

Projet SAMENTA
Rapport d'activités (février 2008 –
décembre 2008)

Plate – Forme des Régions Charleroi et du Centre
(PFRCC)
Relais Social Urbain de La Louvière (RSULL)

D.Leborgne

Plan

A. Rappel et synthèse du projet Samenta

B. Premier axe : le réseau

B.1. Principes généraux

B.2. Les interventions

B.3. Les conférences

C. Deuxième axe : structure de concertation d'urgence psychosociale

C.1. Constat de départ

C.2. Objectif

C.3. Public cible : le « profil » SAMENTA

C.4. Institutions partenaires

C.5. Processus d'activation

D. Troisième axe : connaissance des partenaires directement concernés par le public cible

E. Quatrième axe : mise en place d'une structure d'intervention mobile

E.1. Introduction

E.2. Points de repères

E.3. Quelques objectifs généraux

E.4. Les structures concernées

E.5. Objectif général et description des structures

E.6. Les questions à se poser

F. Cinquième axe : points de repères pour la mise en place d'un abri de nuit à La Louvière

G. En guise de conclusion

A. Rappel et synthèse du projet Samenta

« Depuis de nombreuses années, à La Louvière, comme partout dans les pays industrialisés, et probablement ailleurs aussi, de plus en plus de personnes gravement désocialisées, mettent en échec les politiques de soins et de services en santé mentale ».

Ne sachant plus que faire en terme de réinsertion face à des personnes qui ne vont pas bien, qui présentent des troubles du comportement sans être l'expression nécessairement d'une maladie mentale, qui rencontrent des difficultés d'être et d'agir dans leur vie, les soignants, pris au sens large, constatent leur propre malaise et leur besoin de confronter leurs expériences. »

La première année du projet a permis à Claire Colette de réaliser une recherche sur la problématique. Les rencontres avec les services concernés par la prise en charge de personnes définies comme chaotiques a fourni un matériel très riche, des réunions/intervisions ont été initiées et ont déjà permis de construire un réseau spécifique basé sur la réflexion et la recherche de solutions pour travailler des situations complexes. Enfin, le colloque de mars 2008 « et si on changeait le métier », a enrichi le débat et développé le réseau.

La seconde partie du projet était basée sur un objectif spécifique à savoir l'opérationnalisation d'un dispositif de prise en charge des personnes chaotiques à La Louvière.

Si l'on considère la période dévolue au projet pilote (fin en décembre 2008) et la définition de l'opérationnalisation comme « le fait de faire correspondre des opérations spécifiques à une situation donnée », il était important de développer des actions concrètes et réalisables dans le laps de temps possible.

C'est donc dans ce cadre que le projet s'est développé, à partir de février 2008, autour de cinq axes que nous essayerons de synthétiser dans ce rapport.

Ces axes sont :

1. Le réseau avec les interventions et les conférences ;
2. Une structure de concertation d'urgence psychosociale ;
3. La connaissance des partenaires directement concernés par le public cible ;
4. Les préalables pour la mise en place d'une structure d'intervention mobile ;
5. Etablissement de points de repères pour la mise en place d'un abri de nuit à La Louvière.

B. Premier axe : le réseau

Afin de resituer une approche en réseau comme première modalité pratique d'un dispositif de prise en charge du public cible de SAMENTA, il est utile de reprendre un certain nombre de principes généraux du concept et de ses applications au projet.

B.1. Principes généraux

Le réseau SAMENTA est un réseau rassemblant des professionnels qui :

- Est à l'initiative des professionnels ;
- Se centre sur les usagers ;
- Offre des possibilités d'intervision et d'apprentissage ;
- Pour lequel le choix des partenaires est déterminé par la problématique.

Pour que le réseau SAMENTA puisse vivre, il faut des outils comme des positionnements précis sur un territoire, des outils d'animation, des outils d'analyse et de formation, des outils de communication.

Le réseau SAMENTA a donc été construit par les acteurs d'un territoire par rapport à une problématique difficile et qui exige de mutualiser les compétences entre le social et le médical.

La complexité d'un projet comme SAMENTA (changement dans les attitudes et les modes de vie des personnes, déplacements fréquents de ces populations.....) fait qu'il est impossible de travailler cette problématique via un seul champs d'intervention.

Le réseau permet la capitalisation puisque :

- Cela produit des savoirs adaptés aux réalités locales des intervenants par rapport aux concepts, aux données, aux connaissances, aux méthodes, aux outils utilisée par les intervenants dans leurs prises en charge ;
- Cela produit un savoir faire renforcé utile pour le travail quotidien
- Cela permet d'acquérir un savoir être dans la réflexion et dans la préparation des actions

B.2. Les interventions

C'est donc dans ce contexte que le développement et la continuité des interventions et des conférences à thème est essentiel.

En ce qui concerne les interventions, le cadre général de travail comprenait l'accord des participants sur la définition suivante :

« Une intervention est une façon structurée d'échanger entre collègues. C'est aussi une façon d'apprendre en approfondissant des situations-problèmes individuels en groupe. On cherche ensemble quels sont précisément les facteurs sous-jacents au problème et quelles pourraient être les solutions possibles.

Finally, the « bearer of the problem » defines which useful elements it takes from the discussion and how it plans to put them into practice in the future. Learning from and with others is one of the main factors by which the social link in a group is formed. Intervention requires openness and trust between the members of the group.

Intervention is indicated when one seeks to better understand one's action and to search for alternatives, when one seeks to generate solutions with the help and expertise of colleagues, when one seeks to build together a common way of acting. »

Le canevas général de présentation des différentes situations par les partenaires était le suivant :

- Dans quelle circonstance avez-vous rencontré la personne (contexte, lieu, envoi d'un service....) ;
- Connaissez-vous déjà cette personne avant et si oui, quel était le contexte ;
- Quelles sont les informations que vous avez sur : âge, situation familiale, situation financière, logement....
- La personne avait-elle une demande et comment est-elle exprimée ;
- Comment pourriez-vous décrire la problématique ;
- Quelles réponses étaient possibles ;
- La personne a-t-elle sollicité d'autres services ou intervenants, lesquels ;
- Quelles sont vos hypothèses par rapport à la situation de cette personne ;
- Quelles ont été les difficultés dans cette situation ;
- Quelles sont les questions que cette situation vous fait penser ;

Les règles de fonctionnement des interventions :

- La participation aux rencontres se fait sur base volontaire ;
- Les participants ont l'autorisation de leur hiérarchie ;
- Dans la mesure du possible (maintien du contact par exemple), la personne est informée que sa situation va être évoquée en intervention ;
- Utiliser des prénoms d'emprunt en évoquant la personne ;
- La pratique de l'intervention oblige au partage du secret et de la confidentialité ;
- Il s'agit d'un échange, il ne s'agit pas d'une supervision personnelle ni d'une synthèse clinique.

Principales thématiques abordées

Le contenu complet des interventions est regroupé dans l'annexe 1, nous reprenons ici quelques-unes des thématiques abordées et les pistes centrales de réflexions.

Les liens avec le médical

- Comment travailler avec le médical, comment sensibiliser les médecins urgentistes à des prises en charge de personnes chaotiques ?
- Comment les cultures professionnelles différentes (le médical et le psychosocial) peuvent-elles se compléter ?

La multiplicité des intervenants

- Il est difficile d'avoir un travailleur social de référence dans certaines structures pour quelqu'un qui a de nombreuses problématiques différentes (logement, dettes..) . Pour favoriser une vue globale de la personne, il faudrait donc une personne référente, une personne « point de départ », quelqu'un qui se déclare compétent, qui dit « on commence par là », qui déclenche le processus d'aide. Quelle devrait être la légitimité de cette personne de référence ? Quel rôle devrait jouer un centre de coordination en lien avec l'idée de neutralité et la volonté d'éviter le cloisonnement et l'étiquetage ?
- Comment acquérir davantage le réflexe de travailler dans une perspective plus globale (et moins en faisant intervenir des structures ou des services ponctuellement et de manière isolée) et organiser des coordinations autour du patient mais évidemment en précisant toutes les règles de base de ce type de rencontres. Comment s'organiser dans ce type de situation difficile pour que l'absence ou le départ de l'intervenant de référence n'entraîne pas la rupture du lien avec l'institution ? Quels préalables faut-il établir avant de réunir l'ensemble des intervenants concernés par une même situation ?

Le cadre

- « Certaines personnes, comme celles dites « chaotiques », ne sont pas capables de s'adapter aux exigences des services. Ne faudrait il pas que ce soit les structures qui réfléchissent pour adapter certains de leurs fonctionnements aux personnes chaotiques. Il est évident qu'il y a des limites que l'on ne peut pas supprimer ou assouplir (exemple : bagarre dans un service de l'hôpital) ». Comment connaître et moduler les critères d'exclusion des différentes structures ?
- Beaucoup de personnes chaotiques effectuent de nombreux aller-retour dans les institutions. Cependant, il est parfois difficile de laisser partir les gens, car on « s'attache » à certaines personnes et on sait que le départ ne se fait pas dans de bonnes conditions.
- On peut souvent faire l'hypothèse que l'institution remplit une fonction maternelle pour une partie de ce public, quel est le sens de cette fonction, comment travailler avec cette hypothèse ?.
- On remarque que quand X. se sent dans un cadre « stable », il fuit. Cela ramène au fil rouge du projet SAMENTA : que proposer à ces personnes qui fuient un cadre ? Les gens précarisés ne supportent pas qu'on s'occupe trop d'eux ; ils deviennent alors parfois agressifs (cfr. syndrome d'auto-exclusion). La stabilité des personnes est souvent une demande des travailleurs sociaux.
- La question du cadre est centrale. Parfois, l'institution a quelque peu assoupli son cadre institutionnel par rapport à X. Faut-il accepter X à chaque fois qu'il revient ? Est-ce l'aider ? Oui, dans l'ici et maintenant, mais pas dans le lendemain. Si le cadre se rigidifie, va-t-on le forcer à se stabiliser ? . S'il n'y a pas une prise de conscience du personnel et un assouplissement du R.O.I. les personnes comme X. se retrouvent à la rue. Réfléchir au cadre de l'endroit où l'on travaille et à la mission de notre institution est important pour éviter de devoir se resituer au niveau de nos émotions par rapport à l'usager (« tu m'énerves », « je ne t'aime pas »). Il est évident que l'on travaille aussi avec ses émotions, et le travail en équipe est important pour y voir plus clair sur nos attitudes.
- Le cadre est important, mais il faut réfléchir à quoi il sert. Le cadre sert-il à protéger l'équipe (c'est souvent le cas) ou à nous permettre de remplir notre rôle ? Le cadre doit être réfléchi autour de l'usager. Pour certains professionnels, le cadre est

sécurisant ; d'autres travaillent plus en fonction de leurs convictions. Il faut s'interroger sur pourquoi on « aime » tel usager et pas l'autre. Il est normal qu' on ait plus de sympathie pour certains usagers, mais dans ce cas, il faut penser au cadre de l'institution. Pourtant, pour certains publics comme les sans-abri à la rue, poser un cadre, parce que la disponibilité totale est difficile à assurer, peut poser problème.

- Ne faudrait il donc pas une structure plus souple, un point de chute, où les personnes sans-abri sont les bienvenues quoiqu'il arrive ? Doit-on renforcer ce qui existe ? Créer ce qui n'existe pas ? Faut-il vraiment lui trouver une solution de stabilité ? Ne peut-on pas accepter d'être un lien transitoire d'accueil et de le laisser se débrouiller grâce à son réseau ? Faut il imaginer une nouvelle structure spécifique de bas seuil d'accès et si oui, avec quel projet, quel cadre, quel personnel. N'existe t-il pas de possibilités pour certaines structures d'assouplir leurs cadres ?
- Comment clôturer une prise en charge dans des contextes particuliers comme par exemple des personnes qui risquent de passer à l'acte de manière dangereuse pour les intervenants (et cela malgré le soutien de l'institution et de la hiérarchie) et que le cadre de travail ne correspond plus à ce public ?

Le réseau

- La question du maintien des liens avec les personnes en grande difficulté est essentiel : «quels liens établir entre les différents acteurs sociaux ? », « comment installer un réseau ? » Il faut pouvoir utiliser davantage les structures extérieures (mais en réfléchissant sur les conditions d'accessibilités). Comment utiliser les structures extérieures pour qu'elles puissent organiser la coordination d'un suivi post-hospitalisation ?

Quelques questions

- Par rapport à une personne en errance, les réflexions suivantes ont été évoquées : X. semble être quelqu'un qui vit dans le présent, qui n'est pas capable de se projeter dans des projets d'avenir, qui éprouve des difficultés à se stabiliser. Cependant, ne peut-on pas y voir certaines compétences de X ? Car lors de ses départs, X ne reste jamais dans la rue longtemps. Il arrive toujours à se faire accueillir où qu'il aille. Il a besoin d'un toit et il fait alors appel à son réseau et ses relations, on peut considérer que c'est quelque chose de positif pour lui. Cette existence nomade n'est-elle pas un besoin pour lui ? De plus, on remarque que parfois, les enfants des hébergés suivent le même parcours que leurs parents. Mais au niveau du capital social d'un sans-abri, il ne faut pas oublier qu'il peut le développer, le perdre, le retrouver..., il n'existe pas de règle sur le parcours d'un sans-abri.
- Les personnes comme X vivent dans leur rêve, leur imaginaire : il y a un décalage entre ce dont elles ont envie et ce qui est possible. Comment réagir face à elles ? Faut-il y toucher, les ramener au principe de réalité ? Faut-il démonter leurs rêves, car ils ne sont pas réalisables ? Mais alors, que leur restera-t-il ? Ne risque-t-on pas de les déstructurer ? Parfois, le rêve est la chose qui les tient en vie.
- Les personnes chaotiques renvoient beaucoup d'interrogations aux intervenants sur leurs inquiétudes et leurs angoisses, la pulsion de mort, la non demande et la place du travailleur social...

Programme des interventions en 2008

Date	Thématique	Institution
19/05/2008	Que faire avec une personne chaotique en danger qui refuse l'aide	DUS et Relais Santé
23/06/2008	Prévenir les conséquences d'une fin d'hospitalisation, avec quels relais travailler pour maintenir un lien thérapeutique	Hôpital de Jolimont
18/09/2008	Comment travailler avec des usagers handicapés mentaux et qui ne peuvent comprendre certaines réalités	L'Abri
6/11/2008	Comment faire lorsque la personne ne veut pas être orientée et présente surtout un trouble de la personnalité et/ou un comportement qui est inadéquat pour le service, le professionnel, le collègue ?	Ellipse ambulatoire
24/11/2008	Comment travailler avec un patient qui a une demande non adéquate par rapport à une réalité médicale, quelle stratégie ?	Hôpital de Tivoli

Programme pour l'année 2009

Date	Thématique	Institution
16 Février 2009	Les assuétudes	L'abri
24 Mars 2009	A définir	CASD
27 Avril 2009	A définir	Hôpital de Tivoli
18 Mai 2009	A définir	Ellipse ambulatoire
9 Juin 2009	A définir	Hôpital de Jolimont

Les règles de fonctionnement sont identiques à celles évoquées, un animateur extérieur sera invité. L'organisation matérielle (locaux, convocations, calendrier, compte rendu des interventions, paiement éventuel de l'animateur) sera assurée par le RSULL.

B.3. Les conférences

Dans le même ordre d'idée de l'activation du réseau, plusieurs conférences-débats ont été organisées avec l'intervention d'experts extérieurs. Les premières thématiques ont été proposées par le comité d'accompagnement, les suivantes prévues en 2009 l'ont été suite aux suggestions des partenaires actifs dans les interventions. Ces rencontres se veulent essentiellement pratiques, sans négliger un apport théorique. De plus, elles sont interactives en laissant place aux questions et aux débats. Les comptes rendus complets de ces conférences thématiques sont reprises dans l'annexe 2.

Programme des conférences en 2008

Date	Thématique	Intervenant(e)
30/05/2008	Le double diagnostic	B.Lemaire (Parenthèse)
27/06/2008	La non demande	A.Galle (Diogène)
19/09/2008	Les attitudes à adopter avec les personnes en décompensation psychique	T.Basso (Médias), T.Bellon (Saccado)
24/10/2008	Débat sur l'hébergement nocturne des personnes chaotiques	A.Brynaert (Abri de nuit et hôtel social de Mons), B.Chermanne (SASS de Charleroi)

Programme pour l'année 2009

Date	Thématique	Intervenant(e)
12 Février 2009	Visite et explication du Dispositif d'Urgence Sociale (groupe limité aux participants des interventions)	DUS, C.Morina
17 Mars 2009	Le fonctionnement des urgences hospitalières	Dr D.Chamart, Tivoli
Avril	La problématique de l'alcool	En cours d'organisation, intervenant et date à confirmer
Mai	La violence intra familiale	En cours d'organisation, intervenant et date à confirmer

C. Deuxième axe : structure de concertation d'urgence psychosociale

C.1. Constat de départ

A partir d'une réunion concernant un problème posé par un patient dit «chaotique » qui a eu lieu en juin 2008 avec les hôpitaux de La Louvière, le CPAS et le DUS, il a été jugé utile par les participants d'organiser rapidement des concertations autour d'une situation problématique et exigeant une mise au point urgente entre les différents services concernés par la situation. Il fallait donc pouvoir élaborer un schéma d'intervention avec un découpage du processus et proposition d'un dispositif concret.

C.2. Objectif

Pouvoir mobiliser pour une rencontre de concertation, de manière rapide, les intervenants concernés par une situation individuelle ou familiale particulièrement inquiétante et urgente, et cela avec la participation de la (ou des) personne(s) concernée(s). Il s'agit donc de situations pour lesquelles une coordination entre différents services est nécessaire pour envisager des relais entre elles.

C.3. Public cible : le « profil » SAMENTA, rappel :

Définition de base proposée par l'équipe de l'Hôpital de Jolimont :

« Sont chaotiques ceux qui ont une problématique complexe et chronique, qui réunissent diverses problématiques/handicaps, avec la dimension complémentaire et particulière de la prise en charge par les institutions : ils sont l'objet d'une partie de ping-pong entre le social et le médical. Ils fréquentent les services et les soins, et finissent par sortir du circuit ».

Définition du SMES-B :

« Toute personne présentant des troubles mentaux ainsi qu'une rupture majeure des liens et fréquentant les institutions des deux secteurs : de la Santé Mentale et de l'Exclusion Sociale ».

Afin de compléter ces deux définitions, nous pouvons reprendre le « profil en creux » de la personne chaotique élaboré par Claire Colette :

- *n'a pas de logement ou vit dans des conditions précaires (squat, logement insalubre, caravane..)*
- *peu ou pas demandeur d'aide*
- *se présente en « urgence » dans les différentes institutions du réseau*
- *se présente alcoolisée et/ou sous toxiques la plupart du temps*
- *n'arrive pas à gérer un rendez-vous (horaire, délais, ...)*
- *présente des signes de décompensation*
- *peut aussi présenter des épisodes de schizo ou parano dans ses lieux de vie*
- *présente des épisodes de violence*
- *peu ou pas compliant au traitement*
- *présente une plainte sociale en psychiatrie et inversement, une plainte psychiatrique au social*

C.4. Institutions partenaires :

- Le Dispositif d'Urgence Sociale du CPAS de La Louvière
- L'hôpital de Jolimont
- L'hôpital du Tivoli
- Saint Bernard Manage
- L'Abri
- Le Relais Social Urbain de La Louvière
- Le Relais Santé
- Le CASD
- Les APP
- Ellipse ambulatoire et le projet CASA
- Les IHP

C.5. Processus d'activation :

Qui/quoi	Comment
Qui déclenche	Le service des institutions partenaires désireux de proposer une coordination rapide
Qui porte la demande	Le service des institutions partenaires désireux de proposer une coordination rapide
Qui informe des modalités, demande l'accord à la personne et invite la personne	Le professionnel qui rencontre la personne dans une relation d'aide
Qui est référent pour présenter la situation	Le service qui a déclenché la situation
Modalités organisationnelles	Le professionnel qui informe le patient contacte le RSULL pour qu'il informe les services concernés et pour fixer une date et un lieu de réunion
Lieu de réunion	Idéalement, la réunion devrait se tenir dans l'institution qui a déclenché la demande, si cela pose problème à la personne, un lieu « neutre » devra être trouvé.
Quel suivi pour la personne	Avec l'accord de la personne, un service est choisi pour assurer le suivi
Quelle évaluation.	Dans un premier temps, l'évaluation se ferait à la fin de la réunion en présence de la personne pour clarifier les suites de la prise en charge. Dans un second temps, les intervenants évalueraient entre eux le déroulé de la rencontre.
Règles déontologiques	Accord de la personne et secret professionnel partagé

D.Troisième axe : connaissance des partenaires directement concernés par le public cible

Les structures concernées :

Le Dispositif d'Urgence Sociale du CPAS de La Louvière L'hôpital de Jolimont L'hôpital du Tivoli Saint Bernard Manage Les APP	Le Relais Social Urbain de La Louvière Le Relais Santé Le CASD L'Abri Ellipse ambulatoire et le projet CASA IHP (à compléter)
---	--

Nom de l'institution	Le Dispositif d'Urgence Sociale du CPAS de La Louvière
Personne de référence et n°de contact	C.Morina ; 064/885239 ; 0800/12014
Public et type de problématique	Toute personne en situation d'urgence se trouvant sur le territoire de la commune de La Louvière
Commentaires	Les intervenants du DUS vont aussi à la rencontre des sans abri et des personnes en grande précarité
Règles générales	Hébergement possible jusqu'au premier jour ouvrable pour des personnes capables de vivre seule (pas d'éducateur la nuit), qui ne sont pas dangereux pour eux-mêmes et pour les autres et qui ne sont pas sous influence de produits psychotropes.

Nom de l'institution	L'hôpital de Jolimont
Personne de référence et n°de contact	V.Bauwens ; 064/233011
Public et type de problématique	Personnes hospitalisées en urgence ou en consultation ;
Commentaires	Certains soins de base sont faits aux urgences pour les personnes chaotiques
Règles générales	Si les personnes sont sous effet de produits, le gestion de la situation se fait aux urgences et ensuite décision médicale si prise en charge. Si il n'y a pas de prise en charge : écoute et orientation.

Nom de l'institution	L'hôpital du Tivoli
Personne de référence et n°de contact	A.Demanet (psychiatrie) et S.Gargano (urgences) ; 064/276111
Public et type de problématique	Personnes hospitalisées en urgence ou en consultation ;
Commentaires	Certains soins de base sont faits aux urgences pour les personnes chaotiques
Règles générales	Si les personnes sont sous effet de produits, le gestion de la situation se fait aux urgences et ensuite décision médicale si prise en charge. Si il n'y a pas de prise en charge : écoute et orientation.

Nom de l'institution	Saint Bernard Manage
Personne de référence et n°de contact	Dr Dujardin Stéphane (psychiatre) et Melle Peeterbrouck Marie-Céline (assistante sociale) 064/541409
Public et type de problématique	Hospitalisations pour patients de plus de 18 ans (assuétudes, psychoses, névroses, ..)
Commentaires	« personnes chaotiques » bienvenues, mais respect d'un règlement intérieur
Règles générales	Hospitalisations programmées après un entretien de pré-admission

Nom de l'institution	L'Abri
Personne de référence et n°de contact	V.Bran ; 064/215872
Public et type de problématique	adultes (jusqu'à 65 ans) en difficulté pour un hébergement limité dans le temps (6 mois renouvelable une fois) .
Commentaires	Les personnes doivent être en ordre administratif ou d'accord de régulariser leur situation, importance de la vie en communauté et donc accueil des personnes gérables dans un groupe
Règles générales	Au-delà du dépannage d'urgence, l'Abri n'est, en général , pas en mesure d'accueillir des personnes présentant des troubles psychiatriques graves ou ayant des problèmes non traités de toxicomanie.

Nom de l'institution	Le Relais Social Urbain de La Louvière
Personne de référence et n° de contact	D.Debelle ; 064/885231
Public et type de problématique	Dispositif regroupant des partenaires locaux publics et privés oeuvrant dans le domaine social. Sa finalité est de lutter contre l'exclusion sociale en renforçant les actions menées et en élaborant des méthodologies d'intervention adaptées. Son but principal est de développer des actions permettant aux usagers de passer de la crise aigue (urgence) à l'insertion sociale, socioprofessionnelle et socioculturelle pour qu'ils puissent être acteurs de leur devenir.
Commentaires	Il travaille sur 4 axes, en partenariat avec les différentes institutions compétentes: l'urgence sociale, l'accueil de jour, l'accueil de nuit, le travail de rue.
Règles générales	

Nom de l'institution	Le Relais Santé
Personne de référence et n° de contact	M.Piérard ; 064/885274
Public et type de problématique	Population précarisée, sans abri, sans papier, chaotiques
Commentaires	Offre de consultation médicale anonyme et gratuite au public cible et orientation vers les structures adaptées ; petits soins traitables en ambulatoire.
Règles générales	Possibilités de travailler un suivi post hospitalier et une collaboration avec les médecins généralistes

Nom de l'institution	Le CASD
Personne de référence et n° de contact	I. Vermeylen ; 064/238460
Public et type de problématique	Favoriser le maintien à domicile de patients en perte d'autonomie ou dépendants ; organiser la collaboration entre les différents acteurs intervenant dans un processus de soins
Commentaires	Relais pour les différentes structures pour un suivi des soins
Règles générales	Service gratuit pour le patient

Nom de l'institution	Les APP
Personne de référence et n°de contact	S.Contrino (064/278181)
Public et type de problématique	Bureau d'accompagnement des victimes, travail de rue et maisons de quartier
Commentaires	Possibilité d'être des relais dans les quartiers et avec les éducateurs de rue
Règles générales	Travail à la demande des usagers ; possibilité d'accompagnement

Nom de l'institution	Ellipse ambulatoire
Personne de référence et n°de contact	S.Fellaco et T.Mancini ; 064/224890
Public et type de problématique	Toute personne qui se pose des questions au nom des dépendances : drogues licites ou illicites
Commentaires	Travail psychosocial, entretien dans les prisons, groupe de self-help pour les usagers ; entretien individuel et groupe de self-help pour l'entourage de l'utilisateur
Règles générales	Lieu d'écoute, d'accueil et de parole ; service gratuit

Nom de l'institution	Projet CASA
Personne de référence et n°de contact	T.Mancini ; 0473/793324 ; 0473/793325 ; 0473/793326.
Public et type de problématique	Toute personne ayant ou ayant eu une problématique d'assuétudes : drogues licites et/ou illicites
Commentaires	Pas d'exigence de traitement ou de non consommation
Règles générales	Désirer un accompagnement à domicile, avoir un premier contact avec l'équipe ; service gratuit

E. Quatrième axe : mise en place d'une structure d'intervention mobile

E.1. Introduction

L'idée de développer un travail de rue à destination du public cible est apparue assez rapidement. En effet, les pratiques du Relais Santé, du DUS et diverses initiatives (groupe de paroles du CPAS en collaboration avec Utopie par exemple) ont démontré l'importance d'aller à la rencontre des personnes chaotiques même si celles-ci n'étaient pas demandeuses d'une prise en charge. De plus, les différentes interventions ont souvent souligné des questions autour de l'accrochage, du relais après une hospitalisation, de l'accompagnement dans les lieux de vie...

L'intervention d'un travailleur de Diogènes (voir exposé en annexe) a aussi permis d'insister sur l'aspect méthodologique et sur les outils utilisables dans une approche des personnes chaotiques et en grande précarité sur leurs lieux de vie.

Enfin, la possibilité via le projet de l'APP : « Citoyen dans ma ville, j'y trouve ma place » d'initier un travail de rue et d'inclure dans ce projet un axe spécifique pour le public cible du projet est une opportunité afin de réfléchir à la possibilité de développer le dispositif.

Après avoir repris quelques réflexions sur le travail de rue et sur des objectifs généraux des équipes transverses, nous essayerons de baliser des zones communes possibles d'intervention des structures concernées par ce projet.

E.2. Points de repères

- Une des questions centrale posée par la problématique de l'accessibilité aux soins de santé mentale pour les personnes en situation de grande précarité est de permettre l'établissement et le maintien d'un lien. Un préalable indispensable est une bonne connaissance de ce public qui, en général, est peu demandeur d'aide voire même opposé aux contacts avec des intervenants psycho-médico-sociaux.
- Etablir le contact par un travail de rue permet aussi d'obtenir beaucoup d'informations sur le public. De plus, cette démarche est un travail à part entière même si cela ne débouche pas rapidement sur une prise en charge et une amélioration de la situation des personnes.
- Des questions très concrètes doivent alors être posées, comme par exemple: quels sont les lieux fréquentés par le public, à quels moments sont ils présents, quel est leur mode de vie, quelles sont leurs difficultés quotidiennes, etc...
- C'est aussi à partir de ce travail de terrain et de la connaissance individualisée des personnes en grande précarité que les institutions qui sont en difficulté ou en questionnement envers des personnes qui fréquentent leurs structures dans des conditions difficiles (non demande ou demande non ciblée, personnes qui « épuisent » les intervenants, grande précarité et pathologies mentales, problème d'assuétudes..) pourront faire appel à cette équipe.
- A partir de la modélisation du SMES, « *l'équipe pourrait rencontrer « le système demandeur » sur son lieu de travail et « le système client » sur son lieu de vie ».*

- Afin de développer un mode d'intervention spécifique, il semble aussi important de favoriser une approche pluridisciplinaire permettant un travail socio sanitaire au sens large. La transversalité entre le social et le médical, même si c'est difficile doit toujours rester comme un objectif prioritaire.
- Les initiatives permettant une meilleure connaissance réciproque des deux secteurs doivent encore se développer et les rencontres sur les divers lieux de travail peuvent aider à ces rapprochements.
- Ce travail est également à développer en lien avec la continuité des interventions et les conférences débats qui permettent les explications sur les différents cadres de travail et sur une meilleure connaissance de thématiques générales qui concernent les deux secteurs.

E.3. Quelques objectifs généraux peuvent déjà être formulés par rapport à cette équipe d'intervention :

- Mettre en place des équipes transverses implique de faire travailler ensemble des personnes de métiers différents pour associer toutes les compétences ;
- Orienter le travail dans le sens d'une atteinte des objectifs communs qui sont à préciser ;
- Arriver à décloisonner les services ;
- Donner des éléments de réponses par rapport à des situations complexes et mettant en relation des structures différentes ;
- Renforcer l'idée d'une prise en charge prenant en compte diverses composantes (le social, le médical, le sanitaire, l'éducatif, le psychologique) ;
- Développer la proximité et la mobilité comme outils de travail ;
- Etre relais entre les institutions et le public cible en favorisant l'accompagnement ;
- Dans la mesure où le public cible ne se limiterait pas aux personnes sans abri, développer un travail préventif afin de maintenir les personnes dans leurs logements ;
- Utiliser les projets et services existants et fédérer à partir d'objectifs communs et limités ; valoriser l'existant et ne pas empiler les dispositifs ;
- Continuer à garder comme principe l'articulation entre le social et le médical et la transversalité ;
- La transversalité implique des « calages » relationnels et institutionnels réguliers afin de pointer les difficultés et de rechercher les ajustements et une méthode commune de travail pour mener des actions collectives et consensuelles. Il est donc question d'un changement culturel et méthodologique pour rendre le travail concret et opérationnels.

E.4. Les structures concernées :

Le Dispositif d'Urgence Sociale du CPAS de La Louvière
 L'hôpital de Jolimont
 L'hôpital du Tivoli
 Saint Bernard Manage
 L'Abri
 Le Relais Social Urbain de La Louvière
 Le Relais Santé

Le CASD
 Les APP
 Ellipse ambulatoire et le projet CASA
 IHP

E.5. Objectif général et description des structures : mettre en place un travail transversal afin de contribuer à un dispositif de prise en charge des personnes chaotiques à La Louvière.

Institution	Missions et objectifs
Action de prévention et de proximité	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une présence sur le terrain et régulière dans le temps ; • Connaître le terrain et le public cible ; • Analyser les carences et les besoins du public cible ; • Créer un espace de parole avec le public ; • Assurer le lien entre le public et les institutions ; • Développer des projets en concertation suite aux demandes du public ;
Dispositif d'urgence sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'aide sociale dans la dimension de l'urgence et évaluer les situations qui nécessitent une intervention en dehors des permanences du CPAS • Pallier la satisfaction des besoins primaires et vitaux du public dans le cadre de l'urgence
Relais Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à l'amélioration de la santé de la population très précarisée ; • Développer la sensibilisation à la problématique des soins médicaux indispensables auprès des sans abris et de la population en grande précarité

Institution	Public
Action de prévention et de proximité	<ul style="list-style-type: none"> • Toute personne adulte qui se trouve dans l'espace public et semble en difficulté, de quelque ordre que ce soit ;
Dispositif d'urgence sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Toute personne en urgence sociale se trouvant sur le territoire de la commune de La Louvière
Relais Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Sans abri et personne en situation de grande précarité

Institution	Repères
Action de prévention et de proximité	<ul style="list-style-type: none"> • Les éducateurs axeront aussi leur travail sur les personnes en grande précarité sociale ; • Inscription dans une dynamique de partenariat local avec de manière privilégiée : le DUS, le Relais Santé, l'Abri, Utopie, les hôpitaux ; • Accompagnement individualisé possible ;
Dispositif d'urgence sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Relever les besoins généraux de la population en vue d'y apporter une réponse plus adaptée, spécifique et structurelle
Relais Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage et identification des problèmes de santé ; • Possibilités de petits soins ;

Institution	Équipe
Action de prévention et de proximité	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe composée d'éducateurs avec une approche pluridisciplinaire en lien avec les autres structures ;
Dispositif d'urgence sociale	<ul style="list-style-type: none"> • 2.5 ETP Assistants sociaux
Relais Santé	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ETP infirmière

E.6. Les questions à se poser :

Au niveau structurel

- Qui est décisionnaire de quoi ;
- Qui est le chef de projet ;
- Qui fixe les priorités de travail ;
- Quelles sont les instances de validation ;

F. Cinquième axe : points de repères pour la mise en place d'un abri de nuit à La Louvière

Bien que la création d'une structure d'accueil ait été fréquemment citée comme une des solutions possibles pour la problématique du projet Samenta, la durée du projet pilote ne permettait pas de travailler au montage d'un dossier sur ce thème. De plus, la mise en place d'une telle structure implique entre autres : une décision politique, un investissement financier, une étude spécifique des besoins, la définition d'un public, une étude de faisabilité et une évaluation des impacts dans la population...

Cependant, il apparaît que cette solution partielle aux nombreux problèmes vécus par une population en grande précarité et avec des problèmes psychiatriques est une piste à explorer. De nombreux intervenants ont rappelé que les différents cadres des différentes institutions concernées pouvaient parfois être assouplis mais le problème subsiste pour des personnes chaotiques non demandeuses d'une prise en charge globale et ne désirant pas, souvent, adhérer aux règles des institutions d'accueil.

Lors des interventions, les intervenants ont maintes fois rappelé également l'importance du cadre institutionnel et de ses règles mais aussi l'hypothèse d'une structure dite « à bas seuil d'accès ».

De telles structures existent pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie et c'est de ce secteur que nous pouvons reprendre une définition générale du « bas seuil d'accès » comme étant : *« les institutions à bas seuil se distinguent par des conditions d'entrée, de participation ou de séjour très souples. Cela peut par exemple signifier que l'abstinence n'est demandée que là où cela paraît nécessaire (sécurité du travail) ; qu'une structure peut être fréquentée sans procédure d'admission ; que les heures d'ouverture sont fixées en fonction du rythme de vie des usagers et des usagères, qu'une structure est facilement accessible à pied... »* (R.Knüsel, L'hébergement de nuit à Fribourg ; un travail avec la marge de la marge, site de La Tuile, Centre d'accueil de nuit destiné aux personnes sans abri, rte de Marly 25, Fribourg).

Il est donc évident que la mise en place d'une telle structure exige un projet longuement construit et réfléchi mais aussi des moyens financiers et humains à hauteur des difficultés de prise en charge du public cible.

A la lumière des expériences de Mons (Abri de nuit) et de Charleroi (SASS) ainsi qu'en référence au cadre défini par la Région Wallonne sur les abris de nuit, il peut donc être intéressant de reprendre de manière synthétique quelques constats, réalités et réflexions à réutiliser dans le cadre d'un futur projet à La Louvière.

L'abri de Mons :

- L'idée qui soutend la structure d'abri de nuit est celle d'un dépannage ponctuel, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de suivi puisqu'un service social et un accompagnement font partie intégrante de l'hébergement ;
- La structure n'est pas médicalisée, cela pose parfois des problèmes dans la mesure où le public vient fréquemment avec un traitement, cela permet cependant de travailler avec d'autres partenaires (hôpital, relais santé, maison médicale..) ;

- La question se pose au niveau de l'inconditionnalité de l'accueil, cette notion permet des interprétations diverses directement en lien avec le concept de bas seuil d'accès et de l'obligation d'un cadre minimum ;
- Il ne semble pas y avoir de « variations saisonnières » permettant de tirer des enseignements par rapport à des périodes pendant lesquelles il y aurait plus de demandes d'hébergement. Paradoxalement, il semble même y avoir davantage de demandes en été ;
- Pour l'abri de Mons, la majorité des hébergés sont originaires de la région, à titre d'exemple, sur environ 200 hébergements en 2007, sept personnes venaient de la ville de La Louvière ;
- Les principaux envoyeurs sont les CPAS de la région.

Le SASS de Charleroi :

- Le SASS a pour objectifs : un accueil en urgence et un hébergement de courte durée pour des périodes de crise ; établir un diagnostic infirmier et/ou médical en plus de l'anamnèse sociale ; tenter un processus d'accrochage ; sensibiliser la personne accueillie à sa situation de santé et d'hygiène ; orienter et/ou accompagner la personne vers les services adéquats ;
- L'orientation se fait via le Service d'Urgence Sociale et la décision se prend par l'urgentiste et éventuellement en concertation avec l'infirmière ; l'orientation peut être envisagée via les CPAS et des services partenaires du Relais Social Urbain ;
- La restriction principale au niveau des entrées concerne la mise en péril par les candidats de leur sécurité ou de celle des autres personnes hébergées ;
- Le service est gratuit ; il est composé de deux équipes pluridisciplinaires (travailleurs sociaux, infirmières, aides soignantes) ;
- Au départ, le SASS souhaitait que la collaboration avec l'hôpital facilite les hospitalisations, dans la pratique, cela n'a pas toujours été possible ;
- L'hébergement s'envisage « nuit par nuit » ;
- Le SASS peut accueillir 6 personnes par nuit, il compte deux chambres avec sanitaires : une pour femme et une pour homme ainsi que des lits enfants ;
- Environ 60% des demandes adressées concernent l'hébergement, 35% l'aide financière, alimentaire et pharmaceutique ;
- Il semblerait que les plus hautes affluences de demandes surviennent pendant les mois de mai et de juin.

G. En guise de conclusion :

- Le projet pilote a permis essentiellement de produire un matériel important et riche d'enseignements grâce au travail de C.Colette. L'ensemble des rencontres avec les différentes institutions, les comptes rendu des entretiens, les premières rencontres entre intervenants, les nombreux articles théoriques et le colloque « et si on changeait le métier » de mars 2008 peuvent encore être exploités davantage.
- La seconde phase par laquelle il fallait tenter d'opérationnaliser certains axes de travail définis dans le travail de recherche a essentiellement utilisé le réseau afin de travailler à différents niveaux comme celui de la réflexion sur les différents cadres institutionnels et la possibilité « d'assouplir » certains fonctionnements par rapport au public cible du projet.
- Il était aussi question de permettre à différents acteurs de travailler ensemble afin de mieux connaître les différentes pratiques mais aussi de travailler les représentations respectives que l'on pouvait avoir autant sur le public que sur les institutions.
- Outre cette meilleure connaissance, les rencontres ont donné des ébauches de construction de « façons communes d'agir ». Il est clair que l'ensemble des propositions de travail doivent maintenant soit être testées (deuxième et quatrième axes) , soit activées de manière permanente (premier et troisième axes).
- Il est cependant possible de continuer à se servir des éléments théoriques accumulés, des propositions de ce travail ainsi que des investissements en temps et en intérêt professionnel des nombreux intervenants qui ont collaboré à ce projet pilote pour développer des projets plus ambitieux afin de compléter le dispositif actuel d'aide aux personnes en grande précarité de la région de La Louvière.
- Il serait envisageable de continuer les interventions et les conférences moyennant un accord sur d'éventuelles réorientations.
- Il est aussi possible de continuer à « tester » l'axe 2 de structure de concertation d'urgence psychosociale et de l'évaluer.
- Enfin, l'axe 4 est « en attente » mais des rencontres ont déjà eu lieu entre les différents acteurs concernés.