuelle

- Une journée de formation « Apprendre à décider ».
- Une journée de formation « Mon corps, j'en prends soin de la tête aux pieds ».
- Une journée de formation « Mon corps : bien-être et beauté ».
- Deux journées de formation « Vivre ensemble : Moi et les autres... Les autres et moi... ! »
- Formation « Vivre en sécurité à la maison, au travail et dans la rue »
- Deux journées de formation « Moi et mes racines : mon histoire, ma famille »
- Deux journées de formation « Nos deuils, nos chagrins... quand ceux qu'on aime ne sont plus là »
- Deux journées de formation « Parlons d'amour »
- Une journée de formation « Reparlons d'amour » (Formation destinée à ceux qui ont suivi la formation « parlons d'amour »)
- Deux journées de formation « Internet : ses plaisirs et ses dangers »
- Une journée de formation « Devenir relecteur de textes faciles à lire et à comprendre »
- Une journée de formation « Parlons d'actualités »

Participation à la préparation de la formation « Apprendre à décider » regroupant les personnes déficientes intellectuelles, leurs proches et les professionnels les accompagnants.

3. Formations suivies par l'assistante sociale et la psychologue

- La psychologue a participé au colloque organisé par l'INSERM « Déficiences intellectuelles : Défis pour l'intervention et la recherche »
- La psychologue et l'assistante sociale ont participé au jeudi de l'hémicycle organisé par le parlement bruxellois sur le thème de la vie affective et sexuelle
- L'assistante sociale a participé au jeudi de l'hémicycle organisé par le parlement bruxellois sur le thème « enfants porteurs de trisomie 21 et les champs des possibles »

- L'assistante sociale a participé au colloque sur l'Inclusion Scolaire organisé par l'ANAHM
- L'assistante sociale a participé à une conférence sur la vie de couples des frères et sœurs de personnes avec une déficience intellectuelle organisée par FRATRIHA
- L'assistante sociale a participé à un colloque sur l'implication des jeunes et de leurs proches au sein du réseau d'aide et de soins.
- L'assistante sociale a participé à une formation interuniversitaire d'une durée d'un an sur le double diagnostic. Formation organisée en partenariat entre l'UNamur, l'UMons et l'ULB.

7.1.4 Perspectives pour 2018

L'Antenne poursuit son travail dans le cadre de la santé communautaire. Les activités développées durant l'année 2017 confirment bien cette orientation, dans le souci de la qualité de vie des personnes avec une déficience intellectuelle. Cette perspective implique un meilleur ajustement des réponses données par les professionnels et les parents aux besoins des personnes concernées pour améliorer leur vie quotidienne au sein d'une société inclusive.

Les thèmes prioritaires restent la problématique du double diagnostic, d'une part, et la place des parents dans le partage des savoirs, d'autre part.

La place de la personne avec une déficience intellectuelle, comme partenaire principal, constitue plus que jamais le fil conducteur de nos interventions. Dans cette perspective, il s'avère important de donner la parole aux personnes avec une déficience intellectuelle et d'entendre leurs préoccupations. Concernant les personnes de grande dépendance, elles ont également besoin d'être reconnues au travers de leur langage non verbal.

Combiner les réponses individuelles à donner aux besoins des personnes déficientes intellectuelles et les activités de prévention constituent les axes essentiels de l'action de l'antenne déficience intellectuelle de l'Adret.

Dans le cadre de la santé mentale, il est important d'œuvrer dans le sens d'une plus grande prise en compte par les professionnels concernés de la qualité de vie des personnes déficientes intellectuelles qui, non comprises et non reconnues, peuvent développer des troubles du comportement et éventuellement des troubles psychiatriques. L'assistante sociale espère mettre en pratique et faire référence à tout ce qu'elle a appris durant son année de formation en double diagnostic. Un changement d'horaire en 2018, permettra également à l'assistante sociale de participer à nouveau aux différents groupes de travail organisé dont le groupe de travail handicap et santé mentale.

La participation de la psychologue et l'assistante sociale au prochain Salon EnVie d'Amour de Namur sera également un projet important pour l'année 2018 avec toute l'organisation qui en découle.

8. DÉMARCHE D'ÉVALUATION QUALITATIVE (DEQ)

8.1 DEQ 2017-2019

Pour rappel, la Démarche d'Evaluation Qualitative (DEQ) a été inscrite dans le décret "relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé" du 5 mars 2009 et définie dans l'article 169 § 1^{er} : "vise à l'amélioration du service proposé aux bénéficiaires et à la population dans son ensemble en termes de prévention, d'action ou de soin, compte tenu des moyens disponibles en effectifs, ressources financières et structures".

La circulaire (novembre 2012) de la Commission Communautaire Française (Cocof) relative à la Démarche d'Evaluation Qualitative précisant différentes modalités de la DEQ définit, en son annexe 5, un modèle reprenant les données minimales devant apparaître dans le rapport d'activités afin de permettre à l'administration de constater l'effectivité du développement du projet DEQ. Ce modèle sera, donc, en vigueur dans la présentation qui suit.

Rappel du (des) thèmes du projet

Cette nouvelle DEQ a pour thème « Le travail en équipe » et plus précisément « Les Services de Santé Mentale face aux situations complexes et/ou chroniques, une démarche d'évaluation qualitative des pratiques cliniques et de réseau dans une perspective thérapeutique ».

Coordonnées de la personne de contact au sein du service pour le projet DEQ

Nom : S. Leurs

Tel : 02/344.32.93

Email : csm.adret@skynet.be

Présentation des objectifs déclarés dans le formulaire « projet DEQ » introduit et leur évolution éventuelle

Lors de cette nouvelle DEQ, notre Service vise à « s'interroger sur et évaluer les pratiques des équipes pluridisciplinaires au sein du SSM autour de situations complexes et/ou chroniques », identifier et mettre en évidence « ce qui fait soin » dans les pratiques avec ces publics, que ce soit au niveau clinique ou au niveau du réseau (réseau du sujet, réseau de prise en charge, réseau de soin). Partager cette thématique avec d'autres SSM présente une plus-value à notre DEQ..

Par « chronique », nous entendons des problématiques de santé mentale de longue durée et par « complexe » des problématiques de santé mentale qui nécessitent, au minimum, un suivi pluridisciplinaire de proximité.

Nous entreprenons cette recherche en plusieurs temps programmés sur les trois années tels que décrit dans les tableaux ci-dessous.

Phase 1 (2017) : Co-analyse participative

Demi Jour 1	Etape 0	Présentation de l'objet, du contexte de travail, et de la méthode à l'aide d'un support powerpoint didactique
	Etape 1	Propositions de récits : Chaque acteur propose deux récits (un + et un -) emblématiques de la problématique
	Etape 2	Constats : Chaque acteur réagit à un ou deux récits de son choix et propose un ou deux constats qui lui semblent centraux eu égard aux enjeux soulevés dans les récits
	Etape 3	Réactions : Chaque acteur réagit aux constats des autres participants

Suite à cette première phase en MAG impliquant un nombre restreint de travailleurs, l'équipe a discuté et analysé les différents résultats dégagés par Raphael Darquenne lors de deux réunions. Nous avons également rencontré les autres SSM partageant notre méthodologie afin de croiser cette analyse de nos pratiques.

Phase 2 (2018) : Affinage de l'analyse

Phase 2.1 : Affinage et AFOM

Demi Jour 2	Etape 0	Présentation de l'objet, du contexte de travail, de la méthode et du rapport de la phase 1 à l'aide d'un support powerpoint didactique
	Etape 1	Tour de table « constats-récits » : Chaque acteur propose des constats et/ou récits complémentaires permettant de compléter l'analyse
	Etape 2	Tour de table « réactions » Chaque acteur réagit à un ou deux récits et/ou constats de son choix et propose des éléments d'analyse qui lui semblent centraux eu égard aux enjeux soulevés
	Etape 3	Analyse AFOM collective

Phase 2.2 : Co-analyse factorielle

Demi Jour 3	Etape 0	Présentation de l'analyse partagée 1 et réactions des participants à l'aide d'un support powerpoint didactique
--------------------	----------------	---

	Etape 1	Analyse factorielle
	Etape 2	Analyse ACAN
	Etape 3	Débat « libre » sur les enjeux et perspectives soulevés et les suites à y donner

Phase 3 (2019) : Perspectives et rapport

Phase 3.1 : Vision et pistes d'action

Demi Jour 4	Etape 0	Présentation de l'analyse partagée de la phase 2 et réactions des participants à l'aide d'un support powerpoint didactique
	Etape 1	Propositions de visions à l'horizon 2020
	Etape 2	Propositions de pistes d'action concrètes à mettre en œuvre à moyen terme pour agir sur les facteurs identifiés dans la phase 2
	Etape 3	Débat « libre » sur les perspectives

Phase 3.2 : Stratégies, objectifs et actions

Demi Jour 5	Etape 0	Présentation des perspectives de la phase 3.1 et réactions des participants à l'aide d'un support powerpoint didactique
	Etape 1	Traduction des perspectives en termes de stratégie d'action
	Etape 2	Traductions des perspectives en termes d'objectifs et d'actions
	Etape 3	Débat « libre » sur les suites à donner au projet

Les activités témoignant d'une dynamique collective dans la mise en œuvre de la DEQ au sein du service

Activités concernant tous les membres de l'équipe :

- Réunion interne (30/03/2017)
- Réunion interne (26/10/2017)
- Réunion interne (14/12/2017)

Activités concernant une partie de l'équipe et/ou des professionnels extérieurs :

- Réunion avec une partie de l'équipe – Méthode d'analyse en groupe (20/04/2017)
 - Réunion avec les SSM Anaïs, La Gerbe, Primavera et Raphael Darquenne (23/11/2017)
- Les constats concernant les effets produits (ou non) par le projet DEQ sur les activités et/ou la gestion du service

Nous sommes en constantes réflexion et recherche sur l'articulation du travail à plusieurs dans notre centre pour la prise en charge de situation chronique et complexe. Cette DEQ s'inscrit dans le prolongement de nos questions cliniques quotidiennes.

Nous rappelons que nous avons commencé à travailler sur la Deq 2017-2019 dès 2016, lors de six réunions avec des partenaires ressources, afin d'élaborer la méthodologie de notre démarche dont la thématique est partagée avec quatre autres services de santé mentale. Ces réunions présentaient une charge importante de travail, toutefois nous avons bénéficié en 2017 de cette organisation préalable.

Comme précédemment, un effet important de cette démarche concernant la place de la DEQ dans l'organisation des réunions d'équipe, la nécessité de donner du sens à cette démarche et notre engagement sur notre objectif, est une mobilisation de moyens importants. En effet, l'investissement pour la DEQ peut se traduire en termes de temps de travail que l'équipe souhaiterait prioriser pour d'autres projets. De plus, à nouveau, nous faisons appel à un intervenant externe dont la rémunération dépasse la somme attribuée à la DEQ. Nous écrivions : « Ces quatre effets produits (manque de sens, frustration, surcharge de travail et ignorance de nos réalités de travail) ont une incidence sur l'augmentation de la pénibilité du travail ressentie par les travailleurs ». Le chargé de la DEQ précédente s'est proposé à nouveau à cette fonction car le travail associé apparaît trop pénible aux travailleurs que pour permettre un relais au sein de l'équipe.

À la lumière des activités déployées, la pénibilité n'est peut-être pas très visible, mais il s'agissait d'un sentiment partagé pour les DEQ précédentes et que nous rencontrons également pour cette troisième DEQ.

- Les actions entreprises par le service en termes d'information, de sensibilisation, de formation continue ou d'accompagnement des travailleurs du service en lien direct avec le projet DEQ

Nous n'avons pas entrepris d'action particulière de cet ordre cette année. Notons toutefois que nos activités habituelles de formations continues rencontrent cette thématique centrale de notre travail.

9. ORGANISATION DE L'ÉQUIPE

9.1 Les réunions

Réunions Cliniques

Ces réunions hebdomadaires ont lieu tous les jeudis de 8h30 à 10h00. L'équipe « Enfant/Adolescents » et l'équipe « Adulte » se réunissent séparément. Au cours de ces réunions, les travailleurs présentent :

- Les premières demandes d'aide des patients. Après l'analyse de la situation, il est proposé soit une prise en charge psychothérapeutique, soit un traitement médical, soit un accompagnement psycho-social, soit une prise en charge paramédicale. Cet accompagnement peut se faire au centre ou à domicile. Il arrive que des patients soient orientés vers d'autres services en fonction de leur situation personnelle ou de la problématique qui est posée.
- Des situations plus complexes de patients qui ont déjà une prise en charge multidisciplinaire ou pas, qui nécessitent une réflexion partagée avec les autres intervenants de l'équipe.

Réunions Institutionnelles

Elles ont lieu toutes les semaines, le jeudi de 10h30 à 12h. C'est le moment où l'on aborde les questions liées au fonctionnement de l'équipe, à l'organisation du travail, aux permanences, à l'accueil des patients, etc...

Elles se poursuivent, entre 11h et 12h, selon une programmation annuelle préétablie, par :

- des **réunions de coordination générale** ou de **coordination « Enfant »** ou de **coordination « Adulte »** : temps d'évaluation des activités de prévention, de coordination et des projets spécifiques, mais aussi des réflexions concernant la politique de travail en santé mentale (chacune une fois par trimestre),

- des **réunions retours/rencontres/divers** : présentation à l'équipe des retours et/ou des réflexions à propos des réunions sectorielles, des groupes de travail extérieurs, des conférences, journées d'études, séminaires extérieurs auxquels le personnel a assisté et/ou des rencontres avec des équipes ou des professionnels partenaires qui souhaitent se présenter (tous les quinze jours).

- des **réunions cliniques enfant/adulte** : présentation de situations cliniques concernant les deux équipes (réunion mensuelle),

- des **séminaires théorico-cliniques** : présentation de lecture commune et échanges sur les pratiques (réunion mensuelle).

Lorsqu'une **supervision d'équipe, clinique ou institutionnel**, est mise en œuvre pour l'ensemble des équipes ou pour l'une des deux équipes, elle prend place au cours de cette matinée consacrée aux réunions d'équipe, après ou avant, un temps, en équipe séparée, de traitement des nouvelles demandes hebdomadaires.

Au cours de cette année, l'équipe « Adulte » du centre a bénéficié de cinq séances de supervision clinique avec Mme Marie-France Dispaux.

Nous organisons également un « Comité bien-être », trois membres de notre équipe participent à l'amélioration des conditions de travail par l'aménagement, l'équipement et la décoration des bureaux, des espaces communs et d'accueil, de la salle d'attente..., favorisant le bien-être au travail et le bien-être des bénéficiaires.

Par ailleurs deux membres de l'équipe sont en formation permanente de secourisme ainsi que deux autres membres de l'équipe sont en formation dans le cadre de la lutte contre l'incendie et ceci conformément au prescrit légal de la loi sur la prévention au travail.

Enfin, chaque projet spécifique (Inclusion) ou de prévention (Gazouillis, Pause-café, l'Atelier Cuisine, groupes de stimulation du langage, stages) organise ses réunions en fonction de ses nécessités propres.

9.2 Formation

Le plan de formation, pour l'année 2017, s'est inscrit dans la continuité des plans précédents. Nous avons poursuivi notre réflexion concernant l'évolution des pathologies liées aux modifications économiques, sociales et culturelles de la société. Parallèlement, nous avons tenté d'élaborer l'incidence de ces changements sur les suivis des patients, le travail pluridisciplinaire et l'articulation du travail avec les réseaux. Enfin, la nécessité de penser l'accueil, l'accessibilité aux soins et l'information des usagers constitue, dans notre service, un axe de réflexion permanent.

L'ouverture et la variété des sujets ont permis à tous les membres de notre équipe de poursuivre ou d'entreprendre une formation continuée. Tous les projets de formation qui ont trait à l'articulation entre la santé mentale et les projets spécifiques repris par notre centre ont également été soutenus.

La politique de l'équipe concernant la formation du personnel consiste à :

- Soutenir un travail de réflexion individuel par des supervisions et des formations.
- Participer à des journées d'études, conférences, colloques, séminaires, lectures de livres ou d'articles, etc. en lien avec les thèmes proposés.
- À partir de lectures au sujet des thèmes proposés, organiser des séminaires ou des inter-visions au sein de l'équipe, en invitant des professionnels travaillant dans le domaine concerné.

Chaque demande de participation à une formation doit être en lien avec le travail dans le centre et les thèmes proposés pour l'année en cours. Toutes les demandes sont présentées, pour approbation, à l'équipe pluridisciplinaire.

Le personnel administratif et d'entretien peut également bénéficier de formations en lien avec le travail qu'il effectue dans le centre ou en lien avec la ou les thématiques en cours et ce aux mêmes conditions que les autres membres du personnel.

Le temps de formation pour chaque membre du personnel est considéré comme du temps de travail à concurrence de 10 % du temps horaire prévu dans son contrat de travail.

Liste des principales institutions organisant les journées d'études, colloques et séminaires auxquels des membres du personnel ont participé en 2017 :

- ARPP : « Honte, culpabilité et traumatisme », Journée d'étude.
- LWSM asbl : « De quoi la Santé mentale est-elle le nom ? », Conférence.
- UMONS : « Les Déficiences Intellectuelles », Colloque.
- Les Ateliers des Droits Sociaux asbl, Cycle de rencontres.
- ABOBB asbl : « La méthode d'Esther Bick », Matinée de travail.
- Familles Plurielles asbl : « Dessine-moi un horizon », Colloque.
- La Maison du conte de Bruxelles asbl, Formation à l'art du conte.
- ALFEST asbl : « Psychotraumatismes : attentats de Bruxelles, un an après : bilan et perspectives », Journées scientifiques.
- ARTD asbl : « Interventions, co-interventions, en atelier, en individuel », Matinée théorico-clinique.
- PFCSM asbl : « Paroles d'Usagers, paroles de Professionnels : Politiques de soin en pratiques », Journée d'études.
- RéSSYF asbl : « Journées cliniques avec Maurizio Andolfi », Journées d'études.
- Assemblages asbl : « La désobéissance », Colloque.
- ABIPFS asbl : « Les mannequins en bois, un objet flottant ? », Journée d'études.
- Centre Génération Avenir : « Réflexes du cœur », Atelier.
- SOS enfants-ULB : « Au service de l'enfant en danger..., Congrès.
- Epsilon : « Psychiatrie et pathologies contemporaines », Journée d'études.
- Centre Chapelle-aux-Champs asbl : L'avenir des origines », Colloque.
- Paroles d'enfants asbl : « Il était une fois le conte, outil thérapeutique dans le travail avec les enfants en difficultés, Formation.
- WAIMH : « Bébé-Ecrans-Parents », Colloque.
- Le Méridien asbl : « 4^{ième} rencontres Approches contextuelles », Journées d'études.
- PF-RCC : « Implication des usagers dans RHESEAU », Colloque.
- Fonds Houtman (ONE) : « Optimiser l'accompagnement de l'enfant exposé aux violences intrafamiliales ou victime de maltraitance sexuelle », Colloque.
- SRMMB : « Le ventre : une nouvelle cible thérapeutique pour la psychiatrie ? », Journée d'études.
- LWSM asbl : « Les nouvelles politiques en santé mentale - Enjeux et risques. Pourquoi résister ? », Conférence.

9.3 Représentations

Notre service est représenté dans nos instances fédératives ou de Coordination telles que la LBFSM, la FSSMBf, la FESSMB et dans un lieu de concertation Bruxellois pour la santé mentale, la PFCSM ainsi que dans différentes associations par notre participation à des comités stratégiques « Réseau » dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale (Comité Réseau Régional, Hermèsplus, RÉZONe), aux réunions de coordination ou d'informations comme nous les avons présentées dans ce rapport mais, aussi, par notre présence aux assemblées générales et conseils d'administration d'associations dont l'objectif vise l'intégration sociale des personnes par ex : l'a.s.b.l. « Partenariat Marconi », l'a.s.b.l. « Mission Locale de Forest », l'asbl « SMESB » ou aux Assemblées Plénières de la Coordination Sociale de Forest.

10. PERSPECTIVES 2018

« Notre secteur a un urgent besoin de mettre en relation ses modèles de soins de santé mentale avec ses pratiques afin de convaincre les pouvoirs politiques des spécificités de ses pratiques multidisciplinaires et transversales adressées à des personnes malades mentales dont le soin et l'accompagnement méritent le renforcement d'équipes professionnelles dédiées. », telle était la conclusion, tournée vers le monde politique, de notre rapport d'activités 2016.

Ces dernières années, les équipes du centre ont initié diverses réflexions orientées vers le développement d'activités de prévention et de santé communautaire. Ainsi l'équipe « Enfant », déjà fortement investie et depuis de nombreuses années, dans le Gazouillis (Maison Verte) et les groupes de stimulation du langage auprès des écoles communales de Forest, a organisé des stages de soutien du langage pendant les périodes de vacances scolaires. Par ailleurs, l'équipe « Adulte » a proposé l'« Atelier Cuisine » et « Pause-café ».

L'« Atelier Cuisine » a rencontré un franc succès. Limité dans le temps (une fois par mois) et par l'accueil d'un petit nombre de personnes, celui-ci a rapidement trouvé son rythme de croisière. Une évaluation de la demande devrait nous apprendre si l'offre est actuellement suffisante ou devrait être renforcée à l'avenir.

« Pause-café », étant donné les conditions de son démarrage (s'adresser à des usagers du centre, ouvrir une fois par semaine, équipe variable), doit connaître quelques ajustements (ouverture à tous les usagers de soins de santé mentale, stabilisation de l'effectif de l'équipe) pour que son offre soit pleinement rencontrée. Le lent début d'une telle activité d'accueil est normal et ne remet nullement sa pertinence en question.

Dans le cadre de RÉZONe, un groupe de travail est consacré à la création d'un lieu d'accueil bas-seuil ou sans condition. Celui-ci verra peut-être déjà le jour dans le courant de l'année 2018. Il nécessitera, outre des moyens matériels (local, équipement, financement du fonctionnement), du personnel professionnel pour garantir à ce lieu de vie sociale sa continuité au-delà de l'engagement des usagers dans la vie du projet. Nous devons envisager de trouver parmi les partenaires les ressources humaines indispensables via des mises à disposition de personnel.

La participation à ces activités demandera une réallocation des ressources du personnel du centre pour répondre à la présence qu'elle réclame. Une réflexion a débuté au sein des équipes du centre à ce sujet.

Une nouvelle inconnue dans la poursuite de nos activités de soins réside dans l'installation progressive d'équipes mobiles de crise tant du côté de « Bru-Stars » que du « Réseau Régional Adulte ». Leurs sollicitations jusqu'ici, selon notre expérience, assez discrètes et en relation avec la nature des demandes (cfr Tandemplus), nous permettra d'élaborer des collaborations qui devront tenir compte de nos ressources et de notre temporalité d'intervention.

Le suivi, pendant et au-delà de la crise, de l'utilisateur dans son milieu de vie et sur une longue durée fait partie intégrante de nos missions et de notre travail quotidien. Cette fonction, appelée 2b, d'équipe mobile de soins de longue durée dans le milieu de vie de la personne est, en tout ou en partie, notre rôle et est inscrite dans notre modèle de soins de santé mentale.

Ce rôle sera, sans doute, dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale, déterminé par le positionnement des équipes mobiles de crises, appelée 2 a, selon qu'elles seront, par exemple, d'éventuel trait d'union entre l'hôpital et l'ambulatoire, adossées à l'un ou à l'autre, ou équipe autonome dont la liberté thérapeutique soulignera la meilleure indication, le meilleur accompagnement, pour l'utilisateur consentant.

Nous avons, volontairement, mis entre parenthèses les nombreuses réformes et échéances politiques et administratives dont notre secteur fait l'objet pour nous concentrer sur l'évolution de nos pratiques.

À la veille de deux échéances électorales (Communale et puis Fédérale-Régionale) nous devons, au cours des mois à venir, peaufiner nos revendications sectorielles en santé mentale et intersectorielles de l'ambulatoire social-santé dans un mémorandum en préparation.

Entre-temps, nous assisterons à la mise en place d'Iris-Care (petit INAMI bruxellois) et à la restructuration de notre organe de Représentation et de Coordination, deux étapes qui nous permettront de clarifier quelque peu le paysage de la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale.

F. Willems

Coordinateur du CSM l'Adret

REPERTOIRE D'ABREVIATIONS

A.Fr.A.H.M	: Association Francophone d'aide aux Handicapés Mentaux
AP3	: Association d'Aide aux Personnes Polyhandicapées
APEM	: Association d'Aide aux Personnes Trisomiques
APEPA	: Association de Parents pour l'Epanouissement des Personnes Autistes
AQIS	: Association Québécoise pour l'Intégration Sociale
AWIPH	: Fonds d'Intégration Sociale et Professionnelle des Personnes Handicapées
CMP	: Centre Médico Psychologique du Service Social Juif
CoCoF	: Commission Communautaire Francophone
CPAS	: Centre Public d'Aide Sociale
CSF	: Coordination Sociale de Forest
DEQ	: Démarche d'Evaluation Qualitative
ETA	: Entreprise de travail adapté
FSSMB	: Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois
FESSMB	: Fédération des Employeurs des Services de Santé Mentale
IMP	: Institut Médico Pédagogique
IMS	: Inspection – Médico - Social
LBFSM	: Ligue Bruxelloise Francophone pour la santé mentale
MLOC	: Mission Locale
MAG	: Méthode d'Analyse en Groupe
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PFCSM	: Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale
PMS	: Centre Psycho-Médico-Social
SAJ	: Service d'Aide à la Jeunesse
SaMOA	: Santé Mentale en Milieu Ouvert en Afrique
SAP	: Service d'Aide Précoce
SETIS	: Service de Traduction et d'Interprétariat en milieu Social Bruxellois
SMES	: Santé Mentale & Exclusion sociale-Belgique
TPJ	: Tribunal de Protection à la Jeunesse

11. ANNEXES