



Etat des lieux de l'accès aux soins de santé mentale au départ des CPAS bruxellois

Mai 2019

Rapport rédigé par le pôle Précarité-Santé mentale de la Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale (PFCSM), sur base d'une enquête qualitative réalisée en 2018 au sein des Centres Publics d'Action Sociale (CPAS) bruxellois.

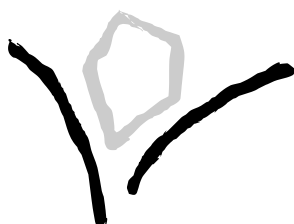


Plateforme Bruxelloise
pour la Santé Mentale

**Enquête et rédaction:
Cécile Vanden Bossche**



**Etat des lieux
de l'accès aux soins
de santé mentale
au départ des CPAS
bruxellois**



**Plateforme Bruxelloise
pour la Santé Mentale**

Table des matières

1. Introduction	8
2. Méthodologie de l'enquête	8
3. Contexte économique et politique	9
3.1. Le contexte en quelques chiffres selon l'Observatoire de la Santé et du Social (OSS):	9
3.2. Les CPAS, d'ultimes remparts contre l'exclusion	10
3.3. Le contexte vécu par le secteur de la santé mentale	11
3.3.1. Le contexte et les répercussions des inégalités	11
3.3.2. Un phénomène en extension	11
3.3.3. Une société du contrôle	12
3.3.4. Une hyper saturation des services	12
4. Le contexte de réforme du champ de la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale	12
5. Analyses des réponses apportées au questionnaire	14
5.1. Introduction	14
5.2. Santé mentale et précarité: Quels liens ?	14
5.3. L'accueil de première ligne en CPAS	16
5.4. Les situations les plus fréquentes pour lesquelles il est fait relais vers des soins en santé mentale	17
5.5. Les habitudes de relais au sein de la commune	18
5.5.1. "La distance tue le relais"	18
5.5.2. Les services médicaux dépendants des CPAS	18
5.5.3. La prise de connaissance de l'offre	19
5.5.4. Les conventions	19
5.5.5. Les difficultés rencontrées par les travailleurs pour orienter les usagers	20
5.5.6. L'aboutissement ou non de la demande	21
5.5.7. La question du suivi et de la continuité des soins	22
5.6. Les équipes mobiles	23
5.7. Les habitudes de relais hors de la commune	24
5.7.1. Accompagner physiquement les usagers ?	25
6. Les habitudes de relais spécifiques	27
6.1. Par genre	27
6.2. Par tranche d'âge	27
6.3. Pour les doubles diagnostics	28
6.4. Pour les non affiliés à une mutuelle	28
6.5. En cas d'absence de logement	29
6.6. En cas de barrière linguistique	31
6.7. En cas d'assuétudes	32

7. L'intervention financière des CPAS	33
8. Le Projet Individualisé d'Intégration Sociale (PIIS)	36
8.1. Ce que contient le contrat	37
8.2. Le déroulement du contrat	37
8.3. Les sanctions	37
8.4. L'exemption	37
8.5. Et ensuite ?	39
8.6. Un travail en contradiction avec les valeurs du travail social	40
9. Les obstacles et difficultés pour les usagers des CPAS	40
10. Les obstacles et difficultés pour les travailleurs des CPAS	41
10.1. Un contexte structurel donnant la sensation d'être là trop tard	41
10.2. Une hyper saturation: "on n'a pas le temps"	42
10.3. Des missions floues: "On n'est pas médecins"	42
10.4. Des travailleurs pris entre des finalités d'aide et de contrôle	43
10.5. Des urgences hermétiques: "Un lien qui ne se fait pas"	44
10.6. La santé mentale ? Un certain "tabou"	44
10.7. Un problème de communication	44
11. Des solutions suggérées par les travailleurs pour parer aux difficultés	46
11.1. Un besoin de "concret" en matière de communication	46
12. Recommandations citées par les CPAS	47
12.1. Recommandations au niveau du travail en réseau et de la réforme 107	48
12.2. Recommandations en matière de formation	49
12.3. Recommandations au niveau de la pratique locale	49
13. Quelques exemples de bonnes pratiques expérimentées en CPAS	50
14. Conclusions	51
14.1. Au vu des résultats de l'enquête	51
14.2. Les limites du travail social au sein des CPAS	52
14.3. La porte tournante	53
14.4. L'impact du PIIS	53
14.5. Le pouvoir du réseau dans le contexte actuel	53
Tableaux	56
Annexes	64

“ Il est fort probable que, dans leurs cabinets, la plupart des praticiens essaient du mieux qu'ils peuvent d'aider leurs patients pris dans des difficultés économiques qui les angoissent. Mais les “voix officielles” de la “psy”, celles qui font, pour le grand public, office de référence, se taisent. Tout se passe comme si ces voix supposément autorisées n'avaient rien à dire de l'économie, du social et des souffrances qu'ils entraînent. Et l'on ne peut, une fois que l'on a, comme nous venons de le faire, pris la “mesure des dégâts”, que trouver ce silence aussi stupéfiant que choquant et s'interroger sur ses causes. ”

Claude Halmos, Psychanalyste

“ Une horloge indique 15h, un mot de bienvenue est collé au mur, un distributeur de Coca-Cola vibre... Sur une rangée de chaises alignées, 14 personnes sont en attente. 5 d'entre elles se tiennent la tête entre les mains. Face à elles, deux écrans numériques suspendus: Un premier avec une photographie de plage des Caraïbes, un deuxième avec le numéro d'ordre de passage: 179. ”

Atmosphère d'une salle d'attente de CPAS en Région bruxelloise.

Remerciements

La PFCSM remercie la Fédération des CPAS bruxellois de Brulocalis (L'Association de la Ville et des Communes de la Région de Bruxelles-Capitale) pour son soutien et son appui à la réalisation de cet "état des lieux", en particulier, Messieurs Jean Spinette, Président, Christian Lejour, Conseiller, Madame Cécile Daron, Conseillère ainsi que les Présidents des 19 CPAS bruxellois.

Nous remercions bien sûr tout particulièrement l'ensemble des travailleurs des CPAS qui ont témoigné et consacré du temps pour répondre aux questions de la PFCSM.

1 Introduction

La présente recherche est une initiative de la PFCSM. Elle a pu être menée en 2018 avec l'appui de la Fédération des Centres Publics d'Action Sociale bruxellois.

Les objectifs étaient de trois ordres :

1. Connaître la perception actuelle et le vécu des travailleurs en CPAS en ce qui concerne l'offre de soins de santé mentale par les 19 CPAS bruxellois.
2. Obtenir une meilleure connaissance de l'offre et des besoins en matière d'accès aux soins de santé mentale pour les personnes précarisées au niveau local et régional.
3. Connaître les difficultés récurrentes en matière de relais vers les soins de santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale pour les personnes en situation de précarité dans le cadre de la Réforme des soins en santé mentale pour la population adulte (psy 107).

2 Méthodologie de l'enquête

Il ne s'agit pas d'une enquête sociologique mais bien d'une enquête qualitative, reposant sur l'ambition de faire émerger une diversité de situations réelles rencontrées sur le terrain.

L'enquête a été menée en 2018 sur base d'entretiens semi-directifs (questionnaires essentiellement basés sur des questions ouvertes) avec des responsables de services sociaux généralistes seuls ou accompagnés d'un ou de plusieurs assistants sociaux en chef et de travailleurs sociaux de chaque CPAS bruxellois à l'exception du CPAS d'Anderlecht qui n'a pu être rencontré. Ce sont donc les données de 18 CPAS sur les 19 que compte la Région de Bruxelles-Capitale qui ont été récoltées. Les entretiens se sont déroulés au sein des CPAS, à l'exception d'Evere qui a renvoyé son questionnaire complété par courriel.

Le public cible était les professionnels œuvrant au sein des services sociaux en CPAS¹. Le point de vue des usagers des CPAS n'a pas été pris en compte dans le cadre de cette enquête.

Précisons également que les personnes travaillant avec un public en situation de précarité qui ne fréquente pas les CPAS n'ont pas été prises en compte dans le cadre de cette enquête (Centres d'Action Sociale Globale, Centre de jour du secteur de l'aide aux sans-abris ainsi que les diverses associations et ONG actives en matière de soutien au migrants). Elargir le panel et prendre en compte le point de vue de ce public cible lors d'une étape ultérieure pourrait enrichir les présentes données de manière à avoir un regard plus complet sur l'ensemble des personnes en situation de précarité en région bruxelloise.

Les entretiens reposaient sur la passation d'un questionnaire (voir annexe). Ils se sont étalés sur une période allant de février à décembre 2018. Les questions ouvertes ont permis de récolter des informations sous forme de témoignages s'appuyant sur le vécu et les habitudes quotidiennes des travailleurs sociaux, rendant compte des difficultés éprouvées mais aussi des limites auxquelles ils sont confrontés régulièrement dans un contexte de crise devenue structurelle. L'ambition était de faire émerger la diversité des situations rencontrées tout en mettant en lumière différents signaux.

¹ Les fonctions des personnes interviewées dans le cadre de l'enquête étaient essentiellement des responsables de services sociaux et des assistants sociaux. L'ancienneté au sein de la fonction occupée n'a pas été prise en compte. La variation de la durée d'occupation du poste allait de 1 an à plus de 40 ans pour une personne.



Contexte économique et politique ...

Une austérité et une politique néolibérale qui augmentent les inégalités, la précarité et la pauvreté

Une augmentation du financement des services associatifs mais qui ne correspond plus à l'augmentation des demandes et des besoins de la population²

Les financements publics ne correspondent plus aux besoins de la population pauvre et aux demandes adressées aux services. La saturation des services trouve sa source principale dans les conséquences sur la population des politiques d'austérité devenues permanentes. L'orientation politique actuelle démantèle nombre de dispositifs de l'état social.

... 3.1.

Le contexte en quelques chiffres selon l'Observatoire de la Santé et du Social (OSS):

- 43.170 ménages en attente d'un logement social en 2018. Le délai d'attente moyen de 9 ans
- Estimation de 15.000 à 30.000 logements vides en Région de Bruxelles-Capitale selon le Rassemblement pour le Droit à L'Habitat (RBDH)
- Plus d'un cinquième (21%) de la population d'âge actif vit avec une allocation d'aide sociale ou un revenu de remplacement (OSS)
- On notera qu'en l'espace de dix ans (2007-2017), le nombre de personnes vivant avec le revenu d'intégration sociale a augmenté de 73 % en Région bruxelloise, une tendance à la hausse qui s'observe à l'échelle de la Belgique dans son ensemble
- Plus d'un quart de la population bruxelloise (26 %, 2016) est bénéficiaire de l'intervention majorée pour les soins de santé (BIM)
- 1/5 de la population active est au chômage, 40 % de sans emploi dans les quartiers les plus pauvres
- 33% de Bruxellois vivant sous le seuil de pauvreté en 2018
- Plus de 4 187 personnes sans-abri ou mal logées dénombrées par la Strada, le Centre d'appui au secteur bruxellois de l'aide aux sans-abris, en novembre 2018
- 1/4 des ménages bruxellois ont déjà dû postposer des soins de santé pour des raisons financières

Les conclusions du *Baromètre social 2018 de l'Observatoire de la Santé et du Social* sont sans équivoque à ce sujet: "A l'instar des années précédentes, (...) un nombre toujours plus élevé de Bruxellois vivent dans une situation difficile. Les inégalités sociales sont marquées en Région bruxelloise et se répercutent en inégalités de santé. Il importe de rendre visible et de suivre la situation socioéconomique et de santé de tous les Bruxellois, y compris des personnes éloignées de toutes formes de protection sociale."³

² Alain Willaert et Jacques Moriau, Rapport Intersectoriel 2018, Evolution des problématiques sociales et de santé 2013-2018: analyses et recommandations, septembre 2018)

³ <http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/2018-barometre-social>

... 3.2.

Les CPAS, d'ultimes remparts contre l'exclusion

Dans ce contexte de crise, les CPAS sont les derniers maillons de la chaîne, derniers remparts de protection sociale avant une exclusion sociale ne permettant plus le maintien de droits sociaux de base (revenu d'intégration, intervention financière en matière de soins de santé, paiement des pensions alimentaires ...)

Les CPAS sont sous pression et font part d'une mutation permanente de leurs publics, problématiques et missions⁴. Ils doivent faire face à une redéfinition continue de nouvelles missions (dont des missions de contrôle instituées dans une logique d'activation) et à la mise en place de nouveaux services.

Ils constatent une précarisation croissante des usagers, une complexité des demandes qui découlent de la pauvreté mais aussi de notre société multiculturelle et globalisée ainsi que la régression des législations en matière d'accessibilité aux droits sociaux. Les besoins en aide sociale vont en grandissant (logement, énergie...). La crise économique joue sur différents aspects de la réalité des citoyens. Face à cette demande croissante, le manque de personnel des CPAS est préoccupant.

Outre l'augmentation du nombre d'usagers, ceux-ci sont également de plus en plus divers : augmentation des personnes sanctionnées par l'Onem et ne percevant plus les allocations de chômage (effet de vase communicant d'un niveau de pouvoir à un autre), plus d'étudiants, de jeunes, de personnes sans-abri, de personnes hébergées chez des proches, de travailleurs pauvres, ...

Pour agir au plus près des besoins des citoyens et répondre à l'augmentation du nombre de dossiers, certains CPAS ont décentralisé leurs services sociaux. Différentes antennes sociales de CPAS (parfois des dizaines) couvrent l'ensemble du territoire d'une entité.

Quelques chiffres :

Les barèmes du revenu d'intégration sociale au 1er septembre 2018 :

- Isolé : 910,52 euros
- Cohabitant : 607,01 euros
- Personne avec charge de famille : 1257,82 euros

Le nombre moyen de dossiers traités par assistant social dans les services sociaux généralistes des CPAS varie et dépasse souvent le chiffre de 100 dossiers par travailleur.

"Depuis 11 ans que je travaille en CPAS, j'ai vu l'évolution du public, les demandes qui changent, plus des personnes pour qui ça devient impossible, et surtout des personnes qui ont du mal à retrouver un logement. On a aussi des personnes qui travaillent, qui ont un salaire peu élevé et qui ont du mal à s'en sortir."

"Il y a maintenant des travailleurs pauvres qui n'ont pas tous accès à nos aides parce qu'ils sont "juste au-dessus" mais qui ne savent pas faire face à des dépenses de base et qui mettent la santé autre que "basique" de côté parce que la moindre dépense extraordinaire met tout le budget en déséquilibre".

⁴ Recherche action sur l'accompagnement des personnes dans les CPAS bruxellois, 2013, Véronique Degraef

... 3.3.

Le contexte vécu par le secteur de la santé mentale

Le secteur de la santé mentale⁵ dresse un constat similaire et pointe depuis plusieurs années ses effets délétères sur le plan psychique. Trois extraits issus du rapport sectoriel du secteur santé mentale (2016) illustrent la situation⁶:

3.3.1.

Le contexte et les répercussions des inégalités

“Des contextes sociétaux durs, voire féroces, maintiennent des personnes ou des groupes dans des vécus angoissants qui ne font que renforcer leur vulnérabilité ou qui limitent leur accès aux soins. La paupérisation d’une partie de la population bruxelloise s’accroît, avec pour conséquences des inégalités sociales quotidiennement constatées et des modes d’existence plus proches de la survie que de la vie ordinaire.

Les effets sur le plan psychique ou psychiatrique sont considérables. Nombre de situations psychiatriques stables décompensent de manière aiguë quand les sécurités de base sont amoindries mais également quand des mécanismes de suspicion systématisés deviennent la règle. Pour les Services de santé mentale (SSM), ces situations entraînent logiquement une augmentation des demandes et un encombrement structurel des services, mais bien évidemment aussi des réalités de prise en charge qui changent le travail et demandent des adaptations importantes.” (p.3)

“La part sociale des problèmes des gens ne cesse d’augmenter, entraînant des vécus de peur et d’incertitude. Ces phénomènes installent les personnes dans des états de dépassement et de débordements durables. Leurs difficultés sont tellement multiples et intriquées qu’ils n’ont plus de possibilités de discernement. Ils sont agités par les événements plus qu’ils n’agissent sur ceux-ci. Ils sont à la recherche d’une réponse immédiate pour changer leur situation sociale. Le recours au Service de Santé Mentale se fait sur le mode de l’urgence, parfois même dans une sorte de geste désespéré.” (p.4)

3.3.2

Un phénomène en extension

Le rapport sectoriel de la santé mentale en Cocof illustre parfaitement ce phénomène: “Une préoccupation unanime ressort des entretiens menés avec les représentants des équipes de Services de Santé Mentale. Tous les points de vue émergents dénoncent un phénomène qui devient structurel. Les dernières années ont vu des changements législatifs ou de réglementation se mettre en place. Ils sont liés aux politiques menées dans le pays, et conduisent à une intensification de la précarisation financière et matérielle, des difficultés d’accès au logement, à l’emploi, aux allocations d’aide, aux CPAS, aux soins, et à des conditions d’existence très problématiques pour certaines catégories de public... Le phénomène est clairement perçu comme en extension. D’aucuns parlent de certains de leurs patients en les qualifiant de “nouveaux exclus des moyens de subsistance” victimes d’inégalités et de discriminations inquiétantes.” (p.6)

Le même rapport sectoriel du secteur de la santé mentale en Cocof met en avant une complexité institutionnelle et un morcellement des compétences: “sur les aspects législatifs, il faut rappeler que les politiques fédérales ont toujours un impact régional qui nécessite un travail de collaboration beaucoup plus intense avec les ministres de tutelle. Pour ce faire, il nous semble essentiel de doter les secteurs de moyens de recherches et d’études permettant d’objectiver les problématiques et les réponses à y apporter. Ceci dans la perspective d’éclairer le politique.” (p.22)

⁵ Le secteur mentionné ici est celui des 22 Services de santé mentale (SSM) bruxellois francophones financés par la Cocof.

⁶ Alain Willaert et Jacques Moriau, Rapport Intersectoriel 2018, Evolution des problématiques sociales et de santé 2013-2018: analyses et recommandations, septembre 2018)

3.3.3.

Une société du contrôle

“On est de plus en plus sollicités dans un rôle d’expert par des intervenants sociaux pour parer aux effets des politiques sociales. C’est une nouvelle forme de psychologisation et de psychiatrisation du social qui instrumentalise les professionnels du secteur. Tous les secteurs sont touchés, aide sociale (CPAS), logement social, indemnités mutuellistes, ...” (p.21)

3.3.4

Une hyper saturation des services

“Le constat n’est pas neuf et d’année en année, la saturation produit ses effets dans toutes les équipes. Allongement des temps d’attente en lien avec l’augmentation des demandes. Difficultés à mettre en place des suivis combinant régularité et fréquence suffisantes. Diminution du temps nécessaire à la mise en place d’actions en prévention. Choix impossible entre les besoins en termes de soins psychiatriques et de prise en charge de la détresse psychique d’origine sociale. Augmentation de la durée des prises en charge qui rend l’accès aux soins psychiques ambulatoires plus difficiles.” (p.20)

4 Le contexte de réforme du champ de la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale

Depuis 2010, la réforme belge de soins de santé mentale, nommée Psy 107⁷, s’attache dans toute la Belgique à fermer une partie des lits psychiatriques au profit de nouvelles équipes mobiles oeuvrant dans le milieu de vie⁸. Le mouvement de désinstitutionalisation des soins remonte toutefois aux années 70 : les soins dans le milieu de vie sont régionalisés tandis que les soins hospitaliers sont restés de la compétence du fédéral.⁹

La réforme vise le développement de soins en santé mentale axés davantage sur la collectivité. Elle consiste à transformer une offre essentiellement résidentielle en des soins plus différenciés, basés sur les besoins des personnes et partant de leur milieu de vie, de leurs conditions concrètes de vie.

Depuis le 1er janvier 2018, dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale, un réseau régional unique de soins en santé mentale doit couvrir l’ensemble du territoire bruxellois. A travers le développement d’équipes mobiles, il s’agit de concrétiser la prise en charge des patients dans leur milieu de vie, notamment en transformant progressivement l’offre résidentielle vers une offre ambulatoire. Ses buts sont :

- favoriser une approche communautaire et une prise en charge du patient dans son propre milieu de vie.
- organiser des circuits de soins au sein du réseau unique bruxellois.
- développer une offre la plus inclusive possible du public bruxellois.

⁷ <http://www.psy107.be/index.php/fr/>

⁸ 1986, 1990, 2015 : moratoires de lits hospitaliers psychiatriques

⁹ Pour plus d’infos, voir : https://www.gibbis.be/images/20171017_PP_107_octobre_2017_ING_bilingue.pdf.
La Belgique, 40 ans de réformes successives.

En 2010, le Fédéral a lancé un appel à projet aux hôpitaux visant à “geler” un certain nombre de lits psychiatriques et à consacrer les moyens dégagés en personnel, à la constitution d’équipes mobiles dans différentes zones de la Région bruxelloise.

De ce nouveau modèle de soins de santé, chaque réseau doit s’efforcer de réaliser 5 fonctions¹⁰:

- La fonction 1 vise la prévention et le dépistage; diagnostic, première ligne
- La fonction 2 vise le suivi à domicile pour les situations de crise et les situations chroniques par les équipes mobiles;
- La fonction 3 concerne la réhabilitation psychosociale (via l’insertion socioprofessionnelle, ...)
- La fonction 4 vise l’hospitalisation et son intensification
- La fonction 5 concerne les formes d’habitat spécifique (Initiatives d’habitations protégées, Maison de soins psychiatriques...)

À Bruxelles, deux projets expérimentaux avaient ainsi déjà été mis en place: les réseaux Bruxelles-Est et Hermesplus. Après quelques années de fonctionnement de ces projets pilotes, les pouvoirs publics ont souhaité généraliser l’implantation de réseaux afin de couvrir l’ensemble du territoire bruxellois. Les autorités politiques et administratives ont souhaité qu’un seul réseau soit mis en place pour toute la Région de Bruxelles-Capitale. Partant du constat que deux antennes avaient déjà été créées lors de la phase pilote, et souhaitant impliquer plus d’acteurs dans la construction du 107, les coordinations régionales ont proposé une organisation reposant sur deux “étages ”: un réseau régional composé de quatre antennes locales (Bruxelles Est, Hermès Plus, Rézone et Norwest) avec une coordination pour chacune d’entre elles.

Le dossier de reconnaissance, reprenant l’ensemble des modalités de mise en place du réseau de soins de santé mentale bruxellois pour le public adultes, a été envoyé aux autorités. Celui-ci a été approuvé en janvier 2018. Ce réseau est composé de toutes les instances bruxelloises d’intervention en santé mentale qui se réunissent via un Comité de Réseau Régional (CRR), chargé de mettre en oeuvre de la réforme sur l’ensemble du territoire bruxellois. Deux coordinateurs, un francophone et un néerlandophone ont été engagés en janvier 2019. Parallèlement, les deux antennes sur le sud-ouest (Rézone) et le nord-ouest de la Région (Norwest) se mettent progressivement en place. Le financement de quatre antennes, n’est, pour l’heure, pas homogène. Les antennes Norwest et Rezone bénéficient depuis 2018 d’un budget équivalant à un mi-temps Cocof pour développer leur travail de réseau local. Les antennes Bruxelles-Est et Hermes Plus fonctionnent, quant à elles, pour l’instant sur fonds propres.

La réforme se déroule dans un contexte économique difficile. Elle est issue de recommandations de l’OMS visant à fermer progressivement les lits psychiatriques et d’affecter les moyens ainsi dégagés à des dispositifs permettant d’accompagner les patients dans leur milieu de vie. Or la Région bruxelloise, à la différence des autres régions du pays, souffre d’un déficit de lits psychiatriques au regard des normes historiques de programmation. Le mécanisme de financement des équipes mobiles repose sur le “gel de lits”, à savoir l’utilisation de budgets dévolus aux lits hospitaliers pour couvrir les coûts des équipes mobiles, sur la base de l’article 107 de la loi sur les hôpitaux (d’où le nom communément utilisé dans le cadre initial de la réforme “d’équipes 107” et “projets 107”). Les acteurs hospitaliers ont informé les autorités de leur très faible capacité à geler des lits étant donné la saturation du secteur de la Région de Bruxelles-Capitale.

¹⁰ <http://www.psy107.be/index.php/fr/2014-09-28-21-32-42/5-sleutelfuncties>



Analyses des réponses apportées au questionnaire

... 5.1.

Introduction

Les riches entretiens ont permis de mettre en évidence une série de témoignages d'expériences, de réalités vécues autour d'un axe bien particulier du travail social en administration: la prise en charge (ou non) de problématiques psychiques des usagers et leur orientation vers des soins en santé mentale.

Sur 18 CPAS rencontrés, on retrouve 18 situations différentes et autant de façons de procéder même si toute une série de difficultés rencontrées sont communes.

Le but de l'enquête n'étant pas d'effectuer des comparaisons entre les différents CPAS mais bien de montrer de grandes tendances et une photographie de la situation dans les 19 communes de la Région bruxelloise. L'éclairage sur la situation en 2017 doit permettre de faire le point sur l'état des lieux de la situation et d'appréhender au mieux son évolution dans le cadre de la réforme de la santé mentale.

... 5.2.

Santé mentale et précarité: Quels liens ?

Les situations et problématiques rencontrées par les CPAS sont de plus en plus complexes. L'analyse des rapports existants entre santé mentale et précarité que dressent les assistants sociaux est à prendre en considération. En 2016 déjà, la CASS, Coordination de l'Action Sociale de Schaerbeek lors de sa journée d'étude sur le sujet posait d'entrée de jeu la question "Précarité et Santé mentale. Qui mène la danse ?"¹¹.

Premier point important: quand ils s'expriment sur la question de la santé mentale, les travailleurs entendent la notion de santé mentale au sens large et ne limitent pas le concept pathologies ou troubles mentaux. Selon eux, les difficultés qui relèvent de la santé mentale peuvent dépasser le cadre strictement médical.

Bien que les problèmes de santé mentale ne concernent qu'une partie du public, ceux-ci sont dépeints comme "en augmentation" par les travailleurs rencontrés. Ils précisent combien la précarité touche différents pans de la vie de tous les jours: sphère sociale, médicale, univers professionnel, loisirs, vie active, ...

Les travailleurs se sont confiés sur la perception des notions "précarité" et "santé mentale" dans le contexte dans lequel ils travaillent. Pour la majorité des CPAS, l'un et l'autre sont liés. Pour certains travailleurs, une dimension prime: la précarité provoque des problèmes de santé mentale. Pour d'autres travailleurs les difficultés de santé mentale constituent des facteurs générant ou aggravant la précarité. La question de savoir si une dimension entraîne l'autre est complexe. Sur ce point les avis sont extrêmement partagés.

¹¹ <https://www.cass-cssa.be/fr/nos-actions/les-colloques/sante-mentale-et-precarite>

“Le sans-abrisme et la santé mentale, ça a empiré. Clairement en cinq ans, c’est de pire en pire.”

*“Précarité et santé mentale ? Une situation génère l’autre et inversement”,
“On voit bien que c’est dans les deux sens, on a vraiment les deux cas”.*

Une tendance générale à l’augmentation des problématiques lourdes mais aussi à l’augmentation du nombre de jeunes usagers avec des difficultés de santé mentale et de doubles diagnostiques est mise en avant au travers de nombreux témoignages:

“On est confronté à de plus en plus de cas psychiatriques lourds dont des personnes qui ne sont pas sous traitement ou qui ont arrêté leur traitement. Elles sont tellement déstructurées que c’est dur de réaliser un suivi avec elles.”

Le cumul de ces problématiques rend la prise en charge encore plus complexe pour les travailleurs sociaux. Nombreux font état de la difficulté à agir rapidement et parvenir à mettre en place une prise en charge intégrée des problématiques.

Approche structurelle

L’ensemble des CPAS souligne une détresse multifactorielle dont la cause principale est d’ordre socioéconomique: les travailleurs rencontrés font part de difficultés par des usagers qui perdent pied face à leur situation sociale précaire, la lenteur des réponses apportées à leur situation et un contexte qui n’offre pas de solutions permettant d’améliorer leur quotidien. Les expressions: colère, frustration, angoisse du lendemain, stress permanent, épuisement, dépression, perte d’espoir, mal être de ne pas pouvoir agir sont dans ces cas citées et présentées comme légitimes.

Pour certains d’entre eux seulement une autre vision domine, celle qui repose sur des difficultés de santé mentale présentes “à la base”. Les problématiques de santé mentale lourdes ou de type psychiatriques avérées (psychoses, bipolarité, ...) auraient tendance à entraîner des difficultés d’ordre social. Le CPAS assure alors une aide administrative devenue difficile ou impossible pour ces personnes.

“Certaines personnes qui ont reçu un diagnostic risquent de ne pas être en ordre, point de vue administratif du moins. C’est important qu’on puisse le faire pour elles ou les y aider”.

Enfin, presque tous spécifient le fait que santé mentale et précarité sont des problématiques qui prises séparément sont déjà difficiles à gérer. Leur cumul ou leur intégration rend les choses encore plus complexes tant pour les usagers que pour les travailleurs sociaux.

“Je vois progressivement la fragilité qui s’installe du fait que les personnes ont moins d’argent, moins d’accès aux loisirs, plus de soucis pour s’en sortir même si elles sont hyper volontaires».

“Un exemple typique récurrent ? Une famille avec deux enfants en difficultés psychosociales, la maman ne travaille pas, le papa rencontre des soucis de santé et est en incapacité de travail, ils ont alors des difficultés à payer le loyer car il faut idéalement trois chambres et puis à assurer les ressources familiales. Arrivés dans une situation précaire, ils commencent à se sentir mal parce qu’ils n’arrivent pas à assurer à leurs responsabilités.”

... 5.3

L'accueil de première ligne en CPAS

Le CPAS est un service public qui a été créé par l'Etat belge en 1976 et qui est organisé au niveau local. Il s'agit du bras droit des communes. Les travailleurs en CPAS ont à répondre, en tant que services publics à des missions légales fondamentales dont la première est d'assurer le droit à l'intégration sociale (revenu d'Intégration sous conditions) et, la seconde le droit à l'aide sociale (en ce compris les soins de santé). Le but est de garantir à chacun de vivre dans les conditions respectueuses de la dignité humaine.¹²

Les premières personnes que les usagers rencontrent en franchissant la porte d'entrée d'un CPAS sont soit des accueillant.e.s occupant une fonction parfois à l'intersection avec d'autres missions au sein du CPAS, soit des stewards, parfois formés comme agents de sécurité pour orienter les usagers surveiller les salles d'attente et canaliser les tensions. Ce personnel n'a pas été interrogé dans le cadre de l'enquête.

La plupart des travailleurs de CPAS interrogés ont une formation d'assistant social, certains disposent d'une spécialisation, d'autres pas. La plupart des CPAS bruxellois comptent parmi leurs travailleurs des psychologues mais prioritairement au sein de leurs services d'Insertion Socio Professionnelle (ISP). Ces psychologues sont engagés pour effectuer du travail social, ils ne sont pas cliniciens. La configuration varie fortement d'un CPAS à l'autre. Certains services ISP peuvent n'être constitués que de psychologues, d'autres uniquement d'assistants sociaux et d'autres encore sont mixtes.

Cas spécifique d'un CPAS ayant un service gratuit de consultations psychologiques en interne

En 2018, le CPAS de Berchem-Sainte-Agathe a engagé une psychologue clinicienne en interne pour proposer un suivi et un accompagnement psychologique aux personnes qui traversent des périodes difficiles (problèmes familiaux, problèmes de dépendance, dépression, isolement, ...). L'engagement de la psychologue clinicienne a été réalisé suite à un constat de terrain fait par la commune au sein de laquelle pas mal d'usagers souffraient au niveau psychologique et psychiatrique et qu'étant donné la petite taille de la commune, il n'y avait pas toujours de relais possibles.

Le service est gratuit pour toute personne émergeant au CPAS. La psychologue réalise des bilans psychologiques pour faire le point sur les difficultés des personnes rencontrées et de ce fait, joue un rôle de point de relais avec d'autres services du CPAS. En fin de suivi, une orientation hors CPAS vers un autre type d'accompagnement comme la psychothérapie ou la médiation familiale est possible. Le but est de trouver un appui adapté aux besoins et à la demande de la personne. Il est à noter qu'un jour et demi par semaine, les tranches horaires de la psychologue sont réservées aux urgences.

Ce sont les assistants sociaux du CPAS qui invitent les usagers à "aller voir" cette psychologue. La suggestion peut être "appuyée" par le Comité du CPAS. Les usagers qui arrivent chez la psychologue par ce biais sont les plus nombreux. Enfin, il arrive que certains usagers se rendent aussi spontanément au service de consultations psychologiques (affiches, bouche à oreille). Le bilan réalisé par la psy constitue pour le comité "une vraie preuve de besoin".

La majorité des travailleurs de première ligne rencontrés a témoigné de conditions de travail très complexes. En conséquence de l'augmentation des bénéficiaires, l'espace est souvent trop réduit. Lors de l'enquête, de nombreux CPAS étaient d'ailleurs en chantiers pour agrandissement (Jette, Etterbeek, Saint-Gilles).

¹² http://www.ocmw-info-cpas.be/fiche_FV_fr/le_cpas#m2

La charge de travail administratif a augmenté et requiert un temps considérable, plus encore depuis les politiques d'activation¹³.

“Dans le service, c’est le travail administratif point barre. On ne peut pas trop prendre le temps de se rendre compte à quel point chaque être humain a ses spécificités et ses difficultés”.

... 5.4

Les situations les plus fréquentes pour lesquelles il est fait relais vers des soins en santé mentale

Telles que citées par les 18 CPAS par ordre de fréquence :

De manière générale, sur demande de l’usager ou sur base “d’impression” que se forge le travailleur :

Très fréquemment cités : dépression, assuétudes, double diagnostic assuétude(s) et comorbidité en santé mentale, problématiques psychiatriques lourdes sans parvenir à nommer ce qui ne va pas, désespoir, personnes malades en situation de déni, isolement, isolement doublé de problèmes de santé, sentiment de solitude, sentiment de vivre dans une société individualiste, sans-abri malades.

Fréquemment cités : “pétage de plombs”¹⁴, risque de suicide, personnes âgées ne pouvant gérer le quotidien, méconnaissance par l’individu de son état, sentiment d’inutilité sociale, sentiment d’être redevable, souffrance face à l’impossibilité de pourvoir répondre à des obligations familiales ou besoins familiaux.

De façon minoritaire : “chantage au suicide”¹⁵, difficultés relationnelles enfants/jeunes et parents.

En particulier, en ce qui concerne les migrants ou demandeurs d’asiles

Très fréquemment cités : traumatismes anciens, traumatismes liés aux parcours migratoires, symptômes de stress post-traumatique, ...

Fréquemment cités : anxiété, désespoir, dépression...

Certains CPAS assurent plus que d’autres, un suivi d’usagers migrants car ils disposent d’Initiatives Locales d’Accueil’ (ILA). Il s’agit de demandeurs d’asile accueillis à la demande de l’Administration fédérale¹⁶. Leur hébergement est organisé par un CPAS, en partenariat avec Fédasil (l’Agence fédérale pour l’accueil des demandeurs d’asile. Cet hébergement est réservé aux demandeurs d’asile durant la première phase de la procédure de demande du statut de réfugié (examen de recevabilité de leur dossier). La prise en charge de ces ILA ne semble pas générer d’emblée de difficultés majeures en matière d’accès aux soins de santé mentale étant donné qu’il s’agit de demandeurs d’asile bénéficiant déjà de suivi en santé mentale via l’intermédiaire d’une convention signée entre Fédasil et le CPAS.

La problématique des exilés sans-papiers vivant dans la clandestinité semble bien plus complexe et peu visible. Ceux qui fréquentent le CPAS et pour lesquels la situation n’évolue pas sont décrits comme “rouillés dans leur situation”. Certains sont aussi de véritables témoins silencieux, n’osant tout simplement pas franchir l’étape du rendez-vous avec un travailleur social de CPAS par crainte de rendre leur situation publique.

¹³ Plus d’infos : https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/etude_charge-travail_travailleurs_sociaux.pdf et voir chapitre Projet individualisé d’intégration

¹⁴ Cité tel quel

¹⁵ Cité tel quel

¹⁶ Pour plus d’informations : https://www.avcb-vsgb.be/fr/subsides.html?sub_id=727

“un sans-papier se rend régulièrement au guichet de l'accueil de notre CPAS pour déverser toutes ses difficultés de vie auprès de l'accueillante. Il n'ose se confier qu'à cette personne car il sait que, lors de cette première étape, il n'a pas de jugement, pas de contrôle, pas d'enjeux qui constitueront un risque pour lui. Ce qui n'est le cas s'il prend rendez-vous avec des travailleurs sociaux, alors il ne franchit jamais cette étape”¹⁷

Les demandes de prise en charge pour des personnes déjà incluses dans un protocole de soins

Enfin, des demandes d'intervention financière pour des personnes déjà en institutions de soins de santé mentale sont fréquentes. C'est le cas dans tous les CPAS mais ce type de demande semble majoritaire dans certains CPAS de la périphérie bruxelloise¹⁸.

●●● 5.5

Les habitudes de relais au sein de la commune

5.5.1

“La distance tue le relais”¹⁹

Trois facteurs principaux facilitent les habitudes de relais : la connaissance de l'offre au sein de la commune, l'existence de services médicaux dépendant du CPAS et l'existence de conventions avec certains services médicaux ou directement avec certains soignants.

Le relais se fait prioritairement au sein de la commune parce que, d'une part, la plupart des CPAS ont développé des conventions avec certains services de soins pour des raisons de proximité et d'autre part parce que le public en situation de fragilité et précarité est présenté comme n'aimant pas ou ne souhaitant pas s'éloigner de son quartier.

Les usagers sont régulièrement décrits comme, “n'ayant que rarement un médecin traitant, se soignant “par one shot” en se rendant systématiquement dans les hôpitaux une fois que le problème est grave.»

Le fait de relayer localement fait donc partie d'une philosophie de certains CPAS incitant à une “médecine par paliers» en recommandant de passer aussi par les médecins généralistes ou les maisons médicales avant l'hôpital. C'est clairement le cas à St Gilles qui ne relaye pas hors commune, hormis si un usager est déjà suivi hors commune avant son arrivée au CPAS.

“La proximité c'est le mieux parce que les généralistes sont très au courant des situations de leurs patients et restent le premier point d'ancrage pour les personnes et puis idéalement pouvoir dans la même logique orienter vers un planning familial proche parce que la distance, ça tue le relais.”

5.5.2

Les services médicaux dépendants des CPAS

Quand il existe un service médical ou un dispensaire intégré à l'administration centrale du CPAS directement avec des permanences de médecins généralistes et ou d'infirmiers, un relais en première instance est extrêmement fréquent. Tous les CPAS ne disposent cependant pas d'un service médical. C'est le cas à Koekelberg, Uccle, St-Josse.²⁰

¹⁷ Lire à ce sujet “Fuite sans fin”, le rapport de Médecins sans frontières sur le Hub humanitaire bruxellois, <https://press.msf-azg.be/rapport-msf-sur-les-migrants-au-hub-humanitaire-a-bruxelles-une->

¹⁸ Evere et Ganshoren

¹⁹ Expression utilisée par une travailleuse

²⁰ A Uccle et Saint-Josse, les usagers ont le libre choix de s'y rendre ou non

5.5.3

La prise de connaissance de l'offre

De manière générale, le choix des lieux vers lesquels sont orientés les usagers repose sur des habitudes propres aux CPAS, transmises par voie orale entre collègues principalement via des circuits informels. On peut dire qu'il s'agit essentiellement d'«échanges de conseils de collègues» communiqués sur base d'une connaissance du réseau de soins existant et d'expériences positives rencontrées par les assistants sociaux. La connaissance de l'offre de soins bruxelloise et du réseau est extrêmement variable d'un CPAS à l'autre.

Par ailleurs, beaucoup de réflexes sont forts différents intra-muros, chaque travailleur ayant ses habitudes de fonctionnement.

Dans une moindre mesure, le relais se fait aussi sur base d'informations glanées dans la lecture de dossiers d'usagers ayant été orientés antérieurement, mais également "au petit bonheur la chance" via des informations glanées de façon aléatoires sur Internet, en particulier quand une structure est indisponible.

L'enquête a pu montrer que Bruxelles social en ligne²¹ reste un outil relativement peu connu des travailleurs sociaux des CPAS. Près de la moitié des travailleurs rencontrés ont connaissance de l'outil mis en place par le Centre de documentation et de coordination sociale (CDCS). A destination des professionnels, il reprend des informations fiables et standardisées concernant près de 3.500 lieux d'activités d'organisations et de services francophones, néerlandophones et bilingues actifs dans le domaine social-santé en Région bruxelloise.

Son utilisation semble liée à des circonstances de recherche d'informations sur des services dont ils n'ont que très peu de connaissances. Tous ne consultent pas l'outil pour autant, par manque de temps bien souvent et parce qu'ils privilégient l'échange d'informations entre collègues.

Par ailleurs, certains travailleurs de CPAS expliquent ne pas avoir l'autorisation de faire de recherches sur ce site internet à cause de l'installation d'un logiciel sur leur ordinateur qui restreint le nombre de sites web auxquels ils ont accès.

5.5.4

Les conventions

De très nombreux CPAS établissent des conventions avec pourvoyeurs de soins de santé mentale et pour la délivrance de médicaments, souvent afin d'inciter aux soins de première ligne sur le territoire communal. Les conventions pour des soins en santé mentale sont établies avec des médecins généralistes, des médecins en maisons médicales, des médecins et des psychologues et psychiatres en plannings familiaux et plus rarement avec des services de santé mentale.

Quand un des services conventionné est saturé ou ferme ses portes, la problématique du relais se pose de manière plus saillante que d'ordinaire. La perte d'un "partenaire de soins" que le CPAS avait l'habitude d'utiliser sur son territoire laisse le CPAS dépourvu.

Les psychiatres et ethnopsychiatres conventionnés, qu'ils occupent un poste en services de santé mentale, plannings familiaux, maisons médicales ou comme indépendants sont rares. Aux dires des travailleurs sociaux, le besoin de soins en psychiatrie se fait sentir plus qu'avant. Ils sont nombreux à avoir fait part d'une augmentation des diagnostics de pathologies psy-

²¹ <https://social.brussels/>

chiatriques avérées au sein de leur public. Ce point est à interpréter prudemment. Aucune donnée statistique concernant l'octroi de soins en psychiatrie n'est disponible dans le cadre du rapport. L'augmentation du nombre d'usagers en CPAS, par contre, est démontrée dans de nombreuses publications²².

“En santé mentale sur la commune, il n’y a pas grand-chose. Au niveau d’un réseau, je dirais que nous sommes nulle part. On n’a pas accès à un psychiatre agréé par le CPAS par exemple, pas d’ethnopsychiatre non plus. Des professionnels de santé mentale dans les maisons médicales, il n’y en a presque pas”.

D'autres facteurs, moins fréquemment cités, favorisent également les habitudes de relais :

- avoir déjà orienté des patients sur place et être satisfait des contacts entretenus
- le fait que les services soient recommandés par des collègues
- le fait que les services soient recommandés par des médecins

5.5.5

Les difficultés rencontrées par les travailleurs pour orienter les usagers

La principale difficulté mentionnée liée à l'orientation à donner est “savoir qui appeler», “vers qui se tourner». Par ailleurs, la problématique des délais d'attente est également très prégnante. Toutes deux ont des conséquences sur les choix de lieux de relais.

Les travailleurs pointent de manière récurrente :

- un manque d'outils et de ressources disponibles et à jour
- un manque de clarté des informations disponibles, une offre peu lisible
- un manque de communication du secteur de la santé mentale au sens large (des structures d'appui, des différents services sur le terrain, autour de la réforme adulte 107)
- le fait ne pas avoir le temps de se tenir au courant
- les délais d'attente dus au manque de places dans les structures et/ou au manque de soignants disponibles

“On manque d’informations, de communication, d’outils alors du coup le relais ne se fait pas bien.” “C’est sûr qu’on relaye en fonction de ce qu’on connaît mais on passe à côté de 95 % des associations parce que ce n’est pas notre domaine.”

“Il y a pas mal de services que je conseille parce que je sais que ça s’est bien passé avec d’autres usagers. Peut-être qu’il y a d’autres structures qui seraient encore mieux mais je ne les connais pas.”

“Au niveau des ‘antennes mobiles’, l’information relative à qui appeler et sur l’offre de soins ne circule pas. Elle ne circule pas comme il faudrait en tous cas.»

“Quand on sait que ça ne sert à rien d’appeler un service parce qu’ils seront d’office débordés, on essaye directement de prendre un rendez-vous ailleurs”

“J’ai beaucoup de coups de fil de la part de personnes qui ne sont pas au CPAS. Dans ce cas, j’oriente ailleurs, vers les plannings familiaux mais ça montre à quel point il y a besoin de contacts de référence. J’ai même été appelée par une usagère du CPAS de Molenbeek, donc d’une autre commune que de la nôtre. Je lui ai fait savoir quelle aide elle pouvait recevoir de son CPAS mais je ne pouvais pas la recevoir moi-même.”

²² Pour plus d'info : <https://www.mi-is.be/fr/presse-multimedia/la-population-beneficiaire-du-cpas-augmente-toujours-et-atteint-une-moyenne>

5.5.6

L'aboutissement ou non de la demande

Hormis dans le cas où il existe un passif de prise en charge d'une personne et où la situation se débloque plus vite, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont beaucoup trop longs. Ce grief revient tout le temps, tant en ce qui concerne l'offre au niveau communal, local que régional. La moyenne de délai d'attente minimum est de 3 mois pour un premier rendez-vous en santé mentale mais peut aller bien au-delà (6 mois et plus).

Certains SSM sont censés prioriser les demandes issues de leur commune ou de leur territoire. De nombreux services de soins qui priorisent la prise en charge d'un public domicilié dans la commune se retrouvent alors contraints de refuser des prises en charge d'usagers qui ne font pas partie de la compétence territoriale de leur CPAS.²³

Etant donné qu'il existe peu de suivi autour de la situation des patients entre CPAS, hôpitaux et services ambulatoires, certains assistants sociaux ne parviennent tout simplement pas à répondre à la question de savoir si le relais a abouti. C'est quand un usager a des demandes de frais et vient déposer ses attestations de soins qu'un feed-back s'établit le plus souvent.

Certains CPAS précisent que la demande n'aboutit pas. C'est premièrement le cas quand le patient n'est pas enclin à accepter un rendez-vous médical. Deuxièmement, et c'est à changer, quand la situation est estimée comme "grave" car les services de santé mentale, déjà débordés, ont du mal à dégager du temps pour accepter une prise en charge complexe.

Dans ces situations difficiles, quand il ne reste plus d'autre option envisageable, les travailleurs se retrouvent forcés de faire appel à la police. Les usagers se retrouvent ensuite rapidement à la rue ou en prison.

La possibilité de prise en charge par les urgences est souvent mentionnée comme "très difficile", surtout quand le public est sans logement. Même si la personne répond aux critères requis par la procédure Nixon²⁴, le fait qu'il faille "négocier" avec les urgences est régulièrement cité.

Autre problématique extrêmement fréquente mentionnée, une fois la prise en charge en urgences réalisée: la levée d'hospitalisations sur décision médicale ultra rapide. Les personnes hospitalisées en urgence sont souvent "de retour au CPAS" le lendemain ou surlendemain. L'expression "les urgences remballent" fait partie des occurrences fréquentes dans le cadre des entretiens réalisés.

Les travailleurs sociaux ont conscience que les mesures d'internement sont régies par la loi du 26 juin 1990 "relative à la protection des malades mentaux". Certains estiment que ces hospitalisations sont inutiles car expéditives et qu'aucune solution n'est apportée à la problématique rencontrée. Leur incompréhension est plus grande encore quand ils ne sont pas prévenus de la levée d'hospitalisation de leurs usagers et qu'ils "les retrouvent très peu de temps après au sein du CPAS", ayant l'impression que la problématique n'a pas changé et que la situation reste sclérosée.

"Une femme sans-abri était venue dormir sur le seuil, devant l'entrée du CPAS. On devait l'enjamber pour entrer. On a fait le diagnostic social à l'extérieur. Elle avait beaucoup de problèmes de santé. On a demandé une ambulance pour une hospitalisation sociale à St Luc. Cela a abouti mais ils l'ont "jetée" dehors. Le lendemain, elle est revenue dormir ici!"

²³ Certains SSM ont été cités plusieurs fois comme forcés de refuser du public.

²⁴ La loi du 26 juin 1990 fixe des règles strictes pour encadrer cette obligation de soin tout en respectant les droits de la personne.

“Certains se sont fait refouler des urgences psychiatriques. Un exemple ? Une personne qui s’était ouvert les bras, une fois recousue, à qui on disait ne pas avoir de lit et cette personne ressortait quelques heures plus tard. J’ai un peu de mal avec ça”.

“En appelant les urgences et en disant que c’est grave, on reçoit comme réponse : -Ce n’est peut-être pas nécessaire que nous venions...Mais nous, on n’a pas de solution”.

“Il y a une déresponsabilisation des psychiatres en général. Ils n’ont aucune difficulté de mettre à la porte. Et hop, voilà l’adresse du Samusocial (...)”.

5.5.7

La question du suivi et de la continuité des soins

De manière générale, il n’existe que peu ou pas de suivi post-relais de la part des services de soins, ce que regrettent les travailleurs des CPAS.

La plupart d’entre eux disent ne pas parvenir à obtenir facilement de feed-back de la part des institutions et des soignants. Quand ils en obtiennent, c’est parce qu’eux-mêmes réalisent des démarches pour en obtenir.

Certains services sociaux institutionnels semblent plus proactifs que d’autres. Dans les situations où l’usager se rend à ses rendez-vous, “certains services ou certains soignants”²⁵ ou hôpitaux se montrent coopératifs et contactent occasionnellement les CPAS. La pratique semble être moins fréquente avec les plannings familiaux. Ce dont témoignent les travailleurs est le reflet d’un déficit d’assistants sociaux au sein des services de soins en santé mentale.

C’est principalement en tout début de prise en charge, quand l’usager obtient un premier rendez-vous médical, qu’il existe un échange entre assistant social et pourvoyeur de soins. S’il existe un suivi, celui-ci n’est pas régulier. Il sert essentiellement à confirmer qu’une prise en charge est en cours. Une fois la prise en charge établie, les assistants sociaux se disent très peu, voire pas du tout informés de l’évolution de la situation et ignorent bien souvent si la personne poursuit ses rendez-vous, même si les travailleurs sont amenés à revoir les usagers en cours d’année, sauf si l’usager a rendez-vous au CPAS et dresse lui-même un état de la situation à son assistant social, ce qu’il n’est pas toujours en mesure de faire.

La communication du suivi revient parfois de manière implicite aux usagers. La plupart des patients hospitalisés étant autorisés à téléphoner, il leur arrive d’appeler eux-mêmes leur CPAS par téléphone pour faire état de leur situation.

Pour les travailleurs, un sentiment domine : devoir prendre l’initiative d’appeler les soignants. Certains disent tenter de “mettre en place ce suivi” voire “de l’imposer”, dans l’idée de faciliter leur travail mais trouvent que certains soignants “se ferment” à cette pratique. Quand ils sont directement appelés par des médecins, c’est essentiellement pour des justifications de prise en charge de soins ou de médicaments²⁶.

Le refus de s’exprimer des soignants pour des raisons de secret professionnel, bien que considéré comme une nécessité par les travailleurs de CPAS, est ressenti par ces derniers comme “un frein au suivi”. Il semble que l’argument du secret professionnel soit parfois utilisé par certains intervenants médicaux pour justifier un quelconque refus de communication avec les CPAS.

Les assistants sociaux voudraient pouvoir être avertis des levées d’hospitalisation avant que celles-ci ne soient effectives, de manière à pouvoir anticiper le retour de l’usager et, au cas par cas, contacter différents partenaires de soins pour améliorer ou augmenter l’aide pouvant être apportée par le CPAS via le travail en réseau (documents administratifs, mise en place de soins à domicile, livraison de repas à domicile, ...)

²⁵ Cité comme tel

²⁶ Constitue un moyen d’éviter la surconsommation médicamenteuse

“C’est nous qui allons vers les soignants, peu nous appellent. Quand il existe des assistants sociaux au sein d’un service, on est plus souvent contactées même si ça reste superficiel.”

“Les hôpitaux n’aiment pas communiquer, c’est quand même un frein, très régulièrement.»

“Quand on veut prendre des nouvelles, c’est musclé pour être écouté, vraiment il faut s’accrocher”.

Par ailleurs, en matière de continuité des soins, de très nombreux travailleurs sociaux font part de la difficulté, pour les usagers, de parvenir à “décrocher de la relation établie avec un assistant social» pour prendre un rendez-vous ailleurs. Cette difficulté est majorée par les longs délais d’attente pour obtenir un rendez-vous et le manque d’encadrement et de possibilité de prise en charge par le réseau ambulatoire.

“Ce tremplin pour aller vers l’extérieur est parfois tellement difficile, qu’ils n’ont pas envie de décrocher d’ici. Arrêter un peu le suivi c’est très compliqué s’il n’y a pas rapidement un tremplin pour aller ailleurs. Les mois passent et ils abandonnent. Ils ne sont pas encadrés par un réseau ambulatoire à ce moment-là mais juste par une personne et ils ont l’impression qu’on les rejette et de devoir tout recommencer ailleurs.”

“Il y en a qui ne veulent pas nous lâcher, certains se sentent abandonnés si on les envoie ailleurs. Ils ont une vision tronquée de ce qu’on met derrière les mots, ils vivent cette recommandation comme un rejet, et ce n’est pas propre aux problématiques de santé mentale”.

... 5.6

Les interventions des équipes mobiles

Le principe d’équipes mobiles n’est pas né avec le projet de réforme 107. Les soins psychiatriques à domicile (SPAD) existent déjà depuis les années 80. Et différents services d’aide aux assuétudes ou d’aide aux sans-abri assurent depuis longue date des soins psycho-médicosociaux sur le mode du “déplacement” : Diogènes, les éducateurs de rue, Médecin du Monde et Dune asbl avec leur Medibus, Infirmiers de rue, des organismes réalisant des maraudes, ... Dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale, les antennes assurant le déploiement d’équipes mobiles interdisciplinaires se sont développées et ont évoluées progressivement. Ce sont donc de “jeunes” projets. Le réseau a été officialisé en janvier 2018. Ceci explique sans doute en partie le fait que les équipes mobiles existantes au moment de l’enquête n’ont été que rarement citées comme ‘habitudes de relais’ (quatre ou cinq fois)²⁷. Dans les rares cas où il y a connaissance de l’existence de ces équipes mobiles couvrant en partie la Région bruxelloise, les travailleurs ignorent bien souvent quelle équipe est à même de couvrir leur commune et comment les contacter. Une confusion entre les antennes du réseau et les équipes mobiles qui en font partie est également fréquente. Les acteurs de terrain sont pour de multiples raisons, de facto, très éloignés des concertations dans le cadre de la réforme et éloignés de l’information. Il est nécessaire d’explicitier comment fonctionne concrètement le réseau et des équipes mobiles à l’ensemble des travailleurs de CPAS et travailleurs de première ligne et d’entretenir le lien avec ces services.

En matière d’intervention auprès des personnes en situation de précarité, il existe par ailleurs, depuis le 1er janvier 2017, une “Équipe Mobile 107 - Précarité”. Cette équipe créée dans le cadre de la réforme est portée par trois institutions: le SMES, le Samusocial et Source, et est sous la responsabilité contractuelle du Centre hospitalier Jean Titeca.

²⁷ Equipes mobiles existantes au moment de l’enquête: Equipes mobiles dépendantes d’Hermesplus, Equipes mobiles dépendantes de Bxl-Est, Equipe mobile de crise 2 A St-Luc, L’Equipe mobile 107 - précarité.

Cette équipe s'inscrit dans la fonction F2B²⁸ de l'actuelle réforme des soins de santé mentale. Constituée de 4 ETP en 2018, issus des institutions porteuses, elle est chargée d'intervenir auprès d'un public en grande précarité, sans-abri, adulte, nécessitant une prise en charge sur le plan de la santé mentale.²⁹ L'intervention peut se réaliser avec ou sans demande explicite. Elle doit idéalement fournir une prise en charge inconditionnelle, à bas seuil, gratuite, y compris pour des personnes sans statut de séjour en ordre³⁰.

L'existence de cette équipe mobile précarité a été mentionnée quelques fois mais citée comme "ne fonctionnant plus" et/ou comme un service "ne pouvant répondre à la demande". L'équipe a aussi été présentée comme "difficile à joindre" car travaillant en co-intervention mais ne bénéficiant ni d'un lieu de travail propre réunissant tous les travailleurs, ni d'un numéro unique. Ces réactions sont compréhensibles étant donné que l'équipe mobile précarité est en sous-effectifs³¹ et que ses travailleurs sont également employés au sein de leurs institutions respectives. Leur fonction n'est pas entièrement dévolue à l'équipe mobile et au déplacement hors de leurs institutions.

Le nombre de suivis réalisés par l'équipe mobile précarité a été de 135 personnes en 2018, et 442 personnes en tant qu'usagers des institutions dont sont issus les travailleurs (SMES, Samusocial, Source)³². Le nombre de demandes (appels et demandes directes) était de 3271 en 2017 et de 4418 en 2018. Les manques de moyens pour parvenir à répondre à ces demandes sont considérables.

Comme le montrent des graphiques issus du rapport d'activités 2018 de l'équipe mobile de crise 107, l'intervention a des retombées très positives ". Elle parvient à contenir la crise, en institution et en rue, par sa présence et grâce au lien tissé avec la personne (moins d'orientation en hospitalisation, aucune urgence psychiatrique ou de mise en observation).

En matière de délai d'attente également: "Beaucoup d'efforts ont également été déployés pour ne pas mettre de délai d'attente supérieur à une semaine entre le premier appel et le premier contact avec la personne concernée."

... 5.7

Les habitudes de relais hors de la commune

A la différence des relais "intra muros" au sein des communes, il n'existe pas de relais taillé sur mesure.

Les habitudes de relais sont favorisées quand il existe des conventions avec des services de soins hors des communes. Le plus souvent celles-ci sont conclues avec des services dans des communes limitrophes, toujours pour des raisons de proximité.

De manière générale, les relais hors communes concernent principalement les soins spécialisés avec un rayonnement régional: les hôpitaux du réseau Iris, les hôpitaux psychiatriques, les centres de cure et de postcure mais aussi les lieux où des usagers sont déjà pris en charge ailleurs que dans la commune.

L'argument de "bonne réputation" associée à certains services joue aussi un rôle facilitateur dans le relais hors commune, de même que les conseils partagés entre collègues qui reposent sur des habitudes propres à chaque CPAS.

²⁷ Equipes mobiles existantes au moment de l'enquête: Equipes mobiles dépendantes d'Hermesplus, Equipes mobiles dépendantes de Bxl-Est, Equipe mobile de crise 2 A St-Luc, L'Equipe mobile 107 - précarité.

²⁸ Equipe mobile de crise de suivi continu.

²⁹ Public cible du réseau défini comme "les personnes les plus fragiles et les moins demandeuses de soutien ou pour lesquelles un accompagnement ne peut être organisé en dehors de l'intervention proactive de 107 précarité"

³⁰ Par ailleurs, l'EM 107-Précarité s'est mis des critères et des modalités d'inclusion qui diffèrent des autres équipes mobiles de crise: plus de tolérance à la non demande, aux assuétudes associées, au cumul de diagnostics et la crise.

³¹ Le nombre d'ETP a été réduit, une travailleuse n'ayant jamais été remplacée depuis 2017.

³² Source: Rapport d'activités de l'Equipe mobile 107 - Précarité, 2018 e

5.7.1

Accompagner physiquement les usagers ?

Se rendre à un rendez-vous suppose que les usagers possèdent une série de compétences implicites (trouver une adresse, se déplacer seul en ville, utiliser les transports en commun, ...) ce qui n'est pas toujours le cas.

Quand un assistant social ou un psychologue en CPAS accompagne physiquement un usager dans l'espace public jusqu'à son lieu de rendez-vous, c'est souvent pour deux raisons :

- parce que son agenda le permet
- quand la situation semble vraiment nécessaire (avec des usagers ayant de grosses difficultés à se déplacer seuls...).

Mais il ne s'agit pas d'une procédure standard. Tous les assistants sociaux font part de la rareté de la démarche. L'accompagnement est le plus souvent réalisé par les CPAS de petite taille et dont le territoire est moins peuplé, pouvant, par moment, dégager du temps de travail pour réaliser une telle démarche. Ces communes sont essentiellement situées dans le Sud-Est de la Région de Bruxelles-Capitale (Watermael-Boisfort, Auderghem, Uccle, Woluwé-Saint-Pierre, ...). Dans certaines d'entre elles, les assistants sociaux ont la liberté de gérer eux-mêmes leur agenda de travail et accompagnent parfois les usagers jusqu'au lieu de rendez-vous. Des rares travailleurs ont dit parvenir à être présents lors du premier entretien en Service de santé mentale de manière à rassurer les accompagnés.

Des services d'accompagnement

De nombreux CPAS font appel aux "Amis d'accompagner asbl", une association de bénévoles qui accompagnent physiquement les personnes en difficultés sur le terrain dans leurs démarches, afin qu'elles puissent (re)trouver leurs droits et assumer leurs responsabilités de citoyen. Un CPAS a même établi une convention avec l'asbl pour l'ensemble de ses services au sein du CPAS.

De manière générale, les avis concernant l'aide apportée par "Les Amis d'accompagner" sont positifs. Ils doivent être nuancés toutefois.

Pour toute demande d'accompagnement, l'utilisateur doit remplir un formulaire en ligne sur le site web de l'asbl. La démarche est complexe pour certains, et impossible pour les personnes ne maîtrisant pas la langue ou n'ayant pas accès à un ordinateur. Les assistants sociaux sont donc amenés à faire la démarche pour elles, en leur présence.

Par ailleurs, les bénévoles de l'association n'ont pas de connaissances spécifiques ni de formation en santé mentale. Selon les assistants sociaux, certains accompagnements ne se sont pas toujours déroulés aisément, des bénévoles ayant eu tendance à "infantiliser" les accompagnés.

"La bénévole exigeait que madame lui donne ses courriers et son sac à main. Et elle prétendait mieux connaître l'itinéraire que la patiente qui connaissait pourtant l'hôpital. Ça s'est mal passé. Depuis, je suis réticente à les appeler".

Le CPAS de Koekelberg fait appel à "Accompagner asbl"³³, une plus petite structure liée "Aux Amis d'accompagner" qui effectue un travail semblable. Le CPAS d'Ixelles fait appel à l'asbl Le Contre-pied asbl, active dans le domaine du transport ainsi que de l'aide aux personnes pour lesquelles les déplacements sont nécessaires. Son offre de service est payante mais l'asbl est agréée Titres-services. Rares sont les CPAS qui font appel au taxi social quand une personne rencontre un sérieux problème de mobilité.

³³ L'Association "Accompagner" à Koekelberg a été créée en 2001, pour répondre à un besoin criant qui n'était pas suffisamment rencontré dans des situations urgentes de précarité et d'aide aux personnes en décrochage social: l'accompagnement de ces personnes, sur le terrain, dans les démarches visant à (essayer de) régler leur situation.

Enfin, certaines maisons médicales ont été citées comme organisant elles-mêmes des accompagnements physiques.

Des éducateurs de rue

Dans certaines communes, il est possible de faire appel à des éducateurs de rue qui peuvent réaliser un travail d'accompagnateurs communaux. Malheureusement, il s'agit souvent de projets transitoires financés dans le cadre de contrats de quartier uniquement.

Une fois que le contrat de quartier prend fin, le manque se fait sentir.

L'information relative au fait que les accompagnateurs de rue puissent jouer un rôle d'accompagnants n'est pas connue de l'ensemble du public du CPAS. Des assistants sociaux précisent que seules les personnes sans abri font appel aux accompagnateurs car ils en connaissent l'existence et ont l'habitude de les fréquenter.

L'appui et le rôle des éducateurs de rue varie selon les CPAS, la politique interne et surtout le temps dont ces travailleurs disposent.

A Bruxelles-Ville, le travail d'accompagnement fait partie des missions des éducateurs spécialisés. Par ailleurs à Saint-Gilles, deux assistants sociaux ont été récemment engagés pour réaliser spécifiquement des maraudes auprès des sans-abri en rue, ce qui permet de faciliter le travail du CPAS.

“Ce qui fonctionnait très bien c'était d'avoir engagé un accompagnateur social dans la cadre d'un contrat de quartier. Il s'occupait des usagers ayant des dossiers plus compliqués, des préadmissions en cure, Nous étions très satisfaits: cela permettait un réel avancement dans nos dossiers et il y avait une suite logique donnée à notre travail”.

“Accompagner certaines personnes qui en ont besoin en tant qu'A.S³⁴, nous-mêmes, ce serait bien mais... cela n'arriverait que dans nos rêves les plus fous”.

“L'A.S, ici à Watermael fait à sa sauce, elle accompagne parfois, surtout en centre de cure”.

“Notre souci dans le cadre de la coordination sociale, c'est vraiment assurer le passage des usagers d'une association à l'autre car aucune structure n'a vraiment le temps de s'en charger”.

³⁴ Assistant social



Les habitudes de relais spécifiques

Trois situations se présentent régulièrement :

- ① Un usager fait une demande de soins dans la cadre d'une relation de confiance qui s'est établie avec son assistant social référent.
- ② Un assistant social "voyant un usager perdre pied" tente de l'informer de l'offre de soins existante et d'obtenir son accord pour l'orienter. Il faut parfois des mois voire des années pour que l'usager accepte d'aborder le sujet.
- ③ L'hôpital ou le service social de l'hôpital qui contacte le CPAS pour demander une prise en charge financière d'une personne déjà hospitalisée.

... 6.1

Par genre

Aucun CPAS n'effectue de relais spécifique en fonction du genre de la personne.

Il semble que les femmes se confient plus facilement aux assistants sociaux et se montrent moins réticentes ou hésitantes à accepter un relais vers des soins en santé mentale.

... 6.2

Par tranche d'âge

Il n'existe que très peu de relais spécifiques ou liés à l'âge des usagers. En général, les mêmes types de services sont proposés, quel que soit l'âge de la personne reçue.

• Enfants et adolescents:

Le public d'enfants et d'adolescents ne constitue pas le public spécifique des CPAS. Cependant, et cette est une constante, **le nombre de jeunes en précarité avec des difficultés de santé mentale est mentionné comme en forte augmentation.**

En cas de difficultés concernant les enfants, les relais cités sont ceux préexistant la réforme de soins de santé mentale enfants et adolescents: l'ONE, les Centres PMS³⁵ dans les écoles et des COE pour ados³⁶, des Maisons de quartier et les SAJ³⁷. Bru-Stars, le réseau bruxellois en santé mentale pour enfants et adolescents actif depuis 2015 n'est jamais cité. Très rares sont les travailleurs rencontrés qui en connaissent l'existence.

Les travailleurs font également état de "difficultés relationnelles parents-enfants", en particulier, des parents en conflit avec leurs enfants devenus "jeunes adultes" (souvent autour de 18 ans) qu'ils continuent à héberger ou parfois des enfants plus âgés ayant perdu leur emploi et qui sont revenus habiter chez leurs parents. Les jeunes chez qui une déficience intellectuelle est suspectée sont réorientés chez Phare (Service Bruxellois Francophone des Personnes Handicapées) de manière à ce qu'ils obtiennent éventuellement une reconnaissance de leur handicap.

La problématique de la prise en charge de mineurs dont le parent isolé est sans ressource au niveau de son réseau informel, se retrouve subitement hospitalisé en santé mentale se présente plus régulièrement qu'avant en CPAS.

³⁵ Centres psycho-médico-sociaux, <http://www.enseignement.be/index.php?page=24633>

³⁶ Centre d'Orientation Educative, <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=368>

³⁷ Services d'aide à la jeunesse, <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=359/>

Cette situation est sans doute due à l'augmentation des familles mono-parentales et des familles exilées qui vivent dans un relatif isolement.

Il arrive, dans ces circonstances qu'un conflit de compétences surgisse quant à la responsabilité du service ayant à trouver une solution pour la garde des enfants.

"Le Service d'Aide à la Jeunesse me dit c'est une situation qui revient au CPAS. Et moi, je me dis: ah, ben ils sont peut-être débordés au SAJ mais si maintenant on doit nous même héberger des mineurs..."

• **Seniors:**

A la différence des autres catégories d'utilisateurs, quand un senior rencontre des difficultés de santé mentale, la famille est presque toujours avertie de la situation par le CPAS. C'est là une grosse différence avec les situations en santé mentale concernant d'autres tranches d'âge pour lesquelles la famille est rarement directement contactée.

Pour les seniors, des rendez-vous sont également très fréquemment fixés auprès de psychologues de maisons de repos attachées aux CPAS quand il y en existe ou avec des services de placement en maison de repos.

Le relais vers des médecins généralistes est également toujours cité. Dionysos³⁸ l'unité mobile de soutien au réseau de soins de personnes âgées et fragiles de plus de 60 ans était fortement sollicitée pour son intervention rapide. L'asbl a hélas été contrainte d'arrêter ses activités depuis septembre 2018 pour cause de fin de subsides, ce que regrettent de nombreux CPAS.

... 6.3

Pour les doubles diagnostics

Les doubles diagnostics avec handicap mental sont globalement présentés comme "en augmentation". En corollaire, les prises en charge possibles sont très rares et les délais d'attente excessivement longs.

"C'est overbooké. Trouver une place pour un usager avec "double diagnostic", comme un signal "feu rouge" qui s'allume. Je peux appeler des services mais je sais qu'à côté de ma demande, il y a 20, 30 personnes qui attendent et cela même pour une personne reconnue handicapée mentale qui aurait besoin d'avoir une prise en charge de journée uniquement".

... 6.4

Pour les non affiliés à une mutuelle

Mettre en ordre de mutuelle les usagers est une des missions des CPAS. Si la personne n'est pas affiliée par négligence, l'état n'intervient pas. Si l'utilisateur ne choisit pas lui-même une des mutuelles existante, il est alors affilié sur injonction du CPAS à la CAAMI³⁹.

Il existe cependant des "inaffiliables" (le mot n'existe pas mais est utilisé en CPAS):

- Soit des personnes radiées d'office
- Soit des personnes ayant obtenu un "titre de séjour temporaire".

Elles ne sont donc plus illégales mais ce titre de séjour est tellement précaire que les mutuelles refusent l'affiliation.

³⁸ Unité mobile de soutien au réseau de soins de personnes âgées et fragiles de plus de 60 ans active dans les 19 communes bruxelloises.

³⁹ Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité

Un remboursement de l'Etat est quand même possible mais, comme pour les "illégaux", la délivrance d'une attestation d'aide médicale urgente (AMU) est nécessaire, ce qui génère du travail supplémentaire tant pour les assistants sociaux que pour les médecins.

... 6.5

En cas d'absence de logement

Tous les CPAS sans exception confirment rencontrer d'écrasantes difficultés en matière d'accès au logement de leurs usagers.

Dès qu'un CPAS dispose d'un service logement en interne (ce qui n'est pas le cas pour tous) l'utilisateur est orienté vers ce service⁴⁰.

Les personnes sans logement trouvent nettement plus difficilement une réponse à leur besoin d'accès aux soins de santé mentale.

Les usagers sont également orientés vers les Agences Immobilières Sociales (AIS) et les sociétés de logements sociaux sur base de listings renseignés par les CPAS. Mais les travailleurs stipulent que les listes d'attente ne font que s'allonger. Pour tenter vaille que vaille de trouver des solutions, certains CPAS se lancent dans la prospection de logements auprès de propriétaires privés près à "assumer le risque locatif" que représente l'idée de louer à des usagers du CPAS. Souvent les préjugés s'additionnent. Quand le locataire potentiel rencontre des difficultés de santé mentale, la quête devient quasiment impossible.

Certains CPAS mettent en place un accord de principe: ils se portent garants pour l'octroi de la garantie locative auprès des propriétaires potentiels, surtout pour les personnes qui disposent d'une adresse de référence, qui ont déjà perdu un logement, qui sont expulsés ou qui se retrouvent hébergés chez des tiers.

Certains CPAS sont très sensiblement concernés par les difficultés d'accès au logement: le CPAS de St-Gilles, avec la gare du Midi sur son territoire, se trouve en connexion permanente avec un grand nombre de sans-abri. C'est également le cas avec le CPAS de Bruxelles-Ville qui concentre la gare centrale et la gare du Nord sur son territoire.

La question des sorties d'institutions et de l'accès au logement

Les problématiques multiples pour des personnes sortant d'institutions (prison, service d'aides à la jeunesse, maison d'accueil pour sans-abris, ...) ont également fait partie des constats partagés, surtout en ce qui concerne les difficultés voire impossibilités d'accès au logement. **Cette situation n'est pas sans engendrer de retombées au niveau psychique chez les personnes concernées.**

"Les gens qui sortent de prison avec une recherche de logement et d'insertion socio-professionnelle, étant donné qu'ils ont un casier judiciaire assez chargé, peuvent vite péter les plombs ou tomber en dépression parce que c'est très dur d'arriver à faire quelque chose pour eux. Vers où les envoyer?"

"La problématique de l'accès au logement, tous les CPAS le disent, c'est devenu tellement difficile que ça peut rendre les gens fous, vraiment".

⁴⁰ Pour cette raison, il serait utile rencontrer les services logements des CPAS dans la suite de cette enquête afin de les entendre sur leurs habitudes de relais des personnes cumulent en plus d'une difficulté d'accès au logement, une problématique de santé mentale.

Le relais de personnes sans logement avec difficultés de santé mentale est habituellement fait:

-En hébergement d'urgence pour la nuit :

- Au Samusocial quand les sans-abri acceptent de s'y rendre.
- Au centre Ariane mais où le nombre de places est limité. Le centre Ariane fait connaître les éventuelles places vacantes disponibles en maisons d'accueil (une à deux places par semaine, usuellement)

-A la rue ou dans l'espace public quand les usagers ne souhaitent pas se rendre au Samusocial pour diverses raisons.

La rue" est donc citée comme habitude de relais, ce qui n'est pas sans créer de difficulté aux travailleurs sociaux.

-En hébergement temporaire pour une période variable

- En maison d'accueil (assez rare)

Il est à noter que l'essentiel des maisons d'accueil pour sans-abris sont saturées et n'acceptent pas de prendre en charge des usagers avec des pathologies psychiatriques avérées⁴¹. Les assistants sociaux qui contactent ces maisons d'accueil n'ont donc d'autre choix que de mentir par omission sur l'état de la personne orientée pour espérer une prise en charge de leurs usagers.

- Dans la famille de la personne (très rare)
- A l'hôtel (extrêmement rare, les raisons de santé mentale posant souvent problème)

Le manque criant de place en accueil à bas seuil en hébergement mais aussi en journée et de manière récurrente de possibilité de prise en charge en première ligne pour le public en précarité extrême a pour conséquence des morts prématurées. Différentes situations ont été citées au cours de l'enquête avec, pour conséquence, un véritable mal-être chez les soignants confrontés à l'impossibilité de trouver une solution pour la personne suivie et des décès de sans-abri ou des disparitions. Certains travailleurs se montrent d'ailleurs angoissés face à la question de la responsabilité pénale (non-assistance à personne en danger lors des sorties d'institutions pour les personnes vivant en rue ou risquant de s'y retrouver, par exemple).

Avec les personnes sans-abris, la construction d'une relation de confiance suffisante pour s'investir dans un échange prend du temps. Cet aspect est un frein pour le développement de relations avec les personnes en errance. Toutefois, une fois un lien même ténu établi, celui-ci devient parfois solide et maintenu sur le long terme.

Les différents extraits de récits ci-dessous sont significatifs d'un ensemble des difficultés qui se présentent avec les personnes sans-abris: augmentation de la problématique, manque de solutions concrètes à apporter, sorties sèches d'institutions, difficulté d'assurer un suivi...

"(à propos d'un sans-abri) Il n'y a que moi qu'il veut bien voir. Il dit que je suis son assistante sociale et n'accepte de rendez-vous avec personne d'autre. Parfois je ne le vois plus pendant des mois mais il finit par revenir. Même je n'ai pas toujours quelque chose de concret à lui proposer pour l'aider..."

"La problématique logement est aujourd'hui la vraie grosse problématique bruxelloise et les sans-abri ne correspondent plus au cliché de "l'homme isolé qui boit de l'alcool".

"Un ex sans-abri très perturbé venait d'emménager dans un logement de notre CPAS (...). Le service Infirmier de rue ne pouvait plus intervenir pour lui parce qu'il n'était plus sans-abri. On n'a jamais trouvé quelqu'un pour lui venir en aide. L'équipe mobile appelée ne pouvait pas aller au-delà d'Auderghem (...) Il n'y avait pas de solution et monsieur est décédé."

⁴¹Souvent des raisons de moyens et de difficultés de prise en charge que cela engendre avec un public occupant déjà les lieux et parce que le cadre d'accueil n'est pas respecté du fait d'agissements, de consommation ou de symptômes en lien étroits avec la difficulté de santé mentale que la personne traverse.

“Elle était sans-abri et je savais que si elle sortait vite des urgences, ça n’allait pas aller. Une fois sortie, elle a avalé la soude caustique pour se suicider. J’ai quand même appelé le psychiatre qui l’avait laissée sortir des urgences pour lui dire. Il m’a répondu “ça, c’était son choix”. Mais qui est responsable pour non-assistance de personne en danger à ce moment-là? Le psychiatre ou moi?”

“Les personnes qui cumulent ces problématiques de santé mentale et d’absence de logement bougent beaucoup, elles sont dans la survie et dorment rarement des nuits entières, ce qui les épuise. Quand elles sont prêtes à faire une bêtise à force d’être épuisées et qu’elles refusent catégoriquement d’aller au Samusocial, je joue sur cette porte là en leur disant “aux urgences, on va pouvoir vous aider à vous reposer un peu mais cela correspond à très peu d’usagers au total.”

“Même des administrateurs de biens ne sont plus en mesure de suivre des personnes comme des sans-abri en errance. Il m’est arrivé d’être au courant de changement de situation d’un usager par le biais d’un SSM alors que même l’administrateur de biens que j’avais questionné n’était pas au courant de sa situation. Donc les décisions que l’administrateur de biens prend ne sont pas toujours en phase avec le vécu de la personne.”

... 6.6

En cas de barrière linguistique

Dans certaines situations, des exilés qui rencontrent des difficultés à obtenir un titre de séjour ne parviennent pas jusqu’aux CPAS. Bien souvent pour des raisons de barrière linguistique, d’analphabétisme qui engendrent un manque d’autonomie et conduisent à devoir sans cesse trouver de l’aide. La situation est fréquente avec les personnes venant pour une aide médicale urgente, essentiellement avec des Afghans, Irakiens, Syriens, et Ethiopiens.

Les assistants sociaux font état de leur difficulté à repérer une éventuelle ou potentielle problématique de santé mentale chez ce public pour des questions de langue mais aussi de culture. Pour comprendre les usagers, beaucoup de CPAS font appel à des services de traduction/interprétariat et tentent de prendre en charge les frais de traduction, ce qui est loin d’être facile. Les organismes de traduction cités auxquels il est fait appel sont : le Setis (Traduction et interprétariat en milieu social), le CIRE (Coordination et initiative pour réfugiés et étrangers), le service de traducteurs Exil de Lila⁴², ... Plusieurs CPAS ont établi des conventions avec ces services mais pas tous.

Les travailleurs sociaux attirent l’attention sur l’augmentation des besoins en traduction et sur l’absence de traducteurs disponibles, par l’heure, à Bruxelles pour des langues bien spécifiques : différents dialectes africains ainsi que le népalais.

Les relais vers les soins de santé mentale sont habituellement réalisés chez des praticiens parlant la langue requise. Il est régulièrement fait appel au SSM “D’ici et d’ailleurs» pour son offre de services en langues arabes et aux médecins en hôpitaux parlant différentes langues. Ceux-ci ne que rarement répertoriés au sein de tous les CPAS. Le travail d’orientation se fait donc au cas par cas, sur base de recherches sur le WEB y compris sur des sites internet de psychothérapeutes privés parlant différentes langues (turc, arabe, ...)

Le besoin d’ethnopsychiatres a été soulevé, entre autres pour intervenir auprès des migrants malmenés mais pas uniquement. Les CPAS reçoivent un public d’origine culturelle et de nationalités extrêmement variées⁴³.

⁴² Centre médico-psychosocial pour demandeurs d’asile, victimes de torture et/ou de violence organisée

⁴³ Selon L’IBSA, la Région de Bruxelles-Capitale abrite 179 nationalités différentes sur son territoire

Les usagers néerlandophones reçus dans des CPAS francophones sont souvent orientés vers les CIG sans que cela ne semble poser de difficultés.

Quand la solution vient des usagers

Souvent, pour parer au plus pressé, les travailleurs font appel aux proches de l'utilisateur pour assurer la traduction en CPAS (soit des membres de la famille, soit de parfaits inconnus trouvés en salle d'attente). Ces solutions perçues comme "les plus simples et les plus rapides" ne sont pas jugées comme idéales: la personne qui endosse le rôle d'interprète les dit à sa façon et ne retransmet pas fidèlement le discours ou encore ne maîtrise pas bien le français. Un avantage est cependant à cette façon de procéder est cependant mis en avant par les travailleurs: le fait que qu'un proche assure la traduction permet parfois d'activer plus facilement le réseau familial et amical pour apporter une aide à l'utilisateur.

"Pour comprendre le problème, on bricole, on se débrouille, beaucoup viennent avec des proches qui traduisent pour eux".

... 6.7

En cas d'assuétudes

De manière générale, il n'est pas aisé pour les travailleurs de CPAS de différencier ce qui peut résulter de la maladie mentale d'éventuelle assuétude. Ils n'ont ni formation, ni compétence pour poser un diagnostic.

Les délais pour obtenir une prise en charge en service de réhabilitation psycho-sociale et en cures pour raisons d'assuétude sont beaucoup trop longs. Il en est de même pour les entretiens de préadmission jugés trop nombreux et trop espacés dans le temps pour un public ayant besoin d'accompagnement régulier et d'une continuité des soins assurée. L'absence de prise en charge en urgence pour des soins à bas seuil se fait également sentir.

Les personnes souffrant d'assuétudes, de par leur mode de vie, rencontrent de grosses difficultés à assumer la gestion de leur agenda. La situation est souvent problématique quand les rendez-vous sont fixés tôt le matin, par exemple, ou s'ils sont fort espacés dans le temps et si les horaires sont irréguliers. Seules la patientèle en capacité de faire preuve d'autonomie et de socialisation minimales parviennent à suivre scrupuleusement leur "programme de soins". **Ces difficultés, combinées à des délais d'attentes très longs que ce soit pour les cures, post cures, ou suivis génèrent des ruptures de soin.**

Des nombreux travailleurs ont fait part du souhait de voir les services de soins en santé mentale faire preuve de plus de souplesse dans la programmation des rendez-vous pour ce public particulièrement vulnérable (des rendez-vous plus réguliers, aux mêmes heures, pour faciliter l'habitude de se rendre aux consultations et améliorer la compliance).

L'habitude dominante est de renvoyer l'utilisateur vers son généraliste (ou lui en trouver un) pour que ce dernier l'aide à se frayer un chemin en cure. L'orientation vers des unités de sevrage et plus particulièrement le choix du centre est donc laissé à l'appréciation du médecin généraliste. Les post-cures sont en général organisées par les centres de sevrage ce qui facilite le travail des travailleurs sociaux des CPAS.

Régulièrement des usagers sont envoyés pour des cures à la campagne de manière à les éloigner de "mauvaises habitudes en ville ou de mauvaises fréquentations". (Ex: Centre des Hautes-Fagnes ou en région tournaise ou namuroise). Les CPAS concernés font savoir qu'une fois que les usagers partent pour des périodes relativement longues en cure hors de Bruxelles, ils restent sans nouvelles d'informations de l'utilisateur et perdent souvent toute trace de la personne⁴⁴.

⁴⁴ Ils ignorent donc si l'utilisateur a terminé sa cure

Le programme de trois jours pour dépendance au CHU Brugmann, le projet lama et Transit asbl sont très souvent cités comme de services de qualité malgré de longs délais d'attente. La Clinique du Cannabis faisant partie du CHU Brugmann a été citée comme un service ayant de beaucoup trop longs délais d'attente (souvent plus de 4 mois).

“Un toxicomane, qui vivait dans la rue à un sursaut le jour de ses 40 ans et m’a dit “ça ne peut plus durer”. Je décroche un premier entretien pour lui, on se réjouit tous. Mais comme les entretiens de préadmissions en cure sont très espacés dans le temps, malgré son nouvel élan, il replonge.”

“Ce n’est pas normal qu’en tant qu’AS on en soit à se demander qui doit effectuer des prescriptions de médicaments quand les ressources en santé mentale sont insuffisantes ? Les généralistes ?”

L'intervention financière des CPAS

Le CPAS accorde, en principe, une aide financière aux personnes qui ne disposent pas de ressources ou de revenus suffisants pour pouvoir vivre “dignement”. Si le demandeur d'aide dispose de revenus, mais que ceux-ci sont inférieurs au montant du revenu d'intégration (RIS), la différence sera complétée par le CPAS. Pour décider s'il accorde une aide ou pas, le CPAS va effectuer une “enquête sur les ressources” du demandeur d'aide. On tiendra compte de ses ressources (salaire, allocations, ...), mais également, de celles du conjoint, voire des parents s'il est jeune. Les revenus non déclarés peuvent être pris en compte.

La loi est identique partout mais les lignes de conduites varient selon les CPAS. Les décisions appartiennent au conseil (CSSS) et les conditions peuvent varier selon les communes.

Modalités d'interventions

Le calcul se fait sur base des ressources de la personne : revenus (si la personne a les moyens de payer elle-même, elle paye toujours) et dans la majorité des cas d'examen d'extraits de compte⁴⁵ pour voir si l'on retrouve une trace de remboursement mutuelle pour des soins de santé mentale préexistants.

En matière de soins de santé

Le CPAS a comme mission de permettre à la personne qui n'aurait pas de mutuelle d'en bénéficier éventuellement en payant les frais d'affiliation et de cotisation complémentaire. Si l'utilisateur ne s'affilie pas par lui-même, il se verra affilié d'office à la CAAMI⁴⁶.

Le CPAS peut accorder une aide médicale qui permet aux personnes d'accéder aux soins sans devoir déboursier de fonds propres :

-Si ses ressources sont insuffisantes, un réquisitoire du CPAS est délivré. Il constituera une preuve pour le prestataire (médecin généraliste, le psychiatre ou le psychologue ou le pharmacien) que le paiement sera pris en charge par le CPAS.

Dans la pratique, les démarches pour l'obtention d'une intervention peuvent prendre un certain temps :

⁴⁵ A l'exception du CPAS de Forest qui ne les exige pas

⁴⁶ Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité

Par étape : Dossier ouvert par un assistant social > assistant social en chef qui le corrige > (si papiers manquants, erreurs de rédaction, renvoi à l'assistant social qui refait la procédure) > demande de signature > si la demande est spécifique, le dossier passe au comité spécial du service social (CSSS) > Enquête sociale sur les ressources et les besoins > Prise de décision > Réquisitoire délivré ou non

Globalement dans tous les CPAS, les interventions financières pour des raisons de santé sont prises en compte, sauf si les ressources de la personne sont assez élevées. S'il s'agit de séances non remboursées, l'évaluation se fait au cas par cas, selon la "politique de la maison". La tendance varie donc selon les lieux. Il en va de même en ce qui concerne le nombre de services conventionnés auxquels l'utilisateur du CPAS peut faire appel.

Le remboursement des médicaments se fait uniquement au taux d'intervention de la mutuelle. En ce qui concerne la psychiatrie, qui coûte plus cher que les soins chez des psychologues salariés dans une asbl subsidiée⁴⁷, le CPAS paye la différence de ce qui n'est pas remboursé par la mutuelle.

L'utilisateur doit collaborer, apporter tous les documents nécessaires (présenter ses extraits de compte), être inscrit chez un médecin généraliste Inami, avoir son dossier médical global, fréquenter toujours la même pharmacie dans la commune si un système de convention est mis en place par le CPAS. Enfin, il est possible de convoquer le président du CPAS qui est responsable pour accorder une aide sociale urgente.

Les cas de refus de prise en charge financière de la part du Conseil, si les conditions sont requises, semblent rares. Aucun CPAS n'a fait connaître de cas de refus concrets lors de l'enquête. Les besoins de soins en santé mentale semblent bénéficier généralement de la même considération qu'un besoin de soins de santé physique. Cette approche est d'ailleurs souvent présentée comme "une politique de la maison".

Toutefois certains assistants sociaux font part de "l'existence de CPAS où l'assurance d'une intervention financière pour des soins de santé mentale serait moins aisée qu'ailleurs".

"Il y a des endroits où, au niveau de l'intervention financière, c'est un peu minimisé. Il y a tellement de problèmes de santé physique, si l'on rajoute tous les problèmes de santé mentale cela devient beaucoup".

Les CPAS de communes centrales, densément peuplées (St Josse, Etterbeek, ...) ⁴⁸ semblent ne pas parvenir à accorder "d'office" une intervention financière pour une prise en charge psychologique même si, selon des témoignages de travailleurs sociaux, "l'ouverture à prendre en charge des suivis psy" semble être plus élevée qu'avant. Pendant de nombreuses années ce CPAS, comme d'autres, a renvoyé les usagers vers les hôpitaux publics uniquement. Les habitudes évoluant, se sont ouverts aux autres prestataires de soins, en priorité sur la commune : polycliniques, maisons médicales, centre médicaux, et petit à petit, dans une seconde période "d'évolution des mentalités", vers le privé aussi.

Les exemples mis en exergue ci-haut ne permettent toutefois pas d'affirmer qu'une prise en charge pour soins médicaux en ce compris des soins en santé mentale soit, dans certains lieux, automatiquement moins défendue qu'ailleurs. Différents facteurs peuvent directement ou indirectement freiner l'attribution d'une aide financière.

C'est le cas, entre autres, des difficultés d'aborder la question de la santé mentale qui règne dans certains CPAS et, bien sûr, du nombre de dossiers ainsi que des moyens financiers respectifs dont dispose chaque centre public d'action sociale.

⁴⁷ Les psychologues privés coûtent souvent plus cher que les psychiatres conventionnés en privé

⁴⁸ Cela peut être le cas d'autres CPAS également

L'aide médicale urgente

Le CPAS a le devoir d'aider la personne sans ressources qui se trouve sur son territoire communal si cette personne a besoin de soins immédiats suite à un accident ou une maladie. Cette obligation, sans équivoque est donc également valable sur les personnes en séjour illégal. Le caractère urgent doit être prouvé par un certificat médical ou "attestation d'aide médicale urgente" signée par un médecin.

Le principe de la carte médicale

L'ensemble des CPAS fonctionnent maintenant sur base d'un système de carte médicale valable pour une durée déterminée. Grâce à cette carte, il n'est plus nécessaire de demander une délivrance de réquisitoire au CPAS pour chaque prestation et remboursement de médicaments ce qui permet un gain de temps. Elle mentionne le prestataire de soins et permet à l'utilisateur de ne plus demander d'autorisation préalable pour les prestations couvertes par la carte. Le CPAS paie la majeure partie de la facture. Cette carte n'est toutefois pas octroyée automatiquement, il faut la demander.

Elle ne couvre pas d'office toute possibilité de suivi psychologique. La prise en charge qui varie selon les CPAS est accordée par le comité sur base de critères économiques ou sur base de "situations particulières", par exemple, si la personne a "tout juste assez de moyens économiques pour ne pas avoir droit aux remboursements" mais qu'elle cumule une série d'autres difficultés.

Enfin, sauf exceptions, l'usage de la carte médicale ne permet pas d'obtenir une intervention du CPAS pour des prises en charge dans n'importe quel lieu. Elle est souvent liée à des agréments entre CPAS et services de soins et/ou soignants, à des conventions liées aux hôpitaux du réseau Iris et d'autres structures de soins locales. C'est un moyen de favoriser les soins de proximité. Le constat est d'ailleurs fait que souvent les usagers souhaitent être soignés dans la commune et rester sur "leur territoire."

Certains CPAS valorisent cependant le libre choix du lieu de soins pour leurs usagers. C'est le cas de Koekelberg et du CPAS de Woluwé-Saint-Lambert suite à une volonté des secrétaires et présidents de CPAS de garantir la liberté de choix du soignant. Dans ce cas, les CPAS ne paient bien sûr pas l'intégralité des frais mais uniquement la part Inami.

Dans certains CPAS, plusieurs types de cartes médicales coexistent, souvent de couleurs différentes: (verte = en ordre, orange = en traitement pour mise en ordre et aide médicale urgente).

Des assistants sociaux ont dit rencontrer des difficultés en demandant au comité l'accès aux remboursements de soins de santé pour certaines personnes qui se disent malades depuis une longue période. Le comité réclame comme justificatifs des relevés de mutuelles (souvent sur une période variable). Ceux-ci permettent de voir quels soins ont été nécessaires et d'évaluer leur coût. Or chez beaucoup d'utilisateurs, de telles traces de soins sont tout bonnement inexistantes. Sans moyens financiers, ils ne se soignent tout simplement pas, même s'ils sont malades depuis longue date. Dans ce cas, les assistants sociaux doivent parfois longuement argumenter et convaincre le comité pour prouver que les soins sont nécessaires même si la personne ne se soigne pas.

Enfin, il existe au sein des CPAS des personnes soignées pour des motifs de santé mentale mais qui ne bénéficient pas d'une prise en charge du CPAS car ils n'en ont jamais fait la demande.



Le Projet Individualisé d'Intégration Sociale (PIIS)

Depuis 2016, le ministre de l'Intégration sociale, Willy Borsu, a décidé d'imposer à tous les nouveaux bénéficiaires du revenu d'intégration un "projet individualisé d'intégration sociale". La signature d'un contrat ou Projet d'Intégration Individualisée Sociale (PIIS) est devenue obligatoire pour tous ceux qui perçoivent un revenu d'intégration.⁴⁹ Son non-respect est sanctionné d'un mois de retrait du revenu d'intégration (trois mois en cas de récidive). Les CPAS peuvent toutefois motiver l'impossibilité d'imposer un PIIS à un usager pour des raisons de "santé et d'équité".

Extrait de la législation en vigueur justifiant la non conclusion d'un PIIS⁵⁰ pour raisons de santé ou raison d'équité:

• Les raisons de santé

Le CPAS peut soumettre le demandeur qui invoque des raisons de santé, étayées ou non par un certificat médical du médecin traitant, à un examen médical par un médecin mandaté et rémunéré par le CPAS. Dans ce cas, la personne se présente sur demande auprès du médecin désigné par le centre, à moins que son état de santé ne le permette pas. Le médecin vérifie si des raisons de santé peuvent être invoquées par l'intéressé.

Les frais de déplacement de la personne vers le médecin sont supportés par le CPAS selon les modalités déterminées par celui-ci.

Exemples:

- Un jeune qui pourrait travailler mais doit au préalable se faire soigner pour toxicomanie grave.
- Un travail lourd ne peut être envisagé pour une femme enceinte de plusieurs mois ou ayant des problèmes de dos avérés médicalement.

• Les raisons d'équité

Le CPAS apprécie les raisons d'équité suivant le cas d'espèce. Cette appréciation dépend de divers facteurs.

Exemples:

- Les études peuvent être une exception à la disposition au travail. Pourtant, les étudiants doivent démontrer l'utilité des études pour leur avenir professionnel, une certaine aptitude aux études et une volonté d'améliorer leur condition de vie par l'exercice d'un travail à temps partiel compatible avec leurs études ou par un travail occasionnel.
- La situation d'une mère isolée avec plusieurs enfants en bas âge ou handicapés peut être une raison d'équité pour être dispensée de cette condition.

La loi de 2016 a introduit une nouveauté importante en matière de raisons de santé et d'équité. Dorénavant, lorsque la personne a droit au RIS mais que la conclusion d'un PIIS est obligatoire, **le CPAS est aussi tenu de motiver la non conclusion du PIIS par des raisons de santé ou d'équité.**

⁴⁹ Auparavant la signature d'un contrat comprenant un projet individualisé d'intégration sociale (contrat PIIS), était obligatoire uniquement pour les usagers de moins de 25 ans qui recevaient un RIS.

⁵⁰ source : www.ocmw-info-cpas.be

... 8.1

Ce que contient le contrat

Les CPAS restent libres des contenus qu'ils indiquent dans le PIIS. Le "projet individualisé d'intégration sociale" comprend un certain nombre d'engagements ou de devoirs de l'allocataire qui devra faire preuve de résultats positifs par rapport à sa situation, ses études, etc.

De son côté, le CPAS s'engage à verser le revenu d'intégration sociale (RIS) et à assurer un accompagnement et un soutien. Concrètement, le contrat peut porter sur un projet professionnel (par exemple: réussir les études choisies, suivre une formation, s'inscrire à un atelier de recherche d'emploi, etc.), et/ou sur un projet d'intégration sociale (par exemple: trouver un autre logement, faire appel à un service de médiation de dettes, etc.). Il doit être basé sur les aptitudes, aspirations et besoins de la personne. Le contrat contient des objectifs et des échéances. Il est signé pour une durée précise (pour la durée des études si le contrat porte sur des études de plein exercice). Le contrat est signé par le bénéficiaire d'aide et par le représentant du CPAS, mais il peut également y avoir d'autres signataires (un responsable de centre de formation, par exemple, ou toute autre personne ayant un lien avec le contenu du contrat).

... 8.2

Le déroulement du contrat

Lorsque l'on signe un contrat d'intégration ou PIIS, le CPAS doit désigner un travailleur social qui sera le référent par rapport au document d'engagement. Le contrat sera régulièrement évalué et, le cas échéant, adapté. A l'issue de la période du contrat, une évaluation finale est effectuée. Le Conseil du CPAS ou le comité spécial ad hoc en sont informés.

... 8.3

Les sanctions

Si les modalités prévues dans le contrat ne sont pas respectées, le CPAS peut sanctionner l'allocataire ou bénéficiaire, notamment en suspendant partiellement ou totalement l'aide pendant une durée déterminée. Mais avant d'arriver à l'étape de la sanction, le CPAS doit informer l'allocataire des "risques" (manquements par rapport au contrat) qu'il prend au moyen de lettres d'avertissements.

... 8.4

L'exemption

Quand les travailleurs estiment qu'une personne rencontre trop de difficultés pour conclure un PIIS pour des raisons de santé ou d'équité, elle est réorientée en interne vers un service spécifique s'il en existe en interne. Les dénominations de ces services varient selon les CPAS et tous les CPAS n'en ont pas (ex: Cellule participation sociale, service Impulsion, service activation sociale ...).

Parmi le personnel de ces services, on retrouve des psychopédagogues et/ou des psychologues. Le CPAS de Schaerbeek a d'ailleurs engagé une psychologue pour travailler spécifiquement avec les personnes ne pouvant signer un PIIS et pour repérer ces personnes. Tous les CPAS ne procèdent pas pour autant à des engagements de psychologues pour travailler à la sélection du public devant être exempté de la signature d'un PIIS.

Les usagers qu'on retrouve dans ces services sont essentiellement : des mamans seules avec plusieurs enfants en bas âge, des femmes veuves ou séparées de plus de 50 ans ayant peu d'espoir de retrouver un emploi, des "malades mentaux"⁵¹.

Le but est de mettre en place un parcours d'activation sociale de type psycho-social et de travailler alors sur les questions de participation sociale, selon les mots utilisés par les travailleurs sociaux: Créer du lien, "détacher les personnes de ce qu'elles vivent de difficile au quotidien" pour les renvoyer vers les services d'aide à la recherche d'emploi.

Synthétiquement, voici, selon des travailleurs sociaux, ce qui est attendu implicitement d'une personne exonérée du PIIS pour des raisons de santé mentale:

"Partir de rien" > "se soigner"⁵² > activation sociale (via les services dédiés à la prise en charge de ces usagers) > Insertion Socio-Professionnelle > décrocher un emploi

"Quand on rencontre une difficulté à comprendre dans quelle problématique la personne se trouve, on la relaye vers la psychologue en interne. Si elle a un problème de santé mentale, elle est alors dispensée du PIIS"

L'instauration de cette loi a posé des questions fondamentales aux institutions CPAS qui, à l'évidence, n'y étaient pas toutes favorables⁵³.

Parce que les divergences de pratiques et de philosophies au sein des CPAS y sont nombreuses, la diversité des politiques d'activation sociale qui y sont menées l'est également. Si, au départ, le PIIS se veut être un outil d'accompagnement social, il est aussi devenu un moyen de pression sur l'utilisateur pour tester sa "disposition au travail"⁵⁴. L'appréciation du respect du PIIS varie d'un assistant social à l'autre, est subjective et arbitraire. Les exemples cités ci bas sont éloquentes à ce sujet. Il montre les travers majeurs et les aspects invalidants générés par cette politique d'activation. Les travailleurs sociaux sont amenés à déceler ou non des problématiques de santé mentale alors qu'ils ne sont absolument pas formés pour le faire.

"Des travailleurs évaluaient l'usagère, disaient qu'elle faisait la naïve, qu'elle le faisait exprès... Mais en fait, elle est retardée. Elle a été en institut médico-pédagogique, elle est reconnue par la DGH⁵⁵ depuis 8 ans."

"Des collègues me disent : Il devra être sanctionné car il sait travailler, il n'est pas si bête. Mais, en fait, ce n'est pas ça le problème."

"J'ai dû passer du temps à imprimer une liste de symptômes pour prouver que cette personne était juste retardée mentalement et que ce n'était pas autre chose ... (une psy en CPAS)"

Des attitudes liées à des problématiques de santé mentale ou de déficit cognitif/retard mental sont parfois mal interprétées. Dans certains cas évoqués lors de l'enquête, des souffrances psychiques n'ont pas été prises pour ce qu'elles étaient.

⁵¹ Cité comme tel

⁵² Cité comme tel

⁵³ <https://www.levif.be/actualite/belgique/la-generalisation-du-piis-est-risqueee-selon-une-etude-commandee-par-willy-borsus/article-belga-503579.html>

⁵⁴ To PIIS or not to PIIS? Le PIIS, outil du travail social, recherche menée par Abraham Franssen Université Saint-Louis Centre d'Etudes Sociologiques

⁵⁵ Direction générale des personnes handicapées <https://handicap.belgium.be/fr/>

Les réactions de l'utilisateur ont été interprétées sur base d'impressions, parfois sous forme de jugements moraux et les usagers se sont vus sanctionnés.

Une impression classique ressentie par des travailleurs sociaux est de se faire "embobiner" par des usagers qui "trichent", "font preuve de fainéantise" ou "tentent de manipuler les CPAS".

Devant de telles erreurs d'interprétation, certains psychologues des CPAS sont parfois amenés à vouloir rédiger un rapport social à la place des assistants sociaux ayant en charge l'utilisateur. Ce "mélange de rôles" n'est pas toujours bien vécu entre collègues.

Enfin, il semble qu'il n'existe pas de consultations juridiques spécifiques pour défendre les usagers sanctionnés suite à des erreurs d'interprétation liées au non-respect du PIIS. Par ailleurs, et c'est d'autant plus problématique, les usagers injustement sanctionnés ne sont souvent pas en état d'agir pour faire exercer leurs droits, en particulier quand leurs attitudes sont liées à un retard cognitif ou mental.

... 8.5

Et ensuite ?

Se pose ensuite la question de l'accompagnement des exclus du PIIS. Si la législation justifie la non conclusion d'un PIIS pour des raisons de santé, assurer le droit à l'intégration sociale est une autre mission des CPAS. La question fondamentale, à l'heure actuelle est le sens que l'on met derrière les mots "intégration sociale" et "travail communautaire". Les dispositifs d'activation sociale peuvent apporter un bénéfice subjectif: recréer du lien, sortir de l'isolement. Mais il ressort de l'enquête que les CPAS n'ont pas toujours d'options conséquentes à offrir aux usagers précaires en difficultés de santé mentale qui permettent de améliorer véritablement leur situation précaire. Différentes options doivent être proposées à ces usagers en marge en associant les CPAS et les services de cohésion sociale et l'ensemble des services qui effectuent un travail communautaire.

Les services d'intégration pour les usagers exemptés du PIIS sont définis pour des travailleurs comme des endroits "où il y a le plus de zones grises", d'usagers dont la situation est complexe et ne peut évoluer aisément. Nombre de travailleurs se posent la question de savoir "quelles sont les solutions qui peuvent réellement être proposées afin qu'il y ait un réel espoir que la personne se réintègre".

"Certaines personnes se retrouvent dispensées du PIIS et de la recherche d'emploi le temps de se remettre, si c'est possible..."

"On compte chez nous 30% de personnes aidées au CPAS qui ne sont pas "disponibles" pour l'emploi et la formation. Ce sont des gens avec qui on ne sait pas faire grand-chose. Il y a des personnes qui ne sont pas d'accord de se faire soigner, des jeunes "qui ne se retrouvent pas dans la société", des jeunes mères seules sans qualification avec des enfants en bas âge, et qui ont connu parfois des choses très dures."

"Quand il y a trop de problèmes pour faire signer un PIIS et pour orienter les usagers vers le service Impulsion (ISP), on les garde à notre niveau. Ce n'est pas parce qu'on a le choix. On n'a pas envie de les garder. On les garde parce que leur situation est trop instable, trop aigue et on n'a ni le temps, ni les moyens de faire quelque chose donc au final on stagne un peu. On fait ce qu'on peut à notre niveau"

... 8.6

Un travail en contradiction avec les valeurs du travail social

Nombreux sont les travailleurs qui disent ne pas parvenir à la fois contrôler les usagers ayant signé un PIIS et accompagner la personne parce que c'est antinomique.

Les CPAS sont pourtant soumis à un contrôle du Ministère de l'intégration sociale qui vérifie l'application du PIIS par les CPAS en sélectionnant des dossiers. La lecture des dossiers par le Ministère de l'intégration sociale est toutefois perçue comme "très différente" de celle des assistants sociaux. En 2018, un CPAS s'est vu imposer des sanctions financières pour n'avoir sanctionné aucun usager.

"Les PIIS, c'est imposé, ça déforce notre mission. On n'a pas le temps d'être là-dedans. On est trop débordés"

"On n'est pas du tout d'accord. Je suis contre le PIIS tel qu'il est aujourd'hui"

"Nous devons devenir de bons petits soldats au détriment de la relation avec l'utilisateur. Mais si l'on applique le PIIS tel que le ministère le voit, on va laisser les plus précarisés sur le bord de la route. Que se passe-t-il si nous, CPAS, laissons des gens sur le bord de la route alors qu'on est le dernier rempart..."

"Il est nécessaire de faire entendre à certains usagers qu'ils ont des droits et que ce qu'ils viennent chercher est bien un droit et non pas "un cadeau". Cette situation où les usagers n'osent pas faire part de leurs difficultés est accentuée par l'instauration des mesures d'activation et du PIIS."



Les obstacles et difficultés pour les usagers des CPAS

Tels que cités par les 18 CPAS dans l'ordre de fréquence :

Très souvent cités :

- Le capital économique de la personne
- Le fait d'avoir d'autres priorités liées aux besoins sociaux de base et besoins primaires (cf.: Pyramide de Maslow⁵⁶)
- La distance du lieu de soins
- Le déplacement à faire seul en cas de désorientation, agoraphobie, handicap, assuétudes, ...
- Les longs délais d'attente
- La non-demande ou le déni qui fait partie de la pathologie psychiatrique
- L'isolement ou l'insuffisance de ressources au sein du réseau informel de la personne
- La stigmatisation
- Le niveau d'autonomie par rapport au langage

⁵⁶ https://fr.wikipedia.org/wiki/Pyramide_des_besoins

- La représentation négative ou le ressenti que la personne se fait des soins en santé mentale
- Une méconnaissance de ce que peuvent apporter les services en santé mentale
- La question de la continuité des soins, en particulier, la difficulté de parvenir à "décrocher de la relation établie avec un assistant social» pour prendre un rendez-vous ailleurs

Moins fréquemment cités:

- La difficulté à parvenir à formuler une demande de soins
- Prendre un rendez-vous
- Comprendre le sens d'une démarche en santé mentale sans explication approfondie
- Etre prêt à entrer dans un protocole de soins
- Un rejet pour tout ce qui est "suivi", souvent imposé dans l'histoire de la personne.
"J'ai été entouré de psy, je suis quand même dans la merde..."
- Etre échaudé par des pratiques de soins sans résultats
- L'ignorance de l'existence de remboursements possibles pour certains soins de santé mentale
- Les cercles vicieux interdépendants qui altèrent la santé.
- L'ensemble des déterminants sur le bien-être et la santé
- Des interdictions culturelles et/ou familiales
- Des habitudes culturelles (la psychiatrie en tant que norme de notre société européenne contemporaine)
- Le manque de connaissance du réseau
- Des usagers qui ignorent pouvoir revendiquer leurs droits

Les obstacles et difficultés pour les travailleurs des CPAS

... 10.1

Un contexte structurel donnant la sensation d'être là trop tard

L'absence de travail de prévention avant l'arrivée au CPAS est pointée tout comme l'impossibilité d'agir en temps voulu pour éviter la dégradation des situations.

Dans certaines situations, la précarité n'est pas encore déterminante et la problématique de santé mentale n'est pas "majeure». La situation difficile vécue par la personne pourrait être prise en compte mais étant donné le manque d'informations sur l'offre et au manque de places disponibles, les relais ne se font pas, en tous cas pas "en temps idéal» pour réaliser un travail efficace.

Ce contexte structurel ne permet plus de faire un réel travail social dans des conditions saines au CPAS accroît le mal-être des usagers.

Dans cet environnement, les travailleurs affrontent des situations de plus en plus fréquentes ou des usagers font preuve d'agressivité verbale, physique ou décompensent.

Devoir trouver des solutions à des problématiques qui paraissent insolubles dans des courts délais donne également aux assistants sociaux l'impression d'être pris en étau.

“Les besoins sont complexes, les délais d'attentes pour des rendez-vous sont trop longs, des psychiatres privés refusent de travailler avec des personnes en situation de pauvreté”

“L'impossibilité de trouver des solutions vient du fait qu'il n'y a pas de réponse, pas de suivi, pas assez de structures où l'on travaille avec ce public-là. Les personnes qui ne rentrent pas dans des cases sont dans des situations catastrophiques”.

“Si on avait moins de travail, moins de pressions, moins d'usagers, ça diminuerait aussi les problèmes des personnes. On est fort dans l'administratif et moins dans le social et toutes les mesures antisociales du gouvernement, on en sent les effets. Des gens sont laissés pour compte.»

... 10.2

Une hyper saturation: “on n'a pas le temps»

L'impression d'être asphyxiés par la pression administrative et gestionnaire, de courir en permanence pour parvenir à réaliser les paiements dans les délais requis est constante en CPAS. Certains font face à une grosse augmentation de dossiers ces dernières années (St-Josse, Bruxelles -Ville, Saint-Gilles, Schaerbeek spécifiquement). Or la répartition de l'offre de soin en santé mentale n'est pas homogène sur le territoire bruxellois. La décision du lieu d'implantation d'un service ou d'un membre du corps médical ne se fait pas nécessairement en fonction de l'utilité sociale et des besoins de la population. Les interviewés disent ne pas trouver le temps pour effectuer des recherches d'informations neuves sur l'offre de soins existante, suivre ce qui se fait au sein du réseau de santé mentale et sur le terrain, même s'ils aimeraient pouvoir le faire.

La commune de Jette, par exemple, s'en sort relativement bien en matière de relais. Le réseau y est très bien développé et le CPAS n'a pas attendu qu'existe le réseau 107 pour développer un travail communautaire en collaboration avec les familles, proches et administrateurs de biens, le nombre. Cependant la mise en place d'un tel travail en réseau est chronophage et, devant l'augmentation du nombre de dossiers, les assistants sociaux ne parviennent pas à garantir la mise en place d'un travail en réseau pour chaque usager. Une sélection est donc effectuée.

“Nos usagers, ils se détériorent parce qu'on ne sait plus leur donner l'accompagnement qu'il faudrait. On n'a plus le temps”

“Il existe un GT dans le cadre de notre coordination sociale qui concerne la santé mentale mais nos travailleurs sont tellement débordés qu'ils ne prennent pas le temps d'y aller.”

... 10.3

Des missions floues: “On n'est pas médecins»

La réalisation de la missions d'accès aux droits à l'aide sociale CPAS reposent sur un accueil et des rendez-vous permettant une enquête sociale qui débouche sur un diagnostic précis. Les assistants sociaux ont donc pour démarche, entre autres, de questionner les usagers et de d'appuyer leur impression sur des symptômes qui témoigneraient de difficultés de santé

mentale. Cet exercice de repérer une difficulté par l'interprétation de signes extérieurs leur revient "par défaut", n'étant pas formés pour. Ils sont nombreux à utiliser la formule "nous ne sommes pas médecins".

Les questions et point suivants, cités par les travailleurs, démontrent cette difficulté :

- Comment évaluer la demande de la personne quand elle réclame un appui en santé mentale ?
- Comment parvenir à repérer, identifier et comprendre les problématiques de santé sans être formé en la matière ? La perception de potentielles problématiques en santé mentale repose parfois uniquement sur "des impressions». Ils n'ont pas les compétences pour poser un diagnostic et ce n'est pas leur fonction. Un cas fréquent est la difficulté à différencier ce qui peut résulter de la maladie mentale et d'assuétudes. L'essentiel des travailleurs disent faire ce qu'ils peuvent pour gérer au mieux les difficultés qui se présentent (empathie, écoute, conseil, aide...).
- Certains agissements des usagers avec des pathologies sévères sont parfois mal perçus/ compris (ex: hallucinations soudaines perçues comme des tentatives de chantage).
- Des désaccords avec des soignants sur base de diagnostics posés en urgence (souvent une rencontre unique) sont relatés. Les travailleurs qui disent mieux connaître leur usager du fait de rendez-vous réguliers sont convaincus d'erreurs d'interprétations de la part du corps médical.
- Il est difficile pour de nombreux travailleurs, d'aborder une problématique avec un usager et l'inciter à se rendre à un examen médical ou une consultation psychologique, étant donné la forme de violence que cela peut représenter. L'échange requiert, selon leur dire, une grande "délicatesse» à laquelle les travailleurs ne sont pas formés. Ils sont plusieurs à rapporter que des usagers se sentent "agressés» lors de l'échange. Une réponse classique à laquelle ils doivent faire face lors de tels échanges, est: "Je ne suis pas fou».

"On n'est pas spécialisés pour diagnostiquer quelqu'un qui a un problème de santé mentale, on fait donc ça complètement au feeling".

"L'assistant social doit endosser tous les métiers, tout éponger, faire preuve d'originalité, faire face à la frustration, trouver des solutions à tout.»

... 10.4

Des travailleurs pris entre des finalités d'aide et de contrôle

(Voir à ce sujet le passage sur le PIIS)

... 10.5

Des urgences hermétiques: "Un lien qui ne se fait pas"

La relation avec les services d'urgences est présentée comme problématique pour les raisons suivantes:

Il existe une incompréhension de voir des usagers ressortir extrêmement rapidement des urgences faute de lits disponibles alors que le travailleur social est convaincu que les personnes sont en danger pour elles-mêmes ou mettent les autres en danger.

Des désaccords se présentent régulièrement avec des urgentistes sur la perception de l'origine du problème. Pour certains soignants elle est liée au contexte social mais pour les assistants sociaux le problème "appartient à la personne" et sans intervention médicale, aucun travail social ne peut être entrepris.⁵⁷

Cette difficulté semble être renforcée par des problèmes de statuts et des postures différentes, entre les différents intervenants (travailleurs sociaux, psychiatres, psychologues, psychanalystes et leurs différentes écoles et clivages).

Enfin, les travailleurs sociaux disent ne pas être avertis des sorties d'institutions, ce qui leur est pourtant nécessaire pour mettre en place un socle d'accompagnement social une fois la sortie d'hospitalisation effective.

Extrait: "A l'hôpital, on nous dit que ce monsieur n'est pas bien parce qu'il y a d'autres problèmes à régler avant, à savoir, des problèmes sociaux. Et nous, c'est l'inverse, nous n'arrivons pas à avancer avec cette personne parce qu'il y a vraiment un problème mental, psychique qui fait qu'on est arrêté dans nos démarches et qu'à un moment un médecin doit prendre le relais".

... 10.6

La santé mentale ? Un certain "tabou"

Le sujet "santé mentale" reste difficile à aborder au sein des CPAS tels qu'ils fonctionnent à l'heure actuelle. Parler des problèmes de maladie mentale en interne dérange parfois. Certains assistants sociaux essaient d'attirer l'attention sur des profils "avec difficultés de santé mentale" en particulier pour des personnes ayant signé un PIIS mais se retrouvent souvent sans réponse de la part de la hiérarchie.

"Dans ce CPAS, la question de la santé mentale n'existe pas, parce que cela demanderait des moyens, être formé, changer de pratique, "ne plus être dans le contrôle".

"Parler des problèmes de maladie mentale dérange en interne. Il faut comprendre que l'Inami ferme de plus en plus ses portes à la maladie mentale, la DGH⁵⁸ pareil et le monde du travail également ; Il ne reste plus que ce dernier filet qu'est le CPAS. On en est là (...)"

"On a rencontré des situations urgentes avec tentatives de suicide ou des risques de tentatives de suicide ou rien n'a été fait... Une maman était très angoissée pour sa jeune fille de 15 ans en situation de cyber-harcèlement. Elle craignait une tentative de suicide de sa fille. Le service de soins à qui on a fait appel a demandé d'attendre la réunion d'équipe du lundi suivant avant de fixer un rendez-vous".

... 10.7

Un problème de communication

Les outils de communication sur l'offre de soins en santé mentale ne sont pas disponibles ou ne sont pas adaptés aux besoins des travailleurs. Presque tous les travailleurs font part de leur besoin de connaître les services, les types de publics pris en charge, les tarifs sociaux, les délais d'attente moyens, les langues parlées par les soignants, les psychiatres qui sont conventionnés, ...

Sachant que les relais reposent essentiellement sur des habitudes transmises entre collègues, certains font état d'un manque de communication en interne principalement dû à turn-over élevé du personnel (variable suivant les CPAS).

⁵⁷ Il est possible que des situations contraires se soient présentées mais ce sont deux exemples de ce type qui ont été cités

⁵⁸ Direction générale des personnes handicapées, <https://handicap.belgium.be/fr/>

“Moi je n’ai plus jamais entendu parler de ce service mobile. Donc j’utilise mon agenda personnel et je passe par des contacts que je connais”

“On ne sait pas à qui s’adresser, ou plutôt, il n’y a personne à qui s’adresser. Il n’y a pas de service adapté à ce large public qui est dans une zone grise.”

Sont également citées comme des difficultés pour les travailleurs de CPAS :

- Un investissement personnel et un sentiment d’impuissance ;
- La difficulté d’expliquer un refus de prise en charge du comité à un usager ;
- La gestion énergivore des échanges avec des personnes confrontées à des difficultés de santé mentale;
- Faire face à des personnes qui perdent complètement pied en entretien : agressivité et/ou perte de contrôle de soi. Dans ces situations, il est régulièrement fait appel aux urgences ou à la police. Quand des personnes refusent d’embarquer de leur plein gré avec des ambulanciers, la solution de dernier choix est de faire appel à la police ;
- L’impossibilité d’intégrer de façon régulière les réunions de réseau (comité de réseau local de Bxl-Est, Comité stratégique Rézone et Hermesplus, Conseil d’Administration de Norwest) mis en place dans le cadre de la réforme par manque de temps, surtout si c’est le même travailleur qui doit régulièrement s’y rendre ;
- Faire comprendre aux usagers que les remboursements dans le cadre de l’assurance complémentaire (devenue obligatoire) ne sont pas toujours élevés (C’est parfois 10 euros à raison de 8 fois par an) ;
- Etre interpellé par un service tiers (police, voisin, propriétaires...) pour intervenir au domicile d’une personne qui “pose problème” et qui n’est pas aidée financièrement par le CPAS et qui ne sait pas se déplacer. Quand il y a une tentative de mettre un petit réseau en place, souvent le contact ou le suivi se perd. Ce type d’expérience a été fréquemment relaté, à cause de l’angoisse qu’elle génère auprès des travailleurs (faire face à quelqu’un de malade à son domicile) et à cause de l’échec des tentatives de mise en place de soins en réseau ;
- Le manque récurrent d’aidants pour faire de l’accompagnement physique jusqu’au lieu de rendez-vous ;
- La reconnaissance des savoirs entre les différentes disciplines/institutions/règles ;
- L’accès à des traducteurs/interprètes à la demande ;
- L’isolement extrême des personnes coupées de tous liens et qui ne sont même pas suivies par un médecin généraliste et pour lesquelles le CPAS est subitement sollicité. Dans de tels cas, comme la personne n’a aucun réseau personnel, aucune maladie n’a pu être détectée, aucun soin apporté et les situations sont soit “ très sérieuses”, soit “ chroniques”.

“Une visite à domicile devait avoir lieu pour une personne qui n’était pas prise en charge par le CPAS. Le propriétaire nous avait appelé parce qu’il s’inquiétait pour sa locataire. Elle était en transe avec les yeux révulsés, sa voix changeait. J’ai commencé à trembler parce que j’avais peur. La remplaçante du médecin ne voulait pas appeler une ambulance.

Et puis voilà, il n’y a pas eu de suivi. On l’a perdu de vue car elle n’était pas suivie chez nous.”

“On a découvert l’existence d’une personne dans le déni, en tous cas non demandeuse, et physiquement malade qui est restée chez elle 15 jours sans chauffage et sans savoir aller aux toilettes. Elle n’avait plus de carte d’identité valable donc on ne pouvait pas l’aider administrativement. Il fallait une photo de cette personne. Elle refusait.”



Des solutions suggérées par les travailleurs pour parer aux difficultés

L'ensemble des recommandations qui sont ici citées ont été amenées par les travailleurs sociaux à partir de leurs constats et de leurs réalités vécues en CPAS.

••• 11.1

Un besoin de “concret” en matière de communication

Presque toujours citées:

- “Avoir un utilitaire, un répertoire avec l’offre existante en santé mentale à Bruxelles, les tarifs sociaux existants, les langues parlées, les délais,...”
- “Avoir un numéro de téléphone unique pour les urgences.⁵⁹”
- “Avoir une cartographie simplifiée de l’offre existante pour ne pas rester sans ressources en matière de relais. (Arborescence ou bottin social indiquant des chemins à suivre en fonction de problématiques et de l’offre au niveau communal”).

Souvent citées:

- “Avoir une équipe mobile précarité qui puisse intervenir au CPAS et à l’extérieur pour les gens qui sont dans la précarité”
- “Ouvrir plus d’accueil à bas seuil où toute personne pourrait se poser, où la parole pourrait émerger et où des intervenants donneraient forme à ce qu’ils entendent, avec la présence régulière d’une équipe mobile psychiatrie pour que ce ne soit pas toujours le CPAS qui dise: “à moi de répondre, dans un temps tout à fait limité””.

Rarement citées:

- “Le répertoire Bruxelles social en ligne ne suffit pas. Il faudrait un moteur de recherche permettant plus de saisies par critères et zones géographiques”-Avoir une 1^{ère} ligne permettant l’accueil à bas seuil, où les gens se poser librement sans devoir entrer dans des cases et où beaucoup des problématiques sociales au sens large peuvent être prises en charge (isolement, soins de santé, ...).
- “Sortir du cadre, être dans la résistance. Les bonnes pratiques sont clandestines”
- “Avoir des équivalents de cellules psy ou cellules bien-être dans chaque CPAS”
- “Avoir des psychologues dans tous les CPAS car c’est la première ligne, c’est là que les gens vont quand ils sont au bout du rouleau et ça permet de prendre le temps pour prendre connaissance de tous leurs problèmes dans leur globalité” (citation de psychologue en CPAS)

⁵⁹ Il y a eu une tentative de mise en place d’un tel service à l’échelle locale à Forest avec le Dispositif Relais mais qui n’a pas abouti” (cité 6 fois)



Recommandations citées par les travailleurs en CPAS

- Rééquilibrer les lits psychiatriques, augmenter leur nombre en fonction pour répondre aux besoins de la Région bruxelloise (décision appartenant au fédéral) ;
- Améliorer le travail de communication entre secrétariats sociaux d'hôpitaux et CPAS.
- Prévenir systématiquement de la sortie d'institutions des plus précaires pour assurer la mise en place d'un réseau (éviter les sorties sèches)
- Disposer d'accueil à bas seuil sans conditions.
- Favoriser la démarche d'"aller vers" les personnes en errance en renforçant les moyens de l'équipe mobile précarité l'EMC 107 à la hauteur des besoins manifestés.
- Renforcer le soutien à la création de nouvelles initiatives : Centres sociaux santé intégrés, multi ou pluri-agrémentés et nouveaux modèles de travail en réseau, salles de consommations à moindre risque ... et planifier leurs lieux d'implantations.
- Avoir plus d'indicateurs sur les personnes se retrouvant sans logement à la sortie d'institutions et sans solution d'hébergement.
- Augmenter significativement le nombre de places en maison d'accueil pour les personnes sans-abris rencontrant des difficultés de santé mentale.
- Agir sur la problématique du logement : Pousser à l'intégration systématique de logements sociaux dans les projets immobiliers.
- Des conditions de prise en charge dignes (non saturées, avec des délais raisonnables et un suivi assuré) en hospitalier, ambulatoire mais aussi en hébergement : Maisons de Soins Psychiatriques (MSP), Initiatives d'Habitations Protégées (IHP) permettant une continuité des soins en santé mentale.
- Abandonner la pratique du PIIS en CPAS et faire connaître les dérives qui y sont liées.
- Faire en sorte que les services juridiques des CPAS puissent prendre en compte le vécu des usagers, en particulier en ce qui concerne les PIIS et l'activation.
- Développer l'accompagnement physique en toute circonstance qui le nécessite
- Augmenter le nombre de logements de transit dans les communes.
- Augmenter la rapidité pour l'obtention de la carte médicale.
- Développer des outils de communication en santé mentale en collaboration avec les CPAS et les coordinations sociales.
- Pouvoir faire appel gratuitement aux services interprétariat.
- Assurer des accueils de première ligne avec des activités proposées, des démarches entreprises en matière de travail communautaire.
- Créer un service de santé mentale en interne au CPAS (comme à Charleroi et Berchem)

"On devrait pouvoir gérer en interne les fragilisés ayant des difficultés à devoir faire face à des contrariétés".

... 12.1

Recommandations au niveau du travail en réseau et de la réforme 107

Souvent citées:

- “Dépasser le clivage secteur public et associatif, mieux collaborer.”
- “Accéder à une aide en temps réel pour les problématiques où la vie d’une personne est en jeu.”
- “Il faudrait une équipe mobile axée sur la précarité et disponible pour tous les CPAS”⁶⁰ (citée six fois)
- “Un réseau plus présent, avec plus de contacts entre les équipes mobiles et les CPAS. Développer de plus en plus ce lien.”
- Augmenter le nombre de partenaires dans le réseau: “Pour que le réseau fonctionne mieux il est nécessaire de mieux percevoir l’ensemble des difficultés de la personne (santé mentale y compris) pour que les relais puissent être mis en place. Tous les acteurs de terrain peuvent aider au niveau médico-psycho-social. L’aide à la personne est le but ultime.”
- Développer une approche communautaire “Que le réseau ambulatoire s’appuie plus sur l’entourage relationnel et social de chaque patient.”
- “Avoir une “porte de sortie” pour gérer les situations de crise quand les travailleurs ne savent pas ou plus comment agir. Que quelqu’un du secteur de la santé mentale puisse prendre le relais quand on ne sait plus gérer.”
- Pouvoir assurer un suivi minimum: “Avoir plus de contacts avec les services de soins à l’échelle locale tels que les SSM. Cette accroche permet de glaner çà et là des informations sur des personnes dont le CPAS était sans nouvelles.”
- “Rechercher un partenariat pluridisciplinaire avec les acteurs travaillant dans la rue, en instaurant des modalités souples et réactives d’échanges et d’accès aux soins permettant de négocier un travail avec la personne.” Ces services manquent cependant de moyens.
- Avoir plus de contact avec le réseau au sein des CPAS: “Si le secteur santé mentale sortait de son cadre à lui et venait à la rencontre de notre public et qu’on travaillait le communautaire, ça se passerait mieux. Parce que nos portes sont ouvertes mais il faut que le réseau vienne jusqu’à nous.”

... 12.2

Recommandations en matière de formation

Etant donné que des usagers sont imprévisibles, instables et singuliers dans leurs réactions, des assistants sociaux disent leurs besoins d’avoir des bases pour réagir au mieux en fonction des situations rencontrées.

L’enquête a permis de pointer que les formations qui se font en Wallonie semblent être mieux connues qu’à Bruxelles⁶¹.

Les recommandations sont:

- “Répertoire de manière plus claire l’offre de formation liée à la santé mentale existante à Bruxelles”.

⁶⁰ Certains CPAS ayant formulé cette recommandation l’existence de l’équipe EMC -107, d’autres en ont connaissance et la savent débordée, sans moyens suffisants pour répondre à leur demande.

- “Chaque travailleur de CPAS devrait bénéficier d’une plus grande reconnaissance, avoir une évaluation et un salaire adapté au travail fourni et lié à l’expérience, entre autres pour lutter contre le turn-over”.
- “La formation en santé mentale devrait avoir lieu durant le cursus scolaire”
- “Mieux former le personnel aux questions de santé mentale sur le long terme et sensibiliser les présidences de CPAS à l’importance d’un temps de formation”

••• 12.3

Recommandations au niveau de la pratique locale

Les deux premiers points font l’unanimité :

- Un rapprochement et une harmonisation des pratiques entre les différents CPAS sont nécessaires.
- Il faut augmenter l’offre de services de soin à bas seuil avec soins de santé mentale (ex: des permanences psychologiques avaient été instaurées en 2016 dans le cadre du dispositif hivernal 86.400 qui accompagne des personnes sans-abri en journée durant la période hivernale ⁶² mais ont ensuite été supprimées faute de moyens).
- “Il faudrait interdire la suppression des adresses de référence pour les personnes sans-abri “avec problèmes psychiatriques avérés”, les personnes handicapées et les doubles diagnostics (retard mental et comorbidité).”
- Prévoir des exceptions la règle générale de la “compétence territoriale”⁶³ pour les personnes en grande difficulté de santé mentale. NB : C’est déjà le cas pour les personnes prises en charge à Transit (secteur assuétudes).
- “Pouvoir faire plus appel aux agents de quartiers pour de l’accompagnement physique, entre autres”.
- “Avoir des psychiatres en maisons médicales”.

Ordinairement, on ne trouve pas de spécialistes au sein des maisons médicales bruxelloises essentiellement des médecins généralistes. La situation est différente dans les régions rurales.

A Bruxelles, les maisons médicales officient en tant que service de première ligne.

Le relais est organisé en leur sein vers des services de santé mentale. Certaines font de la santé mentale “malgré elles” : elles collaborent avec des spécialistes en santé mentale comme des psychologues qui viennent de temps en temps sur place.

⁶¹ Trois questions fondamentales faisant état d’un besoin concret de formation avaient déjà émergé lors de la journée organisée le par la Coordination de l’Action Sociale de Schaerbeek CASS de Schaerbeek:

-Comment faire face aux “bizarreries” et/ou aux “comportements dérangeants” d’un usager qui mettrait à mal le fonctionnement de l’institution et/ou son propre projet futur ?

-Comment réagir face aux propos incohérents d’une personne qui refuse l’aide, qui met en péril sa propre vie ou qui refuse les aides sociales auxquelles elle pourrait avoir droit ?

-Quelles sont les limites de l’accompagnement de personnes qui cumulent une grande précarité et des problèmes psychologiques ou psychiatriques ?

⁶² <http://www.86400.be/>

⁶³ https://mi-is.be/sites/default/files/documents/guide_pratique.pdf



Quelques exemples de bonnes pratiques expérimentées en CPAS..

- Engager un accompagnateur social pour assurer l'accompagnement de personnes dans les situations les plus compliquées. Une telle expérience a souvent lieu dans le cadre d'un contrat de quartier et est jugée comme très efficace par les CPAS mais prend généralement fin en même temps que le contrat de quartier.
- Donner les moyens d'organiser un travail de rue au niveau communal (maraudes) pour parvenir à travailler avec un public mobile qu'on ne trouve pas toujours (exemple du CPAS de Bruxelles: Engagement récent de deux travailleurs sociaux au CPAS pour réaliser des maraudes).
- Augmenter le nombre de travailleurs dans certains services de CPAS pour permettre un meilleur accompagnement.
- Avoir un réseau modèle avec des réunions de réseau avant la sortie de la personne hospitalisée avec l'ensemble des parties prenantes en en ce compris les services d'aide aux sans-abris et une convocation de réunion quand un problème se présente.
- Inciter les personnes qui peuvent se débrouiller seules à faire les démarches de manière autonome en remettant une liste de contacts rédigée par le CPAS.
Exemple: imprimer l'itinéraire jusqu'au lieu de rendez-vous sur internet en indiquant les numéros de transports en commun.
- Mettre en place un réseau d'intervention avec les coordinations sociales et différentes associations (Accompagnement et prise en charge pluridisciplinaire respectant la dignité de la personne: Nouer le contact et développer le suivi, apprendre aux personnes à faire le tri).
- Parvenir à rassembler un maximum d'intervenants du réseau (réunion de coordination: Hôpital, famille, soins à domicile, ...) au même moment pour s'aligner plus facilement sur des réponses très pratiques (fréquences des soins, etc..).
- Tenter de mettre en place une aide familiale pour les personnes en situation d'isolement extrême ou les inviter en centre de jour.
- Organisation de séances d'information sur ce qu'est un CPAS, quels sont les droits, qu'est-ce que le Revenu d'intégration sociale (RIS). Ces mesures doivent avoir pour effet de rassurer et apaiser le public en général..
- Fixer des rendez-vous à l'accueil pour montrer les itinéraires vers le "service participation sociale" par exemple.
- Faire appel aux aides aux logements pour les plus précaires.
Exemple: subside public défavorisé pour le logement de Roms (souvent des grandes familles). Seul le CPAS de Forest l'a fait jusqu'à présent (Molenbeek et Anderlecht devraient suivre).
- Organiser plusieurs fois par an des réunions où les soignants agréés (médecins généralistes, pharmaciens, dentistes, infirmières nouvellement agréés suite à la réduction d'hospitalisation post maternité) puissent venir échanger sur leur vécu, leurs besoins. Ils pourraient envoyer leurs questions par mail avant la réunion.
- Engager un ou une référent.e santé mentale pour mieux connaître le panel d'offres de services publics et privés pratiquant les tarifs Inami.

14 Conclusions

“Une fois que précarité et santé mentale sont mêlées, on ne peut pas les dissocier l’une de l’autre dans la prise en charge. Mais il faut agir rapidement. Plus on attend, plus la situation peut devenir chronique et se dégrader. Et il faut agir sur l’ensemble des problèmes.”

“J’ai parfois l’impression qu’on met des rustines partout... On est un point d’appui local pour énormément de choses, au final c’est incroyable, parce qu’on n’est pas du tout spécialisés, ce n’est pas toujours notre mission et on doit le faire quand même.”

“Psy 107, ok mais comment ça va aider concrètement ? On invente la voiture et puis on pense au permis...”

... 14.1

Au vu des résultats de l’enquête

Face aux manquements à combler, il va de soi que le besoin dominant est une stratégie politique de lutte contre la pauvreté. Seule une approche conjointe de toutes les autorités du pays permettra d’affronter ce défi.⁶⁴ Il est urgent de faire de la lutte contre la pauvreté une stratégie gouvernementale sous la nouvelle législature, de mettre en place des plans d’action spécifiques et d’assurer le suivi de ces plans.

Les témoignages au sein de ce rapport pointent l’impression pour les travailleurs de CPAS d’être là “trop tard” pour réagir efficacement lors de problématiques de santé mentale, de devoir rapidement “trouver des solutions qui n’existent pas”.

Le travail individualisé mené par les assistants sociaux et réalisé dans de bonnes conditions est visiblement plus aisé dans les CPAS de petite taille, dans des communes moins densément peuplées, généralement situées hors du Pentagone. Mais l’augmentation des publics est en hausse partout en Région bruxelloise. Tandis que les dépenses de l’Onem baissent suite aux exclusions liées aux mesures d’“activation du comportement de recherche emploi”, les dépenses des CPAS explosent véritablement.

Le rapport questionne en particulier la capacité de notre système de santé à prendre en compte un public souffrant de problématiques de santé mentale avant inflation, chronicisation, et dégradation de situations ne pouvant parfois plus être traitées sur le mode du rendez-vous.

Malgré l’existence d’une couverture santé en Région bruxelloise, des personnes précarisées se retrouvent totalement laissées pour compte, voire abandonnées des soins. Les cas les plus fréquemment cités par les CPAS sont les personnes avec pathologies sévères qui évitent le contact, celles sortant d’institutions pour lesquelles rien n’est organisé en terme de suivi et accompagnement (sorties sèches), celles aux prises avec des doubles diagnostics (assuétudes -santé mentale) et celles qui retombent facilement dans l’errance.

Quel espace de soin existe pour des invisibles qui se cachent ou pour les personnes silencieuses ?⁶⁵

Le système de soins de santé en Région bruxelloise, à la suite de multiples évaluations, a été présenté comme un système à deux vitesses. Mais la situation est alarmante.

⁶⁴ Les revendications des CPAS pour une vie conforme à la dignité humaine pour chacun(e) d’ici 2024

⁶⁵ MSF appelle à la création à Bruxelles d’un centre ouvert d’accueil et d’orientation, sur le modèle français avec espace de repos et d’information sur l’accès aux droits de base

En laissant de côté des “laissés pour compte”, avec des moyens mis en oeuvre qui ne permettent pas de répondre aux besoins, nous devons faire face à des situations de non-assistance à personne en danger devant absolument être remises en question.

L'intention première au fondement de la réforme des soins de santé mentale est d'amener les soins dans le milieu de vie des personnes, mais pour certaines d'entre elles, en augmentation, il n'y a tout simplement “pas ou plus de milieu de vie” comme en témoignent certains exemples de personnes totalement livrées à elles-mêmes (sans-abris, personnes extrêmement isolées refusant tous liens avec le monde médical, ...). Une multitude de personnes se retrouvent donc exclues de l'accès aux soins: 759 personnes ont été comptabilisées en rue et dans les espaces publics selon le dernier dénombrement de la Strada (2018), et plusieurs services d'accueil à bas seuil dénoncent la tendance à l'augmentation du nombre de sans-abri souffrant de pathologies psychiques ou psychiatriques dont de nombreux psychotiques en errance⁶⁶. Les personnes qui sont dans la précarité en matière de droit de séjour sont dans une forme d'invisibilité. Elles se mettent en danger.

Les principes de responsabilité populationnelle, de solidarité, d'accès universel aux soins ne sont pas respectés et rien ne permet de s'assurer que la situation va évoluer favorablement pour l'ensemble de la population bruxelloise. Avec les moyens actuels, les problèmes des personnes en précarisées risquent de n'être réglés que de façon fragmentaire.

... 14.2

Les limites du travail social au sein des CPAS

Les CPAS réalisent d'importants efforts pour faire face à la pauvreté grandissante. Les assistants sociaux sont débordés, leur temps d'écoute est réduit au détriment d'un travail administratif qui doit être priorisé. Ils ne peuvent plus travailler dans des conditions dignes permettant un échange fondamental.⁶⁷

Leur rôle a pourtant un aspect grandement facilitateur en matière d'accès aux droits sociaux: travail de proximité et développement de liens de confiance même parfois ténus. Ces points forts sont actuellement mis à mal avec l'introduction du PIIS et la fonction de contrôle social qui déforcent cette mission. De nombreux exemples cités par les travailleurs sociaux le démontrent.

Enfin, la situation est particulièrement inégale d'un CPAS à l'autre. L'importance des inégalités socio-spatiales au sein du territoire bruxellois particulièrement hétérogène, n'est pas sans répercussions sur la saturation de l'offre de soins de santé mentale dans les communes centrales ou très densément peuplées et dans l'ouest de la Région (St-Josse, Schaerbeek, St-Gilles, Bruxelles –Ville Molenbeek). Pour ne citer qu'un exemple de grandes disparités en termes de pauvreté entre les quartiers et les communes bruxelloises. Le taux de chômage le plus élevé est observé à Saint-Josse-ten-Noode (24 %) où les problématiques citées sont lourdes. Le plus faible taux de chômage est relevé à Woluwe-Saint-Pierre (9 %), commune avec une population assez nantie et âgée où la problématique la plus fréquente en santé mentale se résume en premier lieu à des démences séniles.

La problématique de l'accès à un marché du logement à prix décent exprimée à maintes reprises n'est pas un détail. C'est un marqueur qui montre à quel point il est nécessaire de répondre rapidement à ce défi.

⁶⁶ Entre 2008 et 2016, le nombre de personnes sans-abri comptabilisées lors des dénombrements en RBC a pratiquement doublé (+96%)

⁶⁷ Ce type d'échange a d'ailleurs tendance à être trouvé, avec soulagement pour certains usagers quand il existe un service de psychologue en interne au CPAS, comme dans le cas de Berchem-St-Agate.

... 14.3

La porte tournante

Le syndrome de la “porte tournante”, expression utilisée en France pour évoquer la situation en urgences psychiatriques, est similaire à Bruxelles : on fait sortir les gens de plus en plus vite alors que les possibilités de prises en charge à l’extérieur, ou de prise en charge ambulatoire et en réseau ne sont pas du tout assurées. Plus la personne est précarisée, plus la situation est ardue. La question de l’intervention des équipes mobiles auprès des précarisés doit se poser avec beaucoup plus d’actualité qu’elle ne l’est aujourd’hui.

L’extra-hospitalier est lui aussi engorgé. Le virage ambulatoire est donc mal négocié si des moyens supplémentaires ne sont pas disponibles : manque de lits, manque d’effectifs, manque de temps et besoins en augmentation. Les effets sont délétères sur les capacités de travail des professionnels. L’ensemble des composantes bruxelloises souffrent d’une même problématique : hôpitaux, services de soins de santé mentale, institutions de premières lignes, CPAS.

... 14.4

L’impact du PIIS

La méconnaissance de l’offre, les délais d’accès aux soins et la fonction de contrôle imposée aux CPAS altèrent la confiance des usagers de CPAS à se défendre avec les outils légitimes de notre société : faire usage de leurs droits et, dans ce cas particulier, celui de l’accès aux soins.

Les conditions de travail en CPAS doivent pouvoir être améliorées en s’opposant à la logique d’activation que prend la forme d’un PIIS. Le rôle des CPAS doit rester un rôle d’accompagnement et d’intermédiaire entre usagers et organismes pourvoyeurs de soins. Les injonctions contrôlantes liées au PIIS qui leur sont imposées sont en totale contradiction avec la fonction d’appui et d’accès à l’aide sociale et génèrent à leur tour de l’exclusion. Au regard des témoignages apportés, il y a lieu de s’inquiéter de la manière dont de nouvelles politiques et les pratiques ‘sociales’ imposées produisent de la violence et détricotent peu à peu les principes essentiels du travail social.

... 14.5

Le pouvoir du réseau dans le contexte actuel

Sans moyens conséquents, les problèmes d’accessibilité aux soins ne seront réglés que de façon insuffisante. Pour l’heure, la fluidité est absente : l’offre de soins ne suffit pas, l’aide apportée est discontinuée, et, plus pratiquement, l’information ne circule pas correctement. Les CPAS pointent le besoin d’une réelle politique de communication du secteur ‘santé mentale’ avec un numéro de téléphone unique, un plan de communication rendant visible le réseau unique bruxellois, ses quatre antennes, ses équipes mobiles, ses zones couvertes et ses publics différenciés.

Les travailleurs de CPAS font état du fait que les problématiques rencontrées par certains usagers touchent à la question du lien et de l’isolement également. Des nouvelles alliances thérapeutiques doivent pouvoir être déployées au niveau local : maraudes, équipe mobile précarité, réseaux, CPAS pour assurer l’établissement de liens et de médiation auprès des personnes les plus marginalisées. S’appuyer sur ces passerelles pour recréer du lien et

de la confiance qui sont autant des conditions pour assurer des interventions de prévention ainsi que des engagements de soins. L'idée de reconstruire du lien social de qualité au sein des quartiers, communes, communautés ne pourra se faire qu'en connectant plus étroitement les acteurs publics et les acteurs communautaires mais aussi ceux en charge de problématiques extérieures, au premier abord, au champ de la santé (cohésion sociale, ...) qui connaissent bien les patients et les quartiers. Le secteur de la santé mentale doit, à ce titre, se pencher avec discernement sur ces questions : Comment les travailleurs sociaux de CPAS peuvent-ils, en l'état de la situation, accompagner au mieux leurs usagers en santé mentale? Quels partenariats, quelles synergies devrait-on développer en priorité entre les CPAS et les autres acteurs sociaux sur cet axe du travail social ?

Pour y parvenir, il est impératif de prendre en compte l'offre au niveau local dans un premier temps, et d'assurer de nouveaux liens entre professionnels soutenant l'ensemble des services de première ligne qui avec le public spécifiquement précarisé.



18 CPAS en Région de Bruxelles-Capitale

Profils et situations les plus fréquents pour lesquelles il est fait relais vers

AUDERGHEM	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions financières pour des personnes déjà en institution • Contexte familial difficile • Multi-problématiques
BERCHEM-SAINTE-AGATE	<ul style="list-style-type: none"> • Etats dépressifs, plus de motivation à vivre • Isolement difficile à vivre • Déficiences intellectuelles (beaucoup de jeunes. En augmentation +) • Assuétudes au sens large • Confrontation au deuil
BRUXELLES	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes sans-abri (en augmentation ++) • Personnes dépressives • Migrants ou réfugiés ayant vécu des traumatismes • Double diagnostic : santé mentale /assuétudes • Personnalités asociales/violentes
ETTERBEEK	<ul style="list-style-type: none"> • Assuétudes • Dépressions • Problème d'estime de soi • Personnes sans-abris • Victimes de violences intrafamiliales
EVERE	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes déjà suivies dans des services de santé mentale • Problèmes psychiatriques et psychiques " déjà installés"
FOREST	<ul style="list-style-type: none"> • Problématiques complexes et mêlées : isolement, sans abri, assuétudes, problèmes de santé, errance, difficulté à trouver un logement, ... (en augmentation ++) • Troubles dus à la situation et l'étendue du parcours en CPAS • Isolement • Comportements imprévisibles – Personnes dans une autre réalité
GANSHOREN	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions financières pour des personnes déjà suivies en santé mentale • Dépressions • Migrants ou réfugiés ayant vécu des traumatismes • Risque de suicide ou chantages au suicide • Personnes âgées ne pouvant gérer le quotidien
IXELLES	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les situations difficiles liées à un contexte précaire et à l'isolement • Contexte familial difficile • Difficultés à prendre en considération les problématiques de santé mentale de manière générale
JETTE	<p>Multi-problématiques dont discours incohérents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de Diogène • Assuétudes • Grand isolement difficile à vivre • Réfugiés qui perdent pied

des services de soins en santé mentale (maximum 5 situations)

KOEKELBERG	<ul style="list-style-type: none"> • Multi-problématiques • Assuétudes • Grand Isolement/ dépression • Personnes sans-abri/ difficultés en logement • Situation familiale compliquée
ST-JOSSE	<ul style="list-style-type: none"> • Multi-problématiques • “ Quand on voit que les usagers ont un problème” • Violences conjugales • Assuétudes • Justiciables en difficulté
MOLENBEEK	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes sans-abris (en augmentation ++) • Assuétudes • Problèmes psychiatriques et psychiques “ déjà installés” • Situation familiales compliquées • Demande de prise en charge d’enfants
SAINT-GILLES	<ul style="list-style-type: none"> • Assuétudes • Personnes dépressives • Sans-abris <p>(30% de personnes non disponibles pour emploi, formation, ...)</p>
SCHAERBEEK	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles du comportement souvent dus à l’étendue des parcours en CPAS >estime de soi anéantie, agressivité • Pathologies psychiatriques lourdes • Public jeune et problèmes de santé mentale • Sortie de prison
UCCLE	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention financière pour des personnes déjà suivie en santé mentale • Isolement • Situations difficiles liées à la précarité • Désorientations/confusion
WATERMAEL-BOITSFORT	<ul style="list-style-type: none"> • Assuétudes (sans autres pathologies) • Doubles diagnostiques (assuétudes + pathologies) • Difficultés relationnelles (parents/ jeunes) • Désorientations au sens large (Mena, sans-abri) • Paranoïa
WOLUWE-ST-LAMBERT	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention financière pour des personnes déjà suivies en santé mentale • Dépression/ isolement • Problématiques psychiatriques lourdes ou avérées <p>Sans-abris</p>
WOLUWÉ-ST -PIERRE	<ul style="list-style-type: none"> • Démences séniles • Isolement

18 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale	5 partenaires DANS la commune auxquels le CPAS fait appel pour une prise en charge en santé mentale	Raison citée
AUDERGHEM	<ul style="list-style-type: none"> • MG • Maison médicale • SSM Le grès • Planning familial Cafra 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité
BERCHEM-SAINTE-AGATHE	<ul style="list-style-type: none"> • psy clinicienne en interne) • MG • Les deux Maisons médicales de la commune • Planning Famial Karreveld 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité • Connaissances interpersonnelles
BRUXELLES	<ul style="list-style-type: none"> • Hermes Plus (convention) • Maisons médicales (convention) • Service psychiatrie de Saint-Pierre • Antonin Artaud • Maison d'accueil d'aide aux sans-abri 	<ul style="list-style-type: none"> • Conventions • Proximité
ETTERBEEK	<ul style="list-style-type: none"> • Psycho Etterbeek • Centre de guidance • Educateurs de rue (pour les sans -abris) • Planning familial Lema + Collectif contraception • PMS des écoles 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité
FOREST	<ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble des lieux où sont déjà suivis des usagers • MG avec conventions dans les communes limitrophes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conventions • Proximité
GANSOREN	<ul style="list-style-type: none"> • Deux maisons médicales de la commune • Antonin Artaud • Maison d'accueil d'aide aux sans-abri 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité
ETTERBEEK	<ul style="list-style-type: none"> • Psycho Etterbeek • Centre de guidance • Educateurs de rue (pour les sans -abris) • Planning familial Leman + Collectif contraception • PMS des écoles 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité
FOREST	<ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble des lieux où sont déjà suivis des usagers • MG avec conventions dans les communes limitrophes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conventions • Proximité

	5 partenaires HORS commune auxquels le CPAS fait appel pour une prise en charge en santé mentale	Raison citée
	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpitaux généraux • Hôpitaux spécialisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins spécifiques
	<ul style="list-style-type: none"> • MG • Hermes Plus • SSM • Plannings familiaux • Hôpitaux avec services psy 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilité du suivi avec Hermes Plus
	<ul style="list-style-type: none"> • Titeca • Le Domaine (Brabant-Wallon) • Centres de cure et de post cure Sanatia • Brugmann (mais pas une très bonne collaboration) 	<ul style="list-style-type: none"> • Habitude • Sur demande du médecin
	<ul style="list-style-type: none"> • Fond Roy • Unité 72 Brugmann • Enaden • Psychiatres privés • Transit 	<ul style="list-style-type: none"> • Les usagers y vont d'eux même • Habitudes • Proximité
	<ul style="list-style-type: none"> • L'Adret • Maisons médicales • MG • SMES pour le projet Housing First du CPAS • Dispositif relais 	<ul style="list-style-type: none"> • Conventions, habitudes
	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique Sans soucis = Jette mais à 100 m • Brugmann (mais pas une très bonne collaboration) 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité • Facilité
	<ul style="list-style-type: none"> • Fond Roy • Unité 72 Brugmann • Enaden • Psychiatres privés • Transit 	<ul style="list-style-type: none"> • Les usagers y vont d'eux même • Habitudes • Proximité
	<ul style="list-style-type: none"> • L'Adret • Maisons médicales • MG • SMES pour le projet Housing First du CPAS • Dispositif relais 	<ul style="list-style-type: none"> • Conventions, habitudes

18 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale	5 partenaires DANS la commune auxquels le CPAS fait appel pour une prise en charge en santé mentale	Raison citée
GANSHOREN	<ul style="list-style-type: none"> • Deux maisons médicales de la commune • Infirmière de maison de repos du CPAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité
IXELLES	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de guidance d'Ixelles • Solbosch • Hôpital d'Ixelles • CASG 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité
JETTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sans soucis • MG • Prisme Nord Est • Brugmann • UZ Brussel 	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne ressources + réseau bien développé sur Jette
KOEKELBERG	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensaire (service médical) du CPAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité
MOLENBEEK	<ul style="list-style-type: none"> • MG • Maisons médicales • SSM d'Ici et d'ailleurs • Equipes mobiles 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité
SAINT-GILLES	<ul style="list-style-type: none"> • SSM Saint Gilles • Maison médicale • Maison médicale Galilée • Equipes mobiles pour le Housing first uniquement • Collectif Violette 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité
SAINT-JOSSE	<ul style="list-style-type: none"> • Le Méridien • Sanatia • Réseau d'aide au sens large avec assentiment de l'utilisateur • Le R.A.T 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité • Les maisons de médicales de la commune ne sont pasw spécialisées en Santé mentale
SCHAERBEEK	<ul style="list-style-type: none"> • SSM Le Méridien • SSM La Gerbe • SSM Anaïs • Transit 	<ul style="list-style-type: none"> • Bonnes ressources, contacts interpersonnels

	5 partenaires HORS commune auxquels le CPAS fait appel pour une prise en charge en santé mentale	Raison citée
	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique Sans soucis = Jette mais à 100m du CPAS de Ganshoren • Brugmann • Primavera à Jette (cité comme saturé) • Hôpital Saint-Pierre • Services spécialisés pour candidats réfugiés via Fedasil 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité • Facilité d'entrée
	<ul style="list-style-type: none"> • St Pierre • Bordet • Transit 	<ul style="list-style-type: none"> • Bonnes ressources pour soins spécialisés
	<ul style="list-style-type: none"> • Tractor • Hermes Plus • Maya • SMES B • Projet Lama 	<ul style="list-style-type: none"> • Bonnes ressources
	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique Sans-soucis • Psychiatres ou psychologues privés • Le Pélican • Fond Roy • Centre de prévention des violences conjugales 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité
	<ul style="list-style-type: none"> • Sans-soucis ou autres Hôpitaux psychiatriques • Hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité, bon contacts, proximité
	<ul style="list-style-type: none"> • Rien 	<ul style="list-style-type: none"> • Car politique interne privilégiant les soins de proximité (sauf situation exceptionnelle)
	<ul style="list-style-type: none"> • La Gerbe • Messidor 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité
	<ul style="list-style-type: none"> • Le SAS Evere • Services de communes limitrophes 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité

18 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale	5 partenaires DANS la commune auxquels le CPAS fait appel pour une prise en charge en santé mentale	Raison citée
UCCLE	<ul style="list-style-type: none"> • Centre médical du CPAS • Psychiatres si personnes déjà suivies • Centre de guidance 	<ul style="list-style-type: none"> • Ces professionnels peuvent contacter d'autres spécialistes
WATERMAEL-BOITSFORT	<ul style="list-style-type: none"> • Planning familial (av Weiner) • CEFAS = service de prévention et de cohésion social de WB, association para communale (Santé mentale, violences conjugales, espace famille) • COE (centre d'orientation éducative) ou Centre privé les Begonias • SSM WB • MG de la résidence pour personnes âgées pour situations de crise 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité • Expérience connue
WOLUWÉ-ST -PIERRE	<ul style="list-style-type: none"> • Le Chien vert • Service Passerelle attentenant à la Maison de quartier • Chapelle-aux-Champs 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité
WOLUWÉ-ST-LAMBERT	<ul style="list-style-type: none"> • WOPS • Chapelle aux champs • Psy mobile • Planning familial • Maison médicale Via santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Parce que la personne est déjà suivie là • Proximité

	5 partenaires HORS commune auxquels le CPAS fait appel pour une prise en charge en santé mentale	Raison citée
	<ul style="list-style-type: none"> • Smes-B • Fond Roy • Saint-Pierre • Titeca • services de post-cure 	<ul style="list-style-type: none"> • Bonnes ressources
	<ul style="list-style-type: none"> • Clos Chapelle aux champs • Psycho Belliard Plaine • Sentiers de la Varappe (service d'accompagnement à l'autonomie des jeunes) • Dionysos (rarement) • MG de la résidence pour personnes âgées pour situations de crise 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste d'attente acceptable
	<ul style="list-style-type: none"> • SMES-B • Urgences psy St Luc • Tela • Se.SA.ME • Cellule mobile de crise 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité
	<ul style="list-style-type: none"> • Le Chien vert • SSM de St Gilles • Psychiatres en hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Parce que la personne est déjà suivie là • Proximité • Réputation

Annexes

- Définition du terme CPAS par le CRISP
- Questionnaire vierge
- Tableau des problématiques les plus fréquentes par CPAS
- Tableau des habitudes de relais dans les communes
- Tableau des habitudes de relais hors communes

Sources récoltées dans le cadre de l'enquête:

- Témoignages enregistrés en 2018, dans les services sociaux généralistes des 19 CPAS bruxellois (sauf Anderlecht) et témoignage communiqué par mail pour Evere

Bibliographie:

- Actes de la Journée de la Coordination de l'Action Sociale de Schaerbeek (CASS), "Santé mentale et précarité: Qui mène la danse ?", 2016
- Degraef Véronique, Recherche-Action sur l'accompagnement des personnes dans les CPAS bruxellois. Note de synthèse, 2013
- Degraef Véronique, Derache Claire, Coppens Kathleen, Recherche -action 'Sans-abrisme et Santé mentale', 2014
- Willaert Alain, Moriau Jaques, Evolution des problématiques sociales et de santé, 2013-2018: analyse et recommandations: secteurs social et santé à Bruxelles, 2018
- Mondelaers Nicole, Thuislozenzorg - OCMW's: drempel tot sociale grondrechten wegwerken | Secteur de l'aide aux sans-abri - CPAS: faciliter l'accès aux droits sociaux fondamentaux, 2014
- Rapport d'activités de Brulocalis, 2018
- Rapport annuel 2017 de la Fédération des CPAS bruxellois
- Développer et améliorer des services d'appui aux professionnels des soins, 2018, RMLB
- Rapport d'activité de l'Equipe mobile 107 - Précarité, 2018
- Cocu Christophe, Dubois Fanny, Memorandum 2018-2019 de la Fédération des Maisons médicales. Enjeux locaux, régionaux, fédéraux, européens. 10 recommandations, 101 propositions pour une autre politique de santé
- Baromètre du social 2018, Observatoire de la Santé et du Social

Définition du terme CPAS par Crisp (Centre de Recherche et d'Information sociopolitique):

Service public autonome, installé dans chaque commune, et chargé de l'octroi d'une aide sociale généraliste.

La loi impose à chaque **commune** d'organiser un centre public d'action sociale (CPAS), auparavant dénommé centre public d'aide sociale. Le CPAS est chargé d'apporter une aide sociale à tout habitant de la commune qui en fait la demande et qui remplit les conditions nécessaires. L'examen des conditions suppose une enquête sur les revenus. Cette aide peut prendre diverses formes: aide financière, aide médicale, avance sur pensions alimentaires, aide psychologique, accueil de crise, etc. Le CPAS est en particulier chargé d'octroyer le revenu d'intégration sociale (anciennement dénommé minimex). Le CPAS peut également créer ou gérer des établissements et services à caractère social (maisons de repos, services à domicile, etc.).

La législation sur les CPAS relève largement des **communautés**, ou, dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, de la **Commission communautaire commune**. Pour la région de langue française, la Communauté française a transféré l'exercice de ses compétences en la matière à la **Région wallonne**. Le revenu d'intégration sociale demeure une compétence fédérale. Le CPAS est géré par le conseil de l'aide sociale. Les membres de ce conseil sont élus par les conseillers communaux (sauf dans huit **communes à statut linguistique spécial**, où ils sont élus directement en même temps que le conseil communal). Leur nombre est proportionnel à la population de la commune. Les conseillers de l'aide sociale élisent en leur sein un président. Le président du CPAS reçoit une indemnité égale à celle d'un échevin. Chaque CPAS a en outre un receveur et un secrétaire. Les moyens financiers dont disposent les CPAS sont partiellement liés à la richesse de la commune, ce qui constitue un facteur d'inégalité pour les usagers.

Le **collège des bourgmestres et échevins** (en Wallonie, le collège communal) est chargé du contrôle du CPAS, sur lequel il exerce une **tutelle**. Pour certaines matières, les autorités communautaires ou régionales exercent également une tutelle.





Le rapport est disponible sur le site internet de la PFCSM
Dit verslag is beschikbaar in het Nederlands
Pour plus d'informations, contactez la PFCSM: 02/289 09 60

Bruxelles, mai 2019



Plateforme Bruxelloise
pour la Santé Mentale

Avec le soutien de



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE