



Ligue Bruxelloise Francophone
pour la Santé Mentale

Rapport d'activité 2012

53, rue du Président – 1050 Bruxelles
Tél : 02/511 55 43
Fax : 02/511 52 76
Email : lbfsm@skynet.be
Site web : www.lbfsm.be



Equipe

- | | |
|-----------------------|---|
| ▪ Eric Messens | Directeur, psychologue |
| ▪ Pascal Banzira | Informaticien |
| ▪ Ariane Coppens | Documentaliste |
| ▪ Michèle De Bloudts | Coordinatrice – animatrice – assistante sociale |
| ▪ Mirella Ghisu | Coordinatrice – animatrice – conseillère en insertion |
| ▪ Philippe Hoyois | Sociologue – chercheur |
| ▪ Gabrielle Lana | Graphiste (14 juin 2012) |
| ▪ Véronique Quoidbach | Secrétaire |
| ▪ Sophie Tortolano | Assistante à la coordination générale – psychologue |

Conseil d'administration

- Dr. Denis Hers – Président *jusqu'au 4 juin 2012* (Centre Chapelle-aux-Champ - U.C.L.)
- Dr. Charles Burquel président *à partir du 4 juin 2012* (S.S.M. Le Méridien et La Gerbe)
- Manuel Fagny vice-président *à partir du 4 juin 2012* (S.S.M. de l'U.L.B.)
- Elisabeth Collet – Trésorière (S.S.M. L'Adret)

- Michel Batugowski *jusqu'au 4 juin 2012* (S.P.S.T. La Pièce – asbl L'Equipe)
- Gigliola Corato *jusqu'au 4 juin 2012* (Centre de Jour du Centre médical Enaden)
- Dr. Maria Soledad Gallego *jusqu'au 4 juin 2012* (S.S.M. Forest-Uccle-Watermael-Boitsfort)
- Dr. Antoine Masson *jusqu'au 4 juin 2012* (Centre Chapelle-aux-Champ – U.C.L.)
- Dr. Enio Ranalli *jusqu'au 4 juin 2012* (S.P.S.T. Le Code – asbl L'Equipe)
- Dr. Rita Sferrazza *jusqu'au 4 juin 2012* (S.S.M. de L'U.L.B.)

- Carine Caulier *à partir du 4 juin 2012*
- Dr. Catherine Coupez *à partir du 4 juin 2012*
- Martine Ghiotto (Centre Médical Enaden)
- Marie-Cécile Henriquet (S.S.M. Le Méridien)
- Dr. Denis Hers (Centre de Guidance de Chapelle-aux-Champ - U.C.L.)
- Dr. Jean-Philippe Heymans *à partir du 4 juin 2012* (S.S.M. Le Chien Vert)
- Samira Kholti Boumlaqui (S.S.M. Psycho – Etterbeek)
- Dr. Claire Van Daele *à partir du 4 juin 2012* (Centre Chapelles-aux-Champs)
- Alain Vanoeteren *à partir du 4 juin 2012* (S.S.M. Ulysse)
- Dr. Nicole Zucker *à partir du 4 juin 2012* (S.S.M. Sesame)

Invités :

- Paul Jaumaux, Président de la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois (F.S.S.M.B.)
- Eric Messens, Directeur de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (L.B.F.S.M.)

Coordinateurs

- Coordination Enfance
Anne Labby – S.S.M. L'Été
- Coordination Adolescence
Annick Delferière – S.S.M. Chapelle-aux-Champ - U.C.L.
Stéphanie Martens – S.S.M. de Saint-Gilles
- Coordination Personnes Agées
Isabelle Boniver – S.S.M. Le Wops
- Coordination Urgences U.L.B.
Philippe Hoyois
- Coordination Urgence U.C.L.
Claudine Delsart
Noémie Van Snick
- Coordination Santé Mentale et Précarités
Manu Gonçalves – S.S.M. Le Méridien

Animateurs de groupe de travail

- Entre Autruche & Girafe
Dr. Frédérique Van Leuven – S.S.M. Le Méridien
Cathy Caulier S.S.M. de Saint-Gilles
- Pratiques cliniques avec les justiciables
Benjamin Thiry, Elodie Posson, Caroline Mertens

Représentations et participations

La L.B.F.S.M. est représentée ou présente, via ses permanents et/ou ses membres :

- A la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois (F.S.S.M.B.)
- A la Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques (F.S.P.S.T.)
- Au conseil Consultatif Bruxellois Francophone de la Santé et de l'Aide aux personnes – Section « Services Ambulatoires »
- Au conseil d'administration et à l'Assemblée générale de la Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale
- A l'Assemblée générale de Santé Mentale Europe (S.M.E. /M.H.E.)
- Au Conseil d'administration de l'asbl Psymages
- Au Conseil d'administration du S.M.E.S-B (Santé Mentale Exclusion Sociale – Belgique) et à l'Assemblée générale de S.M.E.S- Europe
- A l'Assemblée générale du Conseil Bruxellois de Coordination Social (C.B.C.S.)
- Au Conseil d'administration de l'Union Internationale d'Aide à la Santé Mentale (U.I.A.S.M.)
- Au Conseil d'administration du Comité Européen : Droit, Ethique et Psychiatrie (C.E.D.E.P.)
- A la Plate-Forme de concertation des professions de la santé mentale

❖ 2012-2013 - Membres de la L.B.F.S.M.

Services de Santé Mentale Bruxellois Agrées par la Commission Communautaire Française (COCOF)

- **Le Norois**
Rue Ernest Salu, 74 - 1020 Bxl.
Tél./Fax : **02/478.82.40**
- **A.N.A.I.S.**
Avenue Maréchal Foch, 35 – 1030 Bruxelles
Tél : **02/242.11.36** - Fax : **02/248.07.73**
- **La Gerbe**
Rue Thiéfry, 45 -1030 Bxl.
Tél : **02/216.74.75** - Fax : **02/215.18.79**
- **Centre de Guidance d'Etterbeek**
Avenue des Casernes, 29 - 1040 Bxl.
Tél : **02/646.14.10** - Fax : **02/646.91.96**
- **Psycho-Etterbeek**
Rue Antoine Gautier 106 - 1040 Bxl.
Tél : **02/735.84.79** - Fax : **02/732 08 71**
- **Centre de Guidance d'Ixelles**
 - Département adultes
Rue de Naples, 35 - 1050 Bxl.
Tél : **02/515.79.10** - Fax : **02/513.33.73**
 - Département enfants, adolescents et familles
Rue Sans Souci, 114 - 1050 Bxl.
Tél : **02/647.73.91** - Fax : **02/644.28.94**
- **Free Clinic**
Chaussée de Wavre, 154 A - 1050 Bxl.
Tél : **02/512.13.14** - Fax : **02/502.66.83**
- **Ulysse**
Rue de l'Ermitage 52 – 1050 Bruxelles
Tél./Fax : **02/533.06.70**
- **Service de Santé Mentale de l'U.L.B.**
 - **Psycho-Belliard Plaine**
Bd. du Triomphe,
C.P. 254 accès 2 Bât. HB - 1050 Bxl.
Tél : **02/650.59.84** ou **02/650.59.26** - Fax : **02/650.59.65**
 - **Psy-Campus**
Avenue Buyl, 127, C.P. 184 - 1050 Bxl.
Tél : **02/650.20.25/26** - Fax : **02/650.26.24**
 - **Centre de guidance**
Rue Haute, 293 - 1000 Bxl.
Tél : **02/503.15.56** - Fax : **02/289.07.46**
- **Centre de Guidance de Saint-Gilles**
Rue de la Victoire 26 - 1060 Bxl.
Tél : **02/542.58.58** - Fax : **02/538.84.74**
- **Centre Médico-Psychologique du Service Social Juif**
Avenue Ducpétiaux, 68 - 1060 Bxl.
Tél : **02/538.14.44** - Fax : **02/538.37.04**

- **D'Ici et d'Ailleurs**
Rue Fernand Brunfaut 18 B – 1080 Bxl.
Tél : **02/414.98.98** - Fax : **02/414.98.97**

- **S.S.M. Champ de la Couronne**
Rue du Champ de la Couronne, 73 – 1020 Bxl
Tél : **02/410.01.95** ou **02/410.52.37** - Fax : **02/414.16.24**

- **Nouveau Centre Primavera**
Rue Stanislas Legrelle, 48 - 1090 Bxl.
Tél : **02/428.90.43** ou **02/428.90.04** - Fax : **02/420.38.16**

- **Le Sas**
Rue de la Marne, 85 - 1140 Bxl.
Tél : **02/242.07.63** - Fax : **02/245.10.33**

- **Le Chien Vert**
Rue Eggerickx, 28 - 1150 Bxl.
Tél : **02/762.58.15** - Fax : **02/772.48.63**

- **Le Grès**
Rue des Trois Ponts, 51 - 1160 Bxl.
Tél : **02/660.50.73** - Fax : **02/672.20.84**

- **Service de Santé Mentale Sectorisé de Forest, Uccle et Watermael-Boitsfort**
 - **Centre Psycho-Médical pour adultes**
Avenue de Fré, 9 - 1180 Bxl.
Tél : **02/375.10.06** - Fax : **02/375.55.27**

 - **Centre de Guidance pour enfants, adolescents et familles**
Avenue Bel Air, 88 - 1180 Bxl.
Tél : **02/343.22.84** - Fax : **02/346.83.66**
 - Bd. Guillaume Van Haelen, 83 - 1190 Bxl. Tél : **02/344.47.62**

 - Avenue Léopold Wiener, 66 - 1170 Bxl. Tél : **02/672.78.16**

- **Service de Santé Mentale « L'Adret »**
Avenue Albert, 135 - 1190 Bxl.
Tél : **02/344.32.93** - Fax : **02/346.11.93**

- **Centre Chapelle-aux-Champs asbl**
Clos Chapelle-aux-Champs, 30/3049 - 1200 Bxl.
Tél : **02/764.31.20** ou **02/764.31.43** - Fax : **02/764.39.55**

- **Wolu-Psycho-Social**
Chaussée de Roodebeek, 471 - 1200 Bxl.
Tél : **02/762.97.20** ou **02/762.98.64** - Fax : **02/772.61.30**

- **Le Méridien**
Rue du Méridien, 68 - 1210 Bxl. □
Tél : **02/218.56.08** - Fax : **02/218.58.54**

Services de Santé Mentale Bruxellois
Agrées par la Commission Communautaire Commune
(COCOM)

- **Service de Santé Mentale Rivage – Den Zaet**
Quai du Commerce 7 - 1000 Bxl.
Tél : **02/550.06.70** - Fax : **02/550.06.99**

- **Centre de Guidance Sésame**
Rue Sainte Catherine 11 - 1000 Bxl.
Tél : **02/279.63.40** - Fax : **02/279.63.69**

- **Centre de Santé Mentale Antonin Artaud**
Rue du Grand Hospice, 10 - 1000 Bxl.
Tél : **02/218.33.76** - Fax : **02/218.05.29**

- **Centre de Guidance l'Eté**
Rue d'Aumale, 21 - 1070 Bxl.
Tél : **02/526.85.48** - Fax : **02/526.85.49**
- **Service Psycho-social d'Anderlecht**
Rue d'Aumale, 21 - 1070 Bxl.
Tél : **02/523.25.46** ou **02/523.26.57** - Fax : **02/526.85.58**

Structures Psycho – Socio - Thérapeutiques

Enfants :

- **Les Blés d'Or**
Dieweg 57 – 1180 Bruxelles
Tél : **02/374.62.46** – Fax : **02/375.00.43**
- **Parhélie**
Avenue Jacques Pastur – 1180 Bruxelles
Tél : **02/373.82.10** – Fax : **02/373.82.29**
- **La Lice**
Chaussée de Wavre, 520 – 1040 Bruxelles
Tél : **02/646.73.24** ou **02646/27.97** – Fax : **02/646.41.32**

Adultes :

- **Club Antonin Artaud**
Rue du Grand Hospice 6 – 1000 Bruxelles
Tél : **02/218.46.34** – Fax : **02/219.56.08**
- **Centre Psychothérapeutique de Nuit du WOPS**
Avenue Houba de Strooper 59 – 1020 Bruxelles
Tél : **02/479.33.03** – **02/479.01.94** – Fax : **02/479.19.74**
- **Le Canevas**
Rue du Collège 55 – 1050 Bruxelles
Tél : **02/648.06.85** – **02/648.11.43** – **02/648.06.85** – Fax : **02/645.00.80**
- **L'Equipe**
 - le C.O.D.E. : rue de Veeweyde 60 – 1070 Bruxelles
Tél : **02/523.49.97** – Fax : **02/520.30.17**
 - le Foyer : rue de Veeweyde 83 – 1070 Bruxelles
Tél : **02/521.02.44** – Fax : **02/556.36.34**
 - le C.R.I.T. : rue Victor Rauter 231 – 1070 Bruxelles
Tél : **02/523.37.68** – Fax : **02/520.30.17**
 - Imago (ex-Ber) : Av. Eugène Isaye, 89 – 1070 Bruxelles
Tél. : **02/520.02.99** – Fax : **02/527.47.29**
 - la Pièce : rue Hôtel des Monnaies 71 – 1060 Bruxelles
Tél : **02/534.71.70** – Fax : **02/543.03.49**
 - le Centre de Jour pour Adolescents : rue Lieutenant Liedel 85 – 1070 Bruxelles
Tél : **02/556.76.76** – Fax : **02/556.76.79**
- **Wolvendael**
Rue de l'Equateur 22-24 – 1180 Bruxelles
Tél : **02/375.28.70** – Fax : **02/374.31.93**
- **Centre Psychothérapeutique Jour du WOPS**
Avenue Lambeau 100 – 1200 Bruxelles
Tél : **02/736.90.86** – Fax : **02/736.10.45**

Hôpitaux et Services hospitaliers

- **Le Quotidien - Hôpital de Jour de Fond'Roy**
Avenue J. Pastur, 43 – 1180 Bruxelles
Tél : **02/379.02.12** – Fax : **02/379.02.16**
- **Service de Psychiatrie infanto-juvénile des Cliniques Saint-Luc**
Avenue Hippocrate 10 – 1200 Bruxelles
Tél : **02/764 20 38** – Fax : **02/764.90.61**

Services d'aide « toxicomanies et assuétudes »

- **L'Equipe**
 - Babel (Service ambulatoire de la Pièce)
Rue de l'Hôtel des Monnaies, 71 – 1060 Bruxelles
Tél : **02/534.00.86** – Fax : **02/543.03.49**
- **Centre Médical Enaden**
 - Unité d'Hébergement de Séjour Court
Chaussée de Gand 1018-1022 – 1082 Bruxelles
Tél : **02/465.63.90** – Fax : **02/465.64.22**
 - Unité Ambulatoire
Rue Saint-Bernard 114 – 1060 Bruxelles
Tél : **02/534.63.73** – Fax : **02/534.53.94**
 - Unité d'Hébergement de Crise
Rue Saint-Bernard 114 – 1060 Bruxelles
Tél : **02/534.58.73** – Fax : **02/534.53.94**
 - Unité de Jour
avenue Van Volxem 168 – 1190 Bruxelles
Tél : **02/644.55.72** – Fax : **02/644.55.57**
- **C.A.P.-I.T.I.** (Centre d'Accueil Post-Pénitentiaire – Information aux Toxicomanes Incarcérés)
Avenue Albert, 29 – 1190 Bruxelles
Tél : **02/538.47.90** – Fax : **02/534.76.27**
- **L'Orée** (Centre de Jour psychothérapeutique pour adultes ayant des problèmes d'assuétudes)
Avenue Maréchal Joffre, 149 – 1180 Bruxelles
Tél : **02/347.57.57** – Fax : **02/343.02.39**

Initiatives d'Habitations Protégées (I.H.P.)

- **Juan Vives**
Rue Victor Rauteur, 105 – 1070 Bruxelles
Tél : **02/524.67.36** – **02/242.07.61** – Fax : **02/524.67.38**
- **Messidor**
Rue de l'Union 23 – 1210 Bruxelles
Tél : **02/223.49.52** – Fax : **02/223.49.54**

Autres Membres

- **Entr'Aide des Marolles**
Rue des Tanneurs 169 – 1000 Bruxelles
Tél : **02/510.01.80** – Fax : **02/510.01.90**
- **Institut d'Etudes de la Famille et des Systèmes Humains**
Rue du Bailli 9 – 1000 Bruxelles
Tél./Fax : **02/646.43.67**
- **Similes Bruxelles**
Rue Malibran, 43 – 1000 Bruxelles
Tél : **02/549.02.66** – Fax : **02/549.61.89**
- **Télé-Accueil**
BP 10112 Gare du Midi– 1060 Bruxelles
Tél : **02/538.49.21** – Fax : **02/537.41.85**
- **Espace Rencontre Bruxelles**
chaussée Saint-Pierre 258 A – 1040 Bruxelles
Tél./Fax : **02/742.22.64**
- **La Guise**
rue du Brochet 55 – 1050 Bruxelles
Tél./Fax : **02/735.04.59**
- **Centre de Prévention du Suicide**
Avenue Winston Churchill, 108 – 1180 Bruxelles
Tél : **02/640.51.56** ou **02/650.08.69** ou **02/650.08.62** – Fax : **02/640.65.92**
- **C.E.M.O (Centre d'Education en Milieu Ouvert)**
Rue du Danemark, 15-17 – 1060 Bruxelles
Tél : **02/348.55.58** – Fax : **02/537.97.84**
- **Le Gazouillis**
Place Morichar 22 – 1060 Bruxelles
Tél : **02/344.32.93** – Fax : **02/346.11.93**
- **S.O.S. Viol**
Rue de Bordeaux, 62 A – 1060 Bruxelles
Tél : **02/534.36.36** – Fax : **02/534.86.67**
- **Le Coin des Cerises**
rue de Heembeek 57 – 1120 Bruxelles
Tél : **02/241 16 67**
- **Lui et Nous**
rue J. Eggericx 15 – 1150 Bruxelles
Tél : **02/763.04.35**
- **A.R.P.P. (Association pour la Recherche en Psychothérapie Psychanalytique)**
Mme Véronique Duchâtelet – square Vergote 17 – 1200 Bruxelles
Tél : **02/772.24.72**
- **La Maison Ouverte**
Avenue Georges Henri 251 bis – 1200 Bruxelles
Tél./Fax : **02/770.52.60**
- **IFISAM (Institut de Formation à l'Intervention en Santé Mentale)**
Mr Michel CAILLIAU – rue du Château 25 – 1470 Bousval
Tél : **067/44.32.39**

- **A.R.T.D. (Association pour la Recherche en Thérapie du Développement)**
Mme Marisa FRANCOLINI - Rue des 4 Jalouses 26 – 7181 Feluy
Tél : **067/87.72.34**

- **Aïcha**
Avenue Jean Volders 11 – 1060 Bruxelles
Tél : **02/241.99.92** Fax : **02/242.09.00**

- **Le Tamaris (C.A.S.)**
Avenue Edouard de Thibault 41 – 1040 Bruxelles
Tél : **02 734.90.33** Fax : **02/742.24.73**
Tél : **02/640.20.73** (secrétariat et direction)



Activités fédératives

Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois Francophones

Bilan de l'activité de la F.S.S.M.B. pour l'année 2012

RAPPORT D'ACTIVITES DE LA FEDERATION DES SERVICES DE SANTE MENTALE BRUXELLOIS FRANCOPHONES

TABLE DES MATIERES

- I. Introduction.
- II. Le colloque « Entre pratique de terrain et action publique,
les services de santé mentale et les politiques : quels dialogues ? »
- III. L'étude en vue de la programmation.
- IV. La réforme des soins en santé mentale :
 - a. Le projet Titeca/St-Luc.
 - b. Le projet « Hermès Plus ».
- V. La réforme de la psychiatrie infanto-juvénile.
- VI. Recueil de données pour les années 2006 à 2010.
- VII. La carte blanche en réaction à l'enquête du Soir sur la déprime des belges.
- VIII. Rencontres :
 - a. La Fédération bicommunautaire.
 - b. La Fédération des IHP.
 - c. La CADEQ.
- IX. Plate-forme de concertation en santé mentale.
- X. Les visites dans les services de santé mentale.
- XI. Les invitations.
- XII. Le partenariat Fédération/Ligue.
- XIII. Projets pour l'année 2013.

I. Introduction

Pendant l'année 2012, les conseils d'administration de la Fédération se sont poursuivis sur le mode de fonctionnement pratiqué en 2011, c'est-à-dire des réunions mensuelles d'une durée de 3h, lors desquelles une heure est consacrée à un service ou à un projet extérieur qui se présente à l'ensemble des représentants du secteur. Le fonctionnement du bureau a lui, été modifié conformément à notre précédente Assemblée Générale. Trois représentants, Chrystelle Ledecq, Isabelle Boniver et Vincent Cautauts y avaient été élus membres du bureau. La distinction entre bureau restreint et bureau élargi qui n'avait pas eue la pertinence souhaitée était ainsi annulée. Les réunions du bureau restent ouvertes à toute personne intéressée par les sujets traités. C'est ainsi que plusieurs coordinateurs thématiques ont participé aux points concernant la mise en place du colloque avec les politiques (cf. point « II »).

Cette année vit aussi la poursuite de la bonne collaboration avec la Fédération des Employeurs de même qu'avec l'inter-coordination EChO. Les liens avec la Ligue ont été intenses par rapport au colloque et aux réactions vis-à-vis de l'étude en vue de la programmation. Des tensions sont apparues en fin d'année suite au départ de Sophie Tortolano, mais la traversée de ces difficultés nous permet d'envisager le partenariat entre les deux associations d'une manière mieux adaptée à la réalité du travail de chacune (cf. point « XII »). Les différents projets et actions réalisés au cours de cette année 2012 sont décrits ci-dessous.

II. Le colloque « Entre pratique de terrain et action publique, les services de santé mentale et les politiques : quels dialogues ? »

Ce colloque a mobilisé une bonne partie de nos forces cette année. Sa longue préparation et sa réalisation furent l'occasion de belles collaborations entre les représentants de la Fédération, les coordinateurs thématiques et l'équipe de la Ligue. Cette journée s'inscrivait dans la suite du colloque précédent « Quelles collaborations possibles avec les services de santé mentale »¹ où nous avons donné la parole à nos partenaires pour faire état de nos coopérations réciproques. Cette fois nous avons ouvert un espace de paroles où les Politiques ont pu interpeler les services de santé mentale sur leur travail et sur leur participation à l'action publique. Ce fut aussi l'occasion d'un débat où les services de santé mentale ont pu présenter leurs activités, leurs constats et répondre aux interpellations.

Nous avons eu trois rencontres préparatoires avec les politiques : en premier lieu, avec le cabinet et l'administration de la Cocof, ensuite avec les parlementaires et enfin avec l'ensemble.

Le cabinet de la Cocof a insisté sur le nouveau décret et la volonté de transversalité affichée par les ministres compétents. Il y aurait à la fois des zones de recouvrement des actions de chaque secteur et un débordement généralisé de ceux-ci. Le cabinet souhaite rationaliser les pratiques afin de mieux répondre aux demandes des bénéficiaires et de réduire le débordement. En ce sens, il promeut le travail de réseau, tout en ne négligeant pas le difficile équilibre à trouver entre intégration et différenciation des services.

Les parlementaires ont élargi le débat, en pointant notamment les inégalités sociales, la précarité, etc. comme autant de déterminants en santé mentale et l'impossibilité pour celle-ci de répondre à des enjeux sociétaux qui la dépassent largement. D'autres ont pointé les enjeux futurs pour la santé mentale bruxelloise, notamment au travers du boom démographique et de la future réforme de l'état.

Le débat entre les deux représentants des cabinets « santé » et « social » et des cinq parlementaires représentant les cinq partis démocratiques francophones, fut haut en couleur. Les positions tranchées défendues par les uns et les autres ont été habilement relancées vers la salle par le journaliste engagé à cet effet. Ce fut l'occasion de constater que les politiques sont loin de défendre les mêmes idées.

L'après-midi fut consacré à six ateliers présentant la réalité du travail en services de santé mentale :

- ~ Grandir et apprendre. L'enfant, sa famille, l'école et le SSM: que d'histoires.
- ~ Clinique plurielle de l'adolescence.
- ~ Travail en réseau: histoire d'une symphonie inachevée.
- ~ Le travail en réseau: une chorégraphie bien contemporaine.
- ~ Les personnes âgées et les SSM: de la sécurité psychique au travail du lien.
- ~ La santé mentale communautaire.

¹ Cette précédente journée a fait l'objet d'une synthèse écrite réalisée avec la collaboration d'EChO. Elle a été publiée dans le Mental Idées n°18 de septembre 2012 intitulé « Itinéraires : de l'individu au collectif ».

Malheureusement, peu de politiques purent rester pour se faire une représentation plus exacte de notre travail et ces ateliers furent surtout une manière de nous faire connaître entre nous.

La journée se termina par une proposition de modélisation des soins en santé mentale, alternative à celle proposée par l'OMS. Elle se décline en quatre points : des soins centrés sur la personne, la nécessité de systèmes souples et adaptatifs, la singularité de chaque réseau et le territoire comme lieu d'ancrage socio-culturel².

III. L'étude en vue de la programmation.

Lors de chaque législature, la Cocof doit établir une programmation, c'est-à-dire un plan d'investissement pour chacune de ses compétences. Pour le secteur « social/santé », elle a commandité une étude devant établir d'une part, un cadastre des associations bruxelloises dont l'objet social est en lien avec le social et/ou avec la santé et d'autre part, un relevé des besoins de la population bruxelloise dans ces matières.

Malheureusement, la Cocof ne s'est pas donné les moyens de ses ambitions et la subsidiation comme le temps prévu pour cette étude se sont révélés être trop courts. Nous avons d'emblée fait remarquer aux chercheurs que les six mois prévus pour l'étude permettait tout au plus de réaliser la partie « cadastre » qui incluait une nouveauté, l'établissement d'un cadastre transversal, répertoriant les différentes fonctions exercées, tout services confondus.

Le contrat n'a pas pu être renégocié et l'étude dû se faire tant bien que mal. Un comité d'appui, dans lequel les différents secteurs étaient représentés, a été mis en place. Nous avons fait remarquer que la manière dont les chercheurs voulaient établir les besoins de la population posait problèmes. En effet, ils demandaient aux services de remplir une grille des besoins des personnes qui les consultent. Pour nos services, cela supposait qu'à partir des demandes qui nous sont adressées, nous en inférons les besoins sous-jacents. La subjectivité des réponses à un tel questionnaire ne nous semblait pas constituer une base scientifique digne de ce nom. La seule réponse concrète que nous avons reçue à notre remarque fut le remplacement de toutes les occurrences du mot « besoin » dans le questionnaire par celle du mot « demande » !

L'étude se poursuivit et nous avons participé de la manière la plus constructive possible à ses différentes étapes. En concertation avec la FESSMB, nous avons construit des réponses collectives au questionnaire en ligne, pour la partie concernant les besoins des patients. Nous avons également contribué avec application et honnêteté aux groupes de concertations prévus pour mettre en évidence les compétences communes pour une même fonction au sein de différents services appariés en raison de la similitude supposée de leurs activités. Nous nous y trouvions en compagnie des maisons médicales, des services actifs en matière de toxicomanie, des centres d'accueil téléphoniques et des centres de planning familial. Ces derniers ont quitté le groupe de concertation à la suite de la première rencontre en stipulant leur désaccord avec la méthodologie employée. La méthode « FFOM » analysant les « Forces – Faiblesses – Opportunités - Menaces » fut utilisée pour positionner les services les uns par rapport aux autres. Outre le côté compétition propre au secteur marchand et qui est antinomique avec la transversalité demandée à nos services, cette méthode s'est révélée non-discriminante pour la fonction analysée par le groupe, le métier de psychologue. Le procès-verbal de cette séance ne nous a jamais été transmis et

² Cf. Annexe 1 : Santé mentale ambulatoire, tentative de modélisation

dans leur rapport final, les chercheurs ont mis en cause la bonne volonté des participants, ne remettant absolument pas en question leur méthodologie !

En parallèle de cette participation active et coûteuse en temps, nous avons poursuivi un travail d'interpellation des comités d'accompagnement et d'appui encadrant l'étude, de l'équipe de recherche elle-même et du Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique (CBCS), afin de souligner les problèmes méthodologiques et organisationnels. Ces interpellations ont contribué à enclencher la réaction d'autres secteurs rejoignant et soutenant de la sorte nos positions.

Le rapport final ne pouvait être qu'à l'image du déroulement chaotique de cette étude. Il comporte de nombreux biais que notre fédération a repris dans une analyse critique. Celle-ci sera adressée à la Cocof, aux chercheurs, au CBCS qui supervisait le déroulement de l'étude et qui a lui-même rédigé une critique de l'étude ainsi qu'aux autres fédérations du secteur social/santé. La Cocof a promis l'organisation d'un forum où les critiques de l'étude pourront être formulées et consignées. Nous espérons de la sorte que les résultats peu scientifiques de cette étude ne pourront pas être utilisés pour une programmation qui se ferait dès lors sur une base erronée.

IV. La réforme des soins en santé mentale :

a. Le projet Titeca/St-Luc.

Cette année a vu la mise en place des deux équipes mobiles, F2a pour les situations de crises et F2b pour les situations chroniques. Celles-ci ont pour mission de travailler en réseau avec les différents services existants sur leur territoire d'action. Les services de santé mentale situés sur lesdits territoires sont donc concernés par le travail de ces nouvelles équipes. L'équipe F2b, dénommée « Tela » a commencé son travail de suivis à domicile de patients chroniques en les inscrivant dans un travail de réseau sur le territoire de Bruxelles Est. L'équipe F2a, créée plus tardivement dans le courant de l'année 2012, est en lien étroit avec les urgences psychiatriques de l'hôpital de St-Luc.

Un problème épineux est apparu dans le courant de l'année. Le SPF santé publique, qui jusque là avait laissé les projets se construire en élaboration avec les services travaillant déjà sur le terrain, a imposé une étude de faisabilité, pensée uniquement par des services universitaires. En plus des questions pratiques de mise en œuvre, cette étude pose de nombreuses questions éthiques et déontologiques. Or, cette étude est un préalable à une future grille d'évaluation des projets qui devrait alors être remplie régulièrement.

Nous avons reçu les représentants de la « fonction 1 » (les services de première ligne) du projet Titeca/St-Luc à ce sujet. Ils nous ont expliqué les difficultés posées par cette étude, notamment les questionnaires à remplir par les patients et par leurs familles. On se trouve de nouveau devant la même logique d'objectivation des patients qui va à l'encontre de leur prise de responsabilité, de leur autonomie par rapport aux soins offerts. Les huit services de santé mentale de la zone couverte par le projet, ont décidé de garder leur liberté de participer ou non à cette étude mais en argumentant leur position. Leurs représentants souhaitent que la fédération reprenne ces arguments et en élabore une position commune, ce qui devrait être mis en place l'année prochaine. De la même manière des contacts devront être pris avec les autres fonctions du projet pour voir comment ils se positionnent par rapport à cette étude.

b. Le projet « Hermès Plus ».

Le projet « Hermès Plus » s'inscrit différemment dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale. Leur partenaire hospitalier, l'hôpital Sanatia, ne pouvant ni supprimer, ni

geler des lits, ils n'ont reçu qu'une subside partielle de la part du SPF santé publique. Celle-ci leur permet de mettre en place une petite équipe pour la fonction d'intervention de crise (F2a). Ils souhaitent créer des partenariats avec des services existants, dont les nôtres, pour constituer des équipes d'intervention mixtes. Plusieurs services de notre fédération sont partenaires du projet.

V. La réforme de la psychiatrie infanto-juvénile.

A la suite de la réforme des soins en santé mentale qui concerne les patients âgés de 16 ans et plus, une réforme se prépare dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile. Des réflexions ont débuté par la mise en place par le KCE (Centre Fédéral d'Expertises des Soins de Santé) d'un processus de travail de groupes avec des représentants des différents secteurs et communautés dont la LBFMS en collaboration avec la FSSMB et les coordinations « enfance » et « adolescence ». Ce travail a abouti à la production d'un rapport à la suite duquel le CNEH (Conseil National des Etablissements Hospitaliers) a émis un avis. Actuellement un groupe « Task Force » a été mis en place pour la rédaction d'un guide (comparable à celui qui avait été fait pour la réforme adultes).

Cette réforme semble être pensée au départ du monde hospitalier et le secteur ambulatoire doit pouvoir y faire entendre sa voix. Il y a aussi des enjeux financiers, à qui va-t-on donner les moyens ? Si on laisse le secteur hospitalier seul penser la réforme, le secteur ambulatoire risque d'être instrumentalisé et aura davantage de difficultés à se faire entendre par la suite. Les coordinateurs thématiques « enfance » et « adolescence » ont interpellé la Fédération en ce sens et proposent la constitution d'un groupe de travail avec des acteurs de terrain afin de se positionner sectoriellement.

VI. Recueil de données pour les années 2006 à 2010.

Cette année, la CoCoF a financé une étude transversale des données recueillies par les services de santé mentale de 2006 à 2010. Philippe Hoyois a réalisé un important travail de lecture transversale des statistiques récoltées pendant cette période pour la population adulte. Un travail similaire concernant les enfants et les adolescents est en cours d'achèvement. Il a cherché à mettre en évidence dans quelle mesure les services de santé mentale bruxellois francophones répondent à une de leurs missions de base, c'est-à-dire offrir des soins de santé mentale à un public qui, si les services de santé mentale n'existaient pas, n'y auraient pas accès.

En 5 ans, de 2006 à 2010, un dossier a été ouvert, dans les SSM agréés par la CoCoF, pour plus de 40.000 nouveaux patients. Ceux-ci ont bénéficié de plus de 500.000 prestations. Ce nombre important de patients et de prestations amènent nombre de services de santé mentale à vivre une situation de saturation. Il n'existe pas de données systématiques qui permettent de mettre aisément en évidence ce phénomène³.

Pour autoriser des comparaisons pertinentes avec des données de population disponibles pour la Région de Bruxelles Capitale, l'étude s'est centrée sur les seuls patients résidants à Bruxelles qui représentent 90 % de la patientèle des services de santé mentale bruxellois francophones. Par rapport à ces données, l'analyse a permis de mettre en évidence dans la patientèle de ces SSM, une surreprésentation des femmes ; des personnes célibataires,

³ Certains SSM ont choisi pour leur démarche d'évaluation qualitative, une analyse du devenir des demandes auxquelles ils ne peuvent pas répondre. Le recueil de ces données, s'il était généralisé à l'ensemble des SSM, permettraient de mettre en évidence les éléments constitutifs de la saturation dont font état l'ensemble des services.

séparées ou divorcées ; des isolés, jeunes et vieux ; des familles monoparentales ; des patients de nationalité marocaine ; des personnes en congé de maladie, invalides, souffrant d'un handicap ou bénéficiant du droit à l'intégration sociale ; des jeunes hommes sans activité ni revenu et des hommes ouvriers. Inversement, elle a aussi mis en évidence une sous-représentation des actifs occupés ; des femmes et des personnes de plus de 55 ans à faible niveau d'études. L'énumération de ces différentes caractéristiques montre qu'une part non négligeable des personnes qui s'adressent aux SSM, connaît au quotidien une situation de précarité plus ou moins prononcée et a peu d'autres possibilités d'accès à des soins de santé mentale.

Au plan de la vulnérabilité, la variable « situation socioprofessionnelle » est particulièrement parlante. Sur l'ensemble de la patientèle inscrite entre 2007 et 2010, un peu moins de la moitié des femmes et un homme sur deux vivaient de revenus de remplacement (chômage, maladie, invalidité, handicap, droit à l'intégration sociale). Chez les 25-54 ans, environ un tiers des nouveaux patients ont une activité professionnelle. Compte tenu du développement de la précarité d'un certain nombre d'emplois au cours des dernières décennies, il y aurait probablement lieu de s'interroger sur les conditions dans laquelle cette activité professionnelle est exercée. La proportion de femmes vivant seules avec enfant est elle aussi impressionnante. Parmi les 35-54 ans, un tiers sont dans cette situation. Enfin un groupe semble apparaître plus ou moins en filigrane, celui d'hommes jeunes, à faible niveau de formation, qui, pour partie paraissent ne pas avoir d'activité ou de revenus.

Ces résultats reflètent les caractéristiques de l'ensemble des patients des SSM installés dans la ville. Comme on l'a vu, ces services desservent principalement une patientèle de proximité. Compte tenu de la distribution spatiale hétérogène des groupes sociaux dans l'agglomération bruxelloise et de la diversité des profils sociodémographiques des quartiers bruxellois, les patientèles de chacun des SSM présentent des spécificités propres. Reste que ces dernières sont loin de contredire le schéma d'ensemble.

VII. La carte blanche en réaction à l'enquête du Soir sur la déprime des belges⁴.

Le journal « Le Soir » a publié une vaste enquête sur l'augmentation inquiétante des problèmes de santé mentale et plus particulièrement de la dépression, du burn-out et des tentatives de suicide dans la population belge. Cette augmentation va de pair avec celle de la consommation de médicaments psychotropes. Les services de santé mentale rencontrent ces souffrances quotidiennement dans leurs consultations. Mais pour nos services, ces problèmes en augmentation viennent s'ajouter aux demandes du monde psychiatrique pour que nous soyons plus présents dans le suivi de ces patients et aux demandes du monde social en grande difficulté avec les problématiques liées à la précarité.

La solution prônée par la ministre de la santé publique consiste à intensifier les réseaux entre les médecins généralistes et les services de santé mentale. Nous faisons remarquer dans l'article que cette solution n'en est pas une dans la mesure où ce travail de réseau qui se pratique déjà est coûteux en temps de travail et ne fait qu'aggraver la situation de saturation dans laquelle se trouvent les services de santé mentale. De plus, cette conception de la santé mentale en fait une discipline médicale, niant ses aspects sociaux et communautaires. Le texte sur la modélisation des soins en santé mentale que nous avons présenté lors de notre colloque du mois d'octobre (cf. point « I. ») est une réponse à cette conception.

⁴ Cf. Annexe 2 : Carte blanche

VIII. Rencontres :

a. La Fédération bicommunautaire.

Nous avons rencontré Jean-Pierre Ermans, président de la fédération bicommunautaire, qui nous a présenté leurs projets, notamment leur recueil de données et la création d'un réseau pour le travail avec les personnes âgées. De notre côté, nous avons présenté le travail de la FSSMB. La différence entre les deux fédérations est influencée par la subsidiarité qui est correcte au niveau de la Cocof et quasi inexistante au niveau de la Cocom.

b. La Fédération des IHP.

Nous avons reçu Michel Vandebussche, président de la Fédération des IHP et Thierry Van de Wijngaert. Ils nous ont expliqué les enjeux auxquels leurs services sont confrontés actuellement, notamment du fait de la future réforme de l'état. Nous sommes également amenés à collaborer dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale qui concerne autant leurs institutions que les nôtres.

c. La CADEQ.

A leur demande, nous avons reçu les fonctionnaires de la CADEQ, Eva Prins et Eric Luna. Leur démarche était double : ils souhaitent prendre connaissance du déroulement du processus d'évaluation qualitative de la Ligue qui en tant qu'organisme de coordination pour notre secteur doit également participer à cette démarche. Ils étaient également intéressés par les échos que notre Fédération avait de la mise en place de la DEQ dans l'ensemble des services de santé mentale.

IX. Plate-forme de concertation en santé mentale.

La Plate-forme de Concertation en Santé Mentale a centré ses activités cette année sur la réforme des soins en santé mentale et plus particulièrement sur le suivi des projets Titeca/St-Luc et Hermès+. Le groupe de travail (« GT 107 ») qui se réunissait dans ce cadre s'est repositionné suite à la mise en place effective des deux équipes du projet Titeca/St-Luc. Il devrait se pencher maintenant entre autres sur les questions techniques et déontologiques posées par l'étude de faisabilité à laquelle doivent se soumettre les partenaires du projet (cf. point III.a).

De la même manière, un autre groupe de travail réfléchit à la mise en place de la réforme de la psychiatrie infanto-juvénile. Une étude préliminaire a été réalisée par le Centre d'Expertise du SPF Santé publique (KCE) à la suite duquel le Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH) a remis un avis détaillé. Ces écrits servent de base à un groupe « Task Force » qui va établir les grandes lignes de cette réforme. Un délégué de la Plate-forme fait partie de ce groupe qui manque de représentants de l'ambulatoire (cf. point IV).

Dans le cadre d'un recueil européen des données en toxicomanies (Treatment Demand Indicator), la Plate-forme a engagé un chercheur qui a réalisé un travail statistique important cette année. Nous pouvons nous demander si ces données généralisées au niveau de l'Europe ne deviendront pas la norme pour les autres secteurs dont le nôtre. La question de la participation des Fédérations des centres pour toxicomanies à la Plate-forme est en discussion.

La Plate-forme s'est aussi penchée sur d'autres sujets, tels les structures d'hébergement non-agrées et les problèmes qu'elles posent au niveau de l'hygiène, de la sécurité, de la qualité de l'encadrement, etc. Elle a participé à un inventaire des institutions pouvant

accueillir des enfants autistes à Bruxelles. Elle a aussi organisé une présentation des Services d'Intégration des Soins à Domicile (SISD). Et comme chaque année, elle soutient le parcours d'artistes.

La sixième réforme de l'Etat va amener des changements importants à la Plate-forme avec, entre autres, la régionalisation des IHP et des MSP. Il importera d'y être présent et que les relais entre les représentants de la santé mentale ambulatoire et leurs instances soient les plus opérationnels possibles. Une réflexion dans ce sens sera faite à la Fédération prochainement.

X. Les visites dans les services de santé mentale.

Le constat répété de la difficulté pour les représentants au CA de la Fédération de relayer les questions de politiques en santé mentale vers leurs équipes et donc a en être représentatif, nous a amené à rendre visite à chaque service pour expliquer ce qu'est la Fédération et quels sont les enjeux actuels de la politique bruxelloise en matière de santé mentale. Douze visites ont ainsi été organisées dans les équipes et elles se poursuivront cette année. Les équipes nous renvoient un écho positif de ces rencontres qui leur permettent de mieux comprendre et mesurer les enjeux actuels des politiques en santé mentale. Pour nous, c'est l'occasion de nous rendre compte de la réalité de leur implantation et de leur travail. Les rencontres ont pour support un power point présentant l'historique du secteur et de sa fédération, les structures de la Ligue, les coordinations thématiques, l'inscription du secteur dans le décret social/santé, les réalisations et les projets de la Fédération et enfin quelques données statistiques et de cadastre. Ces rencontres sont aussi l'occasion de présenter les coordinations thématiques et l'inter-coordination EChO. Dans la mesure du possible, nous étions accompagnés par un coordinateur.

XI. Les invitations.

Nous avons pris l'habitude, depuis l'année passée, de réserver un moment de nos conseils d'administration, à la rencontre avec des associations, des équipes, des projets qui souhaitent collaborer avec nos services.

Nous avons ainsi reçu l'équipe santé mentale de l'« Entraide des Marolles ». Ils ont présenté leur travail qui est inséré dans la réalité de leur implantation au cœur de Bruxelles, facilitée par un projet en santé mentale communautaire. Ils sont reconnus depuis de nombreuses années en tant qu'initiative et souhaite être agréés par la Cocof. Ils demandent le soutien de notre fédération dans ce sens.

De la même manière, nous avons reçu le « Coin des Cerises », service reconnu en tant qu'initiative dans la commune de Neder-Over-Hembeek. Ici aussi, un projet en santé mentale communautaire leur permet une insertion pertinente au sein d'un territoire pauvre en services associatifs et où les besoins en santé mentale ne sont pas moindres que dans le reste de la région bruxelloise. Une reconnaissance de la Cocof sous la forme d'un agrément en tant que service de santé mentale serait amplement justifiée.

Dans la foulée de la présentation de ces deux projets en initiative, nous avons reçu la Plate-forme en santé mentale communautaire. Plusieurs services actifs dans ce domaine à Bruxelles et en Wallonie se sont regroupés pour partager leurs expériences et se faire connaître. Ils ont formalisés leurs interventions tout en leur gardant une nécessaire adaptabilité aux différentes réalités de terrain. Ils ne font pas de prosélytisme mais peuvent servir d'appui à d'autres qui aimeraient développer des projets en ce sens.

Ensuite, nous avons reçu nos collègues des services de santé mentale bruxellois néerlandophones. Ils reçoivent en priorité des patients dont la langue parlée à la maison n'est pas le français. Outre leurs consultations avec les patients néerlandophones, ils sont dès lors amenés à travailler de plus en plus avec les populations allochtones. Ils souhaitent intensifier les collaborations avec nos services.

Dans un tout autre domaine, nous avons accueilli un représentant de la Fares (Fonds des Affections Respiratoires) qui sensibilise les lieux d'accueil psychiatriques à la possibilité d'actions préventives du tabagisme. Leur approche respectueuse à la fois des patients et de la réalité des services pourrait permettre une évolution des mentalités dans ce domaine.

Le projet « Hermès Plus » ainsi que les représentants de la « fonction 1 » pour le projet Titeca/St-Luc, sont venus présenter l'avancement de leurs travaux et les questions qui se posent pour eux. Pour plus d'explication, nous vous renvoyons au point « La réforme des soins en santé mentale ».

Ces invitations sont l'occasion de rencontres intéressantes où les représentants de nos services peuvent entrer en contact avec les réalités de travail de différents partenaires en région bruxelloise. De la même façon, les services invités peuvent se faire connaître de l'ensemble des services de santé mentale et par la suite développer des collaborations plus individualisées avec certains d'entre eux.

XII. Le partenariat Fédération/Ligue.

Le départ de l'assistante à la coordination générale a secoué la Fédération et a ouvert des questions sur l'articulation de ses activités au sein de la structure de la Ligue. Pendant ces deux dernières années, la personne qui occupait ce poste a fait un travail important au service des deux associations. Elle a expliqué les motivations de son départ à son employeur, la LBFMS et nous a fait part de la difficulté structurelle dans laquelle elle s'est trouvée, entre la partie de sa fonction au service de la Fédération et celle où elle était assistante à la coordination générale.

Après des négociations qui ont permis de dépasser le côté émotionnel lié à ce départ, le poste d'assistant à la coordination générale a été redéfini et renommé en conséquence. Son travail sera principalement axé sur les activités de la Fédération et la personne qui sera engagée à ce poste ne serait plus nommée « assistant à la coordination générale » mais « coordinateur FSSMB ». De plus, la Fédération est maintenant invitée aux réunions du bureau de la Ligue, lieu d'élaboration de projets et de politiques de travail qui la concerne. Ces changements structurels seront repris dans une nouvelle convention qui liera les deux associations.

Ce changement institutionnel a été l'occasion d'une rencontre entre la Fédération et l'équipe de Ligue. Les représentants des services de santé mentale ont pu mieux se rendre compte des activités de chacun des travailleurs de la Ligue et de leur implication, notamment pour les questions ayant trait à la Fédération.

Les tensions provoquées par le départ de l'assistante à la coordination générale ont finalement permis de clarifier le partenariat entre la Fédération et la Ligue et nous pouvons raisonnablement espérer que la personne qui la remplacera trouvera un poste plus clairement défini pour exprimer ses compétences.

XII. Projets pour l'année 2013 :

a. Réforme des soins en santé mentale (107).

Comme nous l'avons précisé dans le point III, l'étude de faisabilité à laquelle est soumise l'ensemble des partenaires des projets agréés et pour la Région de Bruxelles Capitale le projet Titeca/St-Luc, pose de nombreux problèmes d'ordre technique et déontologique. Cette étude est longue et fastidieuse à remplir. Les services de santé mentale sont débordés de demandes et il n'est pas sûr que ce soit un travail prioritaire pour eux. De plus, ils ne reçoivent pas un franc de subsides pour ces activités supplémentaires, alors que par ailleurs la réforme remet en circulation une importante somme d'argent. De plus, la récolte des données demandée par l'étude risque d'avoir des incidences sur le type de prise en charge des patients qui viendrait à contresens de l'expertise des SSM pour le travail en réseau. Tous ces éléments et bien d'autres devraient être repris dans un texte critique adressé au SPF santé publique, à la Plate-forme de concertation et aux responsables des différents projets thérapeutiques agréés. Ce texte pourrait servir de base à des discussions avec les responsables des autres fonctions actives dans le projet Titeca/St-Luc et particulièrement les fonctions 3 (réadaptation) et 5 (hébergement).

b. Réforme de la psychiatrie infanto-juvénile.

Comme précisé dans le point IV, les axes du projet de réforme de la psychiatrie infanto-juvénile seront bientôt publiés par le SPF santé publique. Un groupe de travail va se mettre en place avec les trois coordinatrices thématiques « enfance » et « adolescence ». Ce groupe pourrait produire un écrit de référence pour le positionnement des SSM par rapport à cette future réforme.

c. Poursuite de la visites dans les SSM.

La moitié des visites de la Fédération dans les services de santé mentale a été réalisée (cf. point IX). Ce travail se poursuivra dans le courant de l'année 2013.

d. Présentation d'un organigramme des liens du secteur dans le paysage politique bruxellois.

Le paysage politique et associatif bruxellois est particulièrement complexe. Les représentants des services de santé mentale sont souvent confrontés à des discussions où fédérations, organismes de coordinations, organes politiques, etc. sont cités sans que le rôle et les articulations de ces différentes instances soient aisément repérables. A leur demande, une matinée sera organisée pour présenter schématiquement ces différents niveaux de pouvoir et de représentation et expliquer les enjeux politiques actuels auxquels la santé mentale est confrontée.

e. Articulations avec les représentants à la Plate-forme.

Comme décrit au point VIII, la Plate-forme va prendre une place importante dans le cadre de la sixième réforme de l'état qui va amener des changements importants dans l'organisation des soins en santé mentale, notamment le passage à la Région des IHP et des MSP. Il faudra être attentif à ces modifications et aux changements possibles que cela peut induire pour notre secteur. Pour ce faire, l'articulation entre nos représentants à la Plate-forme et les différentes instances de la Ligue devra être améliorée.

f. Articulations avec EChO, l'équipe et la CA de la Ligue.

Suite à la redéfinition du partenariat entre la Fédération et la Ligue (cf. point XI), les liens entre les différentes forces vives de la Ligue devront être optimisés pour permettre la bonne réalisation des objectifs de chacun. C'est le sens de la nouvelle convention qui lie les PO, la Ligue et les Fédérations francophone et bicommunautaire au sujet des coordinations thématiques. De la même manière, la convention qui unit la Fédération et la Ligue devra être adaptée afin qu'elle réponde mieux aux liens actuels des deux associations.

Paul Jaumaux
Président de la FSSMB

Annexe 1 : Santé mentale ambulatoire, tentative de modélisation

En participant aux différents ateliers de cet après-midi, vous avez pu percevoir l'étendue du domaine de la santé mentale ambulatoire et de ses relations avec les champs connexes. Il n'est pas facile de synthétiser ce type de travail et encore moins d'en faire une modélisation. Avant de nous lancer dans cette tentative, nous souhaitons rappeler quelques points essentiels de notre travail.

Les personnes qui s'adressent à nous le font individuellement, en couple, en famille, par un tiers professionnel ou non. Certaines sont aux prises avec une difficulté passagère, d'autres avec une souffrance psychique importante, d'autres encore souffrent d'un trouble psychiatrique. Parfois, c'est l'inquiétude par rapport à une situation qui amène un parent, un voisin, un ami à nous consulter. Les 22 services de santé mentale bruxellois francophones traitent, en moyenne, 20 000 demandes par an, sans compter celles qui sont réorientées vers des lieux plus appropriés. Les équipes qui y travaillent participent également à l'élaboration en réseaux, construisent des projets spécifiques relatifs aux besoins de la population locale en répondant aux nouvelles réalités des demandes qui leur sont adressées. Ils font face à des situations de grandes complexités et à une population sans cesse plus précarisée.

Nos services sont amenés à une adaptation constante en fonction de ces évolutions sociologiques. Ces réalités auxquelles nous sommes quotidiennement confrontés ne sont pas conceptualisables par une modélisation des soins de santé telle celle qui est prônée par l'OMS. Pour rappel, cette modélisation distingue trois niveaux de soins :

1. Les soins de santé primaires sont des soins généralistes, globaux, continus, intégrés et accessibles à toute la population. Ils doivent être coordonnés et intégrés avec les services nécessaires à d'autres niveaux de soins. Les soins de santé secondaires concernent les spécialistes et le niveau tertiaire est celui de la médecine de haute technologie.
2. Les soins de première ligne, eux, se définissent à partir du lieu où la personne prend contact avec le système de soins. En Belgique, l'accès aux différents niveaux de soins est libre et la première ligne peut se situer au niveau secondaire et même tertiaire.
3. Les soins intégrés, qui sont aussi appelés soins horizontaux par opposition aux soins verticaux qui sont ciblés sur une pathologie et son éradication, se définissent comme la coordination des activités des services nécessaires à la protection de la santé dans un territoire donné

Remarquons que les soins de santé primaires se définissent en fonction des institutions, tandis que les soins de 1^{ère}, 2^e ou 3^e ligne se définissent à partir de la démarche des patients. Ce qui constitue deux angles d'approche radicalement différents en matière de santé mentale. Notre propos se situe du côté de la nécessité de penser une organisation

des soins en santé mentale à partir de chaque personne et pas uniquement à partir d'une planification territoriale conçue au départ des institutions.

Quant à eux, les systèmes de soins intégrés établissent, sur base d'un diagnostic et donc d'une pathologie, la pertinence d'envoyer un patient vers un service de santé mentale. Ceux-ci sont alors considérés comme des services de soins secondaires où des spécialistes s'occuperont de ladite pathologie. Cette place assignée aux soins en santé mentale est incompatible avec notre travail de terrain et l'expertise que nous y avons acquise pendant de nombreuses années. Elle s'accorde mal avec ce que les patients nous demandent et avec les places singulières et « équilibristes » où ils nous convoquent diversement.

En effet, toute organisation des soins en santé mentale devrait tenir compte d'un principe de pluralité dans son approche et se décentrer du paradigme médical. Au-delà de la guérison d'une maladie, il s'agit d'avoir une approche globale de l'existence et de la souffrance où la notion de lien inscrit dans le milieu de vie de la personne est centrale. La santé mentale déborde largement du seul domaine de la médecine. Elle concerne le social, la vie communautaire, l'autonomie, le sens de l'existence, etc. Autant d'éléments qui en font un domaine spécifique en lien avec d'autres.

Dans un système de soins intégrés, les liens entre les lieux et les niveaux de soins sont l'objet de dialogues permettant à la circulation entre les structures existantes de s'améliorer pour que les patients puissent y construire leur propre trajectoire à travers les institutions existantes sans être soumis à leur pouvoir. A ce titre, nous nous différencions de l'idée d'un système de soins intégrés qui prendrait la forme d'un circuit de soins préétabli, d'une hiérarchisation entre les institutions et les soignants, d'un centre global de soins ou d'une uniformisation de l'offre. Un système de soins intégrés devrait pouvoir favoriser les liaisons entre les services avec certains recouvrements et maintenir leurs différences et leurs spécificités. Ce serait le gage d'une rencontre possible avec la complexité et la singularité de chaque situation.

Cette attention portée à l'aspect singulier de chaque situation repose sur une conception, largement partagée dans notre secteur, du travail « au cas par cas ». La dimension clinique de notre travail est fondée sur l'idée que le patient a un savoir sur ce qui lui convient. Etre à son écoute nécessite de pouvoir se dégager de conceptions préétablies sur ses besoins et sur les lieux qui pourraient y répondre. Il s'agit de l'accueillir là où il a choisi de s'adresser, de l'aider à préciser ce qui fait problème, et de lui permettre de s'y retrouver un peu mieux dans la complexité de sa situation.

Si pour certains de nos usagers, le recours à un service de santé mentale peut être suffisant, pour d'autres il est nécessaire de travailler à plusieurs, dans et hors les murs. Ce qui fait soin peut être un dispositif relevant de la psychothérapie, de l'action communautaire, du groupe, de l'aide sociale ou d'ateliers, mais parfois il s'agit simplement d'un accueil, d'une écoute, d'une discussion, d'un accompagnement dans des petites choses de la vie quotidienne. Cela n'est pas conceptualisable et organisable mais relève toujours de la prise en compte de l'humain tel qu'il apparaît dans ses espaces de vie ou dans ceux que nous proposons.

La santé mentale recouvre de multiples aspects liés à une histoire de vie, à des souffrances psychiques, à l'exclusion, à l'exil, à la déliaison, à la précarité, à des troubles psychiatriques, etc. Nous savons, par ailleurs, que des conditions de vie socio-économiquement défavorables ont une incidence sur les troubles psychiatriques et inversement. Nous rencontrons dans nos services des personnes en souffrance qui ne peuvent recourir à des soins en privé en raison du coût de ceux-ci ou qui ont besoin de l'accompagnement multidisciplinaire que les services de santé mentale proposent. La santé mentale est protéiforme et notre action touche un large public tout âge confondu et ancré dans un territoire.

Une action publique en santé mentale ne peut se penser sans un ensemble d'acteurs territoriaux dont les services de santé mentale font partie et sans une responsabilité collective. Favoriser le maintien et la création de conditions de vie favorables à la promotion de la santé mentale pour tous nécessite une prise en compte des facteurs environnementaux et une action concertée des acteurs du social/santé dans le respect des spécificités de chacun. Si les détresses psychiques augmentent, y compris chez les travailleurs, cela interroge nos manières de vivre ensemble et donc la société entière ainsi que l'action publique pensée par nos femmes et hommes politiques.

Pour nous, il s'agit de soutenir des politiques qui promeuvent le respect de la personne, de la citoyenneté et de la solidarité. La santé mentale ne peut se penser hors des liens qu'entretiennent entre eux les membres d'une société, hors de l'assurance du minimum nécessaire pour vivre, hors de perspectives d'avenir. La santé mentale est une question de politique de santé publique qui réclame la prise en compte des déterminants individuels, familiaux et sociétaux. Elle n'appartient pas aux seuls professionnels ou aux individus déconnectés du contexte de vie dans lequel ils s'inscrivent. Elle ne peut se réduire à une lecture économique qui imposerait des trajets de soins rentables au détriment d'un « prendre soin » durable.

Développons ce modèle :

1. Prendre soin de la personne

Les services de santé mentale définissent leurs actions comme centrées sur la personne plutôt que sur sa pathologie. C'est en considérant la personne et ce qu'elle vit comme un ensemble et en travaillant avec les éléments positifs et négatifs de sa vie et de sa pathologie éventuelle que nous parvenons à une amélioration de sa situation. S'il est possible de relever les déterminants de la santé et les conditions et contextes délétères pour la santé mentale, il est malaisé de mettre en œuvre ce qui contribue à un mieux être. Celui-ci sera différent d'une personne à l'autre et nécessitera des créativité adaptées à chaque situation. De ce fait, trop formaliser les soins peut devenir un facteur d'exclusion laissant toujours plus dans la marge ceux qui ne peuvent s'y inscrire. Le risque serait celui d'une stigmatisation par cette catégorisation ou encore de laisser croire à chacun qu'il est seul responsable de ses difficultés.

Les médicaments, souvent nécessaires, ne sont pas suffisants. Ils doivent s'accompagner d'une prise en charge thérapeutique multiple (communautaire, psychologique, sociale, ...). C'est un des points d'intersection des deux modèles. Se centrer sur la personne ne veut pas dire oublier sa pathologie et vice-versa. Il s'agit d'être conscient des axes de travail des partenaires et de les accepter sans vouloir imposer les siens. Les passages d'un service vers un autre et plus généralement le travail de réseau dépendent de cette compréhension mutuelle. Nous y reviendrons plus loin.

2. Un système souple et adaptatif

Se centrant sur la personne, les services de santé mentale tiennent compte de la temporalité qui lui est propre. Une prise en charge est ainsi en partie déterminée par les aléas de la vie du bénéficiaire des soins. Ceci nous oblige à concevoir un modèle de soins souple et adaptatif, dans lequel il peut frayer son propre chemin. Un système de soins intégrés qui prévoit des réponses immédiates et préétablies aux besoins supposés des personnes devient dommageable dans la mesure où il n'a pas la possibilité de s'adapter à la réalité complexe et changeante de la santé mentale. Il réduit également considérablement la liberté du patient et ses possibilités d'agir et de transformer son existence.

Pour qu'un système de soins soit souple et adaptatif, il est nécessaire que chaque travailleur ou service puisse être amené à faire autre chose que son travail initial. Ainsi le psychiatre peut se retrouver à prescrire la pilule contraceptive, le psychologue à être interpellé sur des problématiques de logement ou encore l'assistant social à écouter les délires psychotiques d'un usager. Cela ne veut pas dire que le psychiatre doit se transformer en gynécologue, le psychologue en assistant social et l'assistant social en psychothérapeute, mais que les voies qu'empruntent les personnes pour venir exprimer leur mal-être sont parfois étonnantes et que la prise en compte de cette singularité de l'adresse à l'autre fait partie intégrante du processus de soins et qu'il s'agit de l'accueillir et de l'accompagner. Cela demande aux professionnels d'échanger entre eux dans une structure qui ne soit pas rigide où chaque fonction soit portée et pensée par l'ensemble des travailleurs.

C'est notre conception de l'accueil. Nous parlons dans notre secteur de l'institution comme d'un dispositif, ce qui laisse entendre que les patients peuvent en « disposer ». Cette formulation sous-entend que nos services offrent un cadre souple, fait de fonctions spécifiques et d'interchangeabilité, de rendez-vous et de temps flexibles. C'est notre manière de recevoir une personne en souffrance ; en lui permettant de s'adresser à celui qui lui inspire confiance, en lui accordant le temps nécessaire pour dire son mal d'être, en le recevant avec les personnes qu'il considère être ressources pour lui et en accueillant la singularité de son histoire.

C'est le patient, selon des critères qui lui sont propres, qui décide du lieu où il dépose sa demande, sa plainte, sa souffrance. Dans un tel modèle, les lacunes et les redondances ne sont pas à éradiquer à tout prix. En effet, elles permettent aux personnes d'exercer leur liberté de choix, de trouver la personne avec qui un lien thérapeutique sera possible, de pouvoir compter sur les ressources de ses pairs, de son environnement, etc.

Ce modèle souple et adaptatif peut s'articuler avec le modèle des soins intégrés. Une planification minimale des institutions sur un territoire permet aux bénéficiaires de trouver à une distance raisonnable de leur domicile (quand ils en ont un) un service à même de les aider. Mais il y a un mythe à penser qu'une organisation des soins parfaite où les besoins de la population seraient rencontrés par des services appropriés soit possible. Et quand bien même cela serait possible, les personnes y perdraient leur liberté d'utiliser ces services à leur manière. Or, ces questions de l'existence et de la liberté sont inhérentes aux soins en santé mentale. De plus, nous risquons alors de penser que cette organisation des soins optimale rencontre les difficultés de tous et serait autosuffisante. Cette conception méconnaît la richesse thérapeutique du travail avec les pairs, mise en exergue dans le domaine de la santé mentale communautaire entre autres.

3. Des réseaux singuliers.

De ce qui précède découle une conception originale du réseau et de la continuité des soins. La complexité des pathologies rencontrées et leurs nombreux déterminants - santé mentale, précarité sociale, isolement, problèmes somatiques, etc. - ont amené les acteurs du social et de la santé à collaborer depuis de nombreuses années. Ce travail qui résultait d'une nécessité de terrain s'est petit à petit affiné et permet maintenant à ses protagonistes d'en dresser quelques repères cliniques essentiels à son bon fonctionnement.

Chaque personne construit au gré de ses rencontres professionnelles et personnelles, un réseau qui lui est propre et qui est fait des liens qu'il a pu nouer avec les personnes qui travaillent dans les différentes institutions approchées ainsi que ceux qu'il a pu établir en dehors des institutions. C'est l'ensemble de ce réseau singulier qui le soutient dans les aléas de sa vie. Ce qui implique que chaque travailleur se mette au service du patient tout en restant conscient de l'importance égale du travail de ses collègues. Les ressources du réseau sont utilisées et articulées comme des outils au service de la singularité du projet.

Dans cette mesure, il importe que chaque travailleur qui rencontre le bénéficiaire soit soucieux de la qualité de ce réseau. Celle-ci réside entre autres dans l'équilibre difficile à trouver entre deux nécessités : d'une part, la collaboration entre les membres du réseau avec l'échange d'informations que cela suppose et d'autre part la discrétion quant aux dires de la personne adressés à chacun en particulier pour lui permettre de rester libre de ce qu'il met en jeu dans ses relations. Une solution possible à cette situation antinomique consiste à associer le patient à tous ces contacts entre membres du réseau, c'est-à-dire à parler avec lui et à ne pas parler de lui.

Dans cette conception du réseau, la question des passages d'une institution à l'autre et la continuité des soins est essentielle. L'élaboration conjointe de dispositifs de passages entre institutions ayant des collaborations régulières, tenant compte des réalités de chacun et du fonctionnement psychique des personnes, permet d'améliorer la situation. Tout passage doit s'élaborer à la mesure des capacités de la personne à le réaliser et il est parfois nécessaire d'accompagner physiquement une personne à un rendez-vous dans un service qu'elle ne connaît pas. Nous constatons que quand les travailleurs des institutions concernées par le passage se connaissent, celui-ci en est grandement facilité. Ce qui nécessite de prendre le temps nécessaire à l'établissement de liens entre les travailleurs de chaque institution, trame sans cesse à recommencer en fonction des changements de personnel auxquels sont soumis les services.

Les services doivent veiller à ne pas s'instrumentaliser mutuellement. Le service qui reçoit une demande d'un partenaire peut légitimement poser son propre regard sur la situation clinique qui lui est adressée. Ses observations, conclusions et décisions peuvent être différentes de celles du service envoyeur. S'il y a une nécessité de déconstruire, cela doit se faire dans un contexte de collaboration, où chacun a l'occasion d'apprendre de l'autre. Il s'agit d'accepter que les autres équipes ne reçoivent pas la personne comme nous l'imaginons. Il est important de connaître les équipes à qui nous nous adressons et le travail qu'ils effectuent, c'est-à-dire de prendre le temps de la rencontre.

Avoir un contact avec le service envoyeur pour qu'il précise sa demande peut permettre de l'accepter telle quelle. En effet, il est parfois nécessaire de se laisser instrumentaliser parce qu'on comprend le sens de la solution prônée par l'autre professionnel même si celle-ci se situe hors de nos habitudes de fonctionnement. Mais même dans ce cas de figure, il s'agit de garder sa place, de parler du lieu de son inscription professionnelle. Ce fonctionnement permet de garder une créativité dans le travail et d'éviter l'enfermement dans des procédures routinières. Penser nos interventions dans un état d'« intranquillité », est un néologisme qui rend compte de cet état d'esprit ouvert et évolutif dans le travail.

Il ne faudrait, cependant, pas considérer ce travail en réseau comme la nouvelle panacée qui viendrait résoudre l'ensemble des problèmes auxquels nous sommes confrontés. Pour certaines personnes, les contacts entre ses interlocuteurs et d'autres peuvent être vécus comme une trahison et détruire le lien de confiance en train de s'ébaucher. La pratique en réseau peut venir en complément à des pratiques individuelles ou communautaires, mais elle ne doit pas être un préalable à toute prise en charge.

4. Le territoire, ancrage socioculturel.

Cette conception du travail en santé mentale s'accorde avec une notion du territoire dépassant le simple fait géographique. En santé mentale, cette notion apparaît quand l'intérêt porté à la santé mentale s'accompagne d'une réflexion sur la dimension sociale et considère le problème mental en regard de la vie quotidienne et non uniquement comme un diagnostic. En ce sens, promouvoir la santé, c'est agir sur les mentalités pour rendre la société capable de vivre aux côtés de personnes souffrant d'un trouble mental. Il s'agit de

convaincre les habitants du territoire en question de la compétence de ces personnes à participer à la vie du quartier, à être citoyen. L'ancrage socioculturel devient alors un complément indispensable à l'action thérapeutique. Nos interventions y soutiennent les patients dans leur recherche d'appuis dans la vie socioculturelle et aménagent les liens qu'ils créent à partir des lieux qu'ils investissent. Plutôt qu'une mise à l'abri, il s'agit de les aider à négocier une place dans leur quartier, à valoriser la solidarité et combattre l'exclusion, dans le respect de leur rythme et de leurs souhaits.

Les soins en santé mentale dépassent ainsi les seules interventions spécialisées que l'on appelle « cure ». Veiller aux liens d'une personne dans son environnement propre, à l'attribution d'une place et à la reconnaissance de son existence contribue également aux soins dont elle a besoin. Nous nommons cette dimension « care », c'est-à-dire « prendre soin ». Cette approche est nécessaire dans toutes les situations que nous rencontrons mais particulièrement indispensable dans les situations de grande détresse psychique.

La notion de territoire est intimement liée à la participation des citoyens dudit territoire, à la prise en compte par chacun des autres acteurs de leurs désirs particuliers et des ressources qu'ils déploient pour les réaliser. C'est aussi, pour chaque personne qui y habite, l'existence d'un réseau propre, composé de voisins, de commerçants, d'associations d'aide, de lieux culturels, etc. En d'autres termes, il s'agit d'un territoire dynamique où vivre ensemble a du sens et où chacun trouve une place. Le territoire peut alors devenir un espace social dynamique où les idées sont confrontées en vue de son aménagement en un lieu de vie et d'échanges. A contrario, sans la participation des citoyens, l'action socio-sanitaire sur un territoire risque de favoriser le quadrillage d'une population et à mettre « sous tutelle » des groupes divers pour lesquels les appareils psychiatrique, judiciaire et policier, les services sociaux occuperaient des fonctions complémentaires, produisant des formes de plus en plus sécuritaires d'aide sociale.

Conclusion

En développant un modèle de soins centré sur la personne considérée dans sa globalité plus que sur les institutions soignantes, nous ne souhaitons pas cliver le champ de la santé mentale en deux approches antagonistes. Nous sommes conscients qu'il y a une nécessité pour le politique de planifier les ressources dont il dispose en fonction de la population pensée dans sa diversité territoriale. Nous voulons mettre l'accent sur le fait que cette approche macroscopique doit nécessairement être complétée d'une approche centrée sur la réalité singulière de chaque personne, sur la manière dont il va rencontrer les services de soins à sa disposition et en user librement.

L'organisation des soins en santé mentale ne peut se penser à la façon des soins somatiques plus facilement planifiables. Elle doit tenir compte de la nécessité de souplesse et d'adaptation de la structure organisationnelle dont l'évolution doit résulter des rencontres avec les bénéficiaires. Les liens entre les différentes institutions du champ social/santé doivent être suffisamment proches pour permettre des collaborations et non des rivalités et suffisamment lâches pour permettre la liberté du choix du patient et comment il va présenter ses difficultés. Il est également essentiel que les ressources et réseaux naturels de la personne soient privilégiés.

Ces deux approches, macroscopique et singulière, doivent coexister et apprendre chacune de la réalité de l'autre. La seule voie possible pour ce faire est celle du dialogue, de l'évolution constante des modèles respectifs. C'est à ce dialogue avec le politique que nous avons voulu donner une place centrale dans ce colloque, en espérant qu'il aidera à sa poursuite dans le futur.

*La Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois francophones (FSSMB)
en collaboration avec la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM).*

Annexe 2 : Carte blanche

L'enquête de votre journal sur la déprime des belges confirme ce que nos équipes constatent quotidiennement dans leur travail de terrain. Elle a le mérite de mettre en exergue les souffrances d'une partie de la population sur laquelle on se penche rarement en ces termes. En effet, les situations criantes de la grande précarité sociale ou celles de la psychiatrie, avec leurs cortèges d'effets dérangeants pour la société (violence, insalubrité, propos incohérents, ...) interpellent plus souvent nos instances politiques soucieuses de répondre aux inquiétudes de leur électorat.

Les dépressions, burn-out, angoisses et tentatives de suicide sont des maux qui touchent de plein fouet les classes moyennes et témoignent d'un malaise social dont on commence à mesurer l'ampleur. L'augmentation continue de la consommation de médicaments psychotropes en est souvent le seul indice relayé par les médias. Les 22 services de santé mentale bruxellois francophones rencontrent ces situations depuis de nombreuses années et alertent l'opinion sur les effets délétères d'une société construite essentiellement sur les valeurs de l'individualité, de la rentabilité et du gain. C'est ainsi notamment que la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale a organisé en 2007 un colloque intitulé « jusqu'ici tout va bien » aux accents malheureusement précurseurs.

Les services de santé mentale sont actuellement appelés sur plusieurs fronts :

La psychiatrie hospitalière, confrontée elle aussi à une augmentation des demandes qui lui sont adressées, attend une collaboration accrue avec nos services. Le projet de réforme des soins en santé mentale nous assigne à une place de partenaires importants, place que nous nous efforçons de tenir au mieux mais qui est coûteuse en temps de travail.

Les associations sociales sont confrontées à de nombreux problèmes relevant de la santé mentale. Elles sont demandeuses d'aide pour faire face à ces difficultés. Nous apportons une aide directe en recevant les patients qu'elles nous adressent et une aide indirecte en termes de supervision et de formation et de présence dans les quartiers afin que la santé mentale soit l'affaire de tous et non des seuls spécialistes.

Enfin, les patients, tout âge confondu, qui consultent directement nos services pour les problématiques relevées par votre étude et pour d'autres difficultés. Ces patients n'ont pas la possibilité financière de consulter un psychologue travaillant en privé ou ont besoin d'une aide pluridisciplinaire caractéristique des services de santé mentale. Leur nombre s'accroît, d'une part conformément aux résultats de votre étude et d'autre part, en fonction de la paupérisation de cette population qui peut de moins en moins consulter en privé.

On voit combien la saturation qui affecte nos services de santé mentale est multifactorielle. Ils font l'objet d'attentes importantes souvent déçues, non pour des questions de compétences, mais bien par manque de moyens. Nos équipes n'ont plus été renforcées depuis des années et leurs possibilités d'actions ne correspondent plus à la réalité de la santé mentale aujourd'hui.

Les solutions prônées par madame Onkelinx ressemblent malheureusement à des emplâtres sur des jambes de bois. En effet, promouvoir le travail en réseaux, articulé avec les médecins généralistes est une solution qui a déjà cours sur le terrain dans de nombreuses situations. Mais collaborer implique de se parler, voire de se réunir, de se tenir au courant de l'évolution d'un patient, etc. Le gain en qualité est réel mais au prix d'une augmentation du temps de travail qui aggrave le problème de la saturation de nos services.

Nous voudrions aussi manifester notre désaccord avec le modèle de soins proposé par Madame Onkelinx. La médecine a tendance à considérer la santé mentale comme une branche faisant partie intégrale de son domaine. Dans votre article, la comparaison qui est faite avec les modèles conçus pour les diabétiques et les insuffisants rénaux en témoignent. La santé mentale déborde largement du seul domaine de la médecine. Elle concerne le social, la vie communautaire, l'autonomie, le sens de l'existence, etc. Autant d'éléments qui en font un domaine spécifique en lien avec d'autres.

Si un patient souffre d'une rage de dent, le médecin généraliste peut l'adresser à un dentiste. S'il souffre d'une dépression (une rage dedans), cela ne se passe pas de la même façon. Le médecin peut envisager avec lui de consulter un psychothérapeute, pas le prescrire. Ce qui fait soin pour une personne souffrant de symptômes dépressifs ou autres est multiforme et complexe. Le cheminement propre à chaque individu n'est pas linéaire, ni prédictible. C'est en cela qu'il échappe à toute modélisation de réseau de soin dans lequel il y aurait un trajet prédéfini. En santé mentale, le patient n'est pas l'objet du traitement, il en est le sujet. Il en prend la décision, l'élabore et le met en œuvre à son rythme, avec parfois des allers-retours et même des refus nécessaires. Cet accompagnement se construit dans le temps, au cas pas cas, avec l'aide et le soin spécialisés du psychothérapeute.

Un modèle de collaboration en santé mentale ne peut pas s'élaborer uniquement dans le cadre des soins médicaux intégrés où le patient deviendrait l'objet d'un soin univoque à la trajectoire préétablie. Ce modèle doit être pensé avec des espaces de liberté, de choix du patient, notamment entre les services concernés. Cela nécessite la présence de lieux de soins multiples où une personne peut, par exemple, consulter hors de son quartier parce qu'elle n'a pas envie que ses voisins le sachent. Parfois, ne pas trouver de suite le bon service permet aux patients de se mobiliser, d'appeler des amis pour avoir des adresses, etc., ce qui fait déjà partie du processus de guérison. On le voit, dans ce domaine, il s'agit de penser un système de soins souple et respectueux des choix du patient car ceux-ci font partie intégrante du traitement.

En outre, les modèles présentés dans votre enquête ne prennent pas compte l'ensemble des facteurs favorisant la santé mentale hors du champ des professionnels du soin : l'éducation et la formation, le contexte socio-économique, le réseau social et professionnel du patient, etc. Il s'agit de soutenir des politiques qui promeuvent le respect de l'individu, de la citoyenneté et de la solidarité. La santé mentale ne peut se penser hors des liens qu'entretiennent entre eux les membres d'une société, hors de l'assurance du minimum nécessaire pour vivre, hors de perspectives d'avenir. La santé mentale est une question de politique de santé publique qui réclame la prise en compte des déterminants individuels, familiaux et sociétaux. Elle n'appartient pas aux seuls professionnels ou aux individus déconnectés du contexte de vie dans lequel ils s'inscrivent. Elle ne peut se réduire à une lecture économique qui imposerait des trajets de soins rentables au détriment d'un « prendre soin » durable.

Enfin, l'idée que l'on pourrait répondre aux défis auxquels la santé mentale est confrontée sans dégager de nouveaux budgets est un mythe. Le professeur Pitchot compare la situation actuelle aux prémises d'un possible « tsunami psy ». Nos services font partie d'un ensemble de structures qui jusqu'à présent, ont pu contenir tant bien que mal la souffrance d'origine sociale et son cortège d'effets délétères notamment sur la santé mentale. Ces digues sont en train d'être submergées par des flots de patients en détresse. Si un belge sur douze déclare avoir tenté de se suicider, il est impératif de se demander quelles sont les souffrances sociétales qui pèsent à ce point sur les individus et les familles. Il est urgent d'agir, non pas en pratiquant de partielles réparations de fortune, mais en repensant la politique en santé mentale et en finançant ce secteur de façon adéquate, tout en agissant sur les facteurs socio-économiques qui précipitent une importante frange de la population dans une détresse psychologique. Ne pas tenir compte des effets de la réalité socio-économique sur les souffrances psychiques renverrait les individus à leur unique

responsabilité et les professionnels à un rôle de régulateur social, au détriment d'une approche complexe tenant compte des facteurs cités ci-dessus et favorisant une responsabilité collective. La santé mentale, c'est l'affaire de tous.

*La Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois francophones (FSSMB)
en collaboration avec la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM).*

RECUEIL DE DONNEES : Rapport d'activités 2012

1. Utilisation des logiciels Champollion et PsyStat en 2012 dans les SSM.

Comme les années précédentes, 19 SSM sur 22 (86%) ont utilisé les deux logiciels Champollion et PsyStat. Pour des raisons techniques ou liées aux spécificités particulières de leur patientèle, trois SSM continuent à utiliser leur propre logiciel. L'intégration des variables PsyStat y est envisagée mais nécessite de bien mesurer les changements que cela introduira dans la gestion de la base de données et dans le travail des équipes.

Les données essentielles de base (nombres de patients et de prestations) sont disponibles pour tous les services. Les données plus détaillées envisagées dans Champollion et PsyStat sont disponibles pour une majorité de services.

L'emploi des logiciels Champollion et PsyStat ne pose plus que de rares petits problèmes techniques qui sont résolus sans difficultés. L'ensemble des fonctionnalités offertes par les programmes ne sont pas exploitées par toutes les équipes mais celles-ci ne semblent pas éprouver le besoin d'y avoir recours.

Quelques équipes ont exprimé le souhait de pouvoir adapter à leur besoins les données à recueillir. Généralement les transformations envisagées ont été très simples à réaliser : des modifications bénignes dans la formulation des données permettaient d'y répondre sans incidence sur l'information commune à tous les SSM. Des souhaits de voir développer des modules spécifiques ont été formulés, leur mise en forme reste à définir avec les équipes.

2. Evolutions logicielles

Les évolutions informatiques et logicielles de ces dernières années ont fait apparaître la nécessité de refontes importantes des programmes proposés en évitant de futurs coûts d'équipement. L'objectif est d'offrir aux équipes un outil de travail, techniquement actualisé, et formellement plus complet, mieux adapté à la diversité de leurs besoins. Toutefois, il a été nécessaire, lors de ce développement, de tenir compte de la conception préexistante, des logiciels Champollion et PsyStat, et de la forme sous laquelle les données y sont saisies. En effet, celles recueillies au cours des années précédentes doivent pouvoir être compatibles dans les nouveaux développements pour pouvoir être exploitées dans des analyses futures, portant en particulier sur des séries temporelles. Dans cette mesure, certaines des évolutions projetées sont apparues techniquement complexes à réaliser, nécessitant des développements particuliers. Une étape à envisager ensuite est le développement d'un module d'analyse automatique des données, permettant aux équipes de produire aisément un certain nombre de statistiques standards. Cependant, pour que ce module puisse être opérationnel, il faut pouvoir tenir compte des erreurs d'encodage, toujours possibles. L'analyse de ces dernières est un pré-requis indispensable. Enfin une veille en matière de technologies informatiques et de logiciels est à maintenir de façon à pouvoir tenir compte des évolutions en la matière.

3. Evolutions dans le développement de la base de données pluriannuelles « SSMStat ».

La base de données pluri-annuelles « SSMStat », constituée en grande partie en 2011, intègre, dans un fichier unique l'ensemble des données de patientèles (file active et

nouveaux patients) et de prestations actuellement disjointes dans les deux logiciels Champollion et PsyStat. Cette intégration a supposé un travail de préparation important des données et, en particulier, de celles portant sur les prestations dont le nombre total se monte, pour les années 2006 à 2010, à près de un million, pour plus de 42.000 patients. Ces données de prestations ont du faire l'objet de traitements intermédiaires, de façon à pouvoir associer à un patient une information synthétique sur le suivi dont il a pu bénéficier. Cette information comprend des aspects quantitatifs (nombres, types et distribution temporelle des prestations...) mais aussi qualitatifs (intervenant unique ou interventions combinées, profils d'interventions, gratuité lorsque l'information est disponible...). En rassemblant les données de l'ensemble des SSM sur plusieurs années, une base de données pluri-annuelles leur donne une masse critique considérable qui permet de planifier des traitements plus systématiques et rigoureux de questions particulières comme de concevoir des analyses plus fines, portant sur des données spécifiques.

Des difficultés rencontrées lors des premières analyses, portant sur la qualité des données annuelles et pluri-annuelles pour chaque SSM et pour l'ensemble des SSM, ont cependant montré que la première conception de « SSMStat », intégrant les données de tous les SSM, n'était pas la plus performante. La formalisation des sorties de données n'allait pas de soi et les temps de traitement pouvaient être particulièrement long en fonction de la masse de données manipuler. Il est alors apparu plus pertinent de réaliser ces analyses SSM par SSM et d'intégrer ensuite les données des services pour poursuivre les analyses à partir de deux nouvelles bases de données « SSMStat-A » (adultes) et « SSMStat-EA » (enfants et adolescents). Cette indispensable révision de la procédure de travail a considérablement réduit le temps disponible pour la réalisation des analyses portant sur les patientèles et prestations des SSM.

4. Analyses des données issues de Champollion et PsyStat

Des analyses annuelles de ces données ont déjà été réalisées qui portaient principalement sur la distribution des différentes modalités de chaque variable dans chacun des SSM. Elles ont conduit à des comparaisons, sur plusieurs années, des résultats pour chaque SSM, comme de l'ensemble de ceux-ci. Ces comparaisons ont mis en évidence la stabilité des résultats d'une année sur l'autre. Malgré des taux de réponses manquantes parfois élevés, les proportions associées aux différents items des variables de « PsyStat » tendent à rester relativement proches. Une telle stabilité des résultats au cours des ans leur donne une pertinence même si l'existence éventuelle de biais systématiques dans les données recueillies par certaines équipes n'est pas à exclure. L'identification de ces biais devrait être facilitée par cette stabilité des résultats.

D'autre part, en dépit des taux de données manquantes parfois élevés rencontrés pour certaines variables, les résultats sont cohérents lorsqu'ils sont comparés aux données de population bruxelloise et aux évidences issues de travaux épidémiologiques.

Pour que les analyses pluri-annuelles prévues prennent tout leur sens, un réexamen préalable de l'ensemble des données était indispensable. Il a imposé de reconsidérer les données SSM par SSM pour ensuite les intégrer à deux nouvelles bases de données globales SSMStat -A (adultes) et SSMStat-EA (enfants et adolescents) et a finalement conduit à la constitution de deux sous-ensembles de données, recueillies pour les années 2007 à 2010. Le sous-ensemble « adulte » est composé de 14.679 nouveaux inscrits sur un total de 24.009 ; le sous-ensemble « enfants et adolescents » est composé de 7.764 nouveaux inscrits sur un total de 10.293. La représentativité de ces deux sous-ensembles, par rapport aux données d'âge, de sexe et de région de résidence, disponibles pour la quasi-totalité des patients et des SSM a été vérifiée. Aucune sous-représentation ou sur-représentation significative n'a été constatée. Ces deux sous-ensembles constituent donc des échantillons représentatifs de la patientèle des SSM bruxellois agréés par la CoCoF.

Ces préalables procéduraux et statistiques, indispensables pour assurer la pertinence des résultats des analyses envisagées ont mobilisé un temps considérable, réduisant d'autant celui disponible pour les analyses des patientèles « adultes » et « enfants et adolescents » et des prestations qui y sont associées. Pour chacun des deux sous-ensemble, le travail a alors été organisé de la façon suivante : analyse des caractéristiques de patientèle et association de ces celles-ci avec le nombre de prestations reçues ; comparaisons avec les données de population bruxelloise ; analyse détaillée des associations patientèles-prestations.

En 2012, seule l'analyse des caractéristiques de la patientèle « adultes » et certaines associations de celles-ci avec le nombre de prestations reçues ont pu être réalisées et ont fait l'objet d'un premier rapport. Celui-ci met en évidence les différences qui peuvent exister entre les patientèles des SSM installés sur les campus universitaires et celles des SSM installés dans la cité. Compte tenu des nombres de patients suivis par les premiers nommés, qui représentent une fraction non négligeable de l'ensemble des patients, il est important d'en tenir compte si l'on veut disposer d'une bonne représentation des patientèles des seconds. Ces derniers, à la différence des SSM situés sur un campus, recrutent, sauf exception, la très grande majorité de leurs patients dans la commune où ils sont installés et dans les communes voisines.

Par rapport aux données de population bruxelloise, cette analyse a permis de mettre en évidence, dans la patientèle de ces SSM installés dans la cité, une sur-représentation des femmes ; des personnes célibataires, séparées ou divorcées ; des isolés, jeunes et vieux ; des familles monoparentales ; des patients de nationalité marocaine ; des personnes en congé de maladie, invalides, souffrant d'un handicap ou bénéficiant du droit à l'intégration sociale ; des jeunes hommes sans activité ni revenu et des hommes ouvriers. Inversement, elle a aussi mis en évidence une sous-représentation des actifs occupés ; des femmes et des personnes de plus de 55 ans à faible niveau d'études.

L'énumération de ces différentes caractéristiques montre bien qu'il y a de très fortes chances pour qu'une part non négligeable des personnes qui s'adressent aux SSM, connaisse au quotidien une situation de précarité plus ou moins prononcée et ait peu d'autres possibilités d'accès à des soins de santé mentale.

Au plan de la vulnérabilité, la variable « situation socio-professionnelle » est particulièrement parlante. Sur l'ensemble de la patientèle inscrite entre 2007 et 2010, un peu moins de la moitié des femmes et un homme sur deux vivaient de revenus de remplacement (chômage, maladie, invalidité, handicap, droit à l'intégration sociale). Chez les 25-54 ans, environ un tiers des nouveaux patients avait une activité professionnelle sur laquelle nous ne disposons, à ce stade d'aucune autre information. Compte tenu du développement de la précarité d'un certain nombre d'emplois au cours des dernières décennies, il y aurait probablement lieu de s'interroger sur les conditions dans laquelle cette activité professionnelle est exercée.

La proportion de femmes vivant seules avec enfant est elle aussi impressionnante. Parmi les 35-54 ans, un tiers sont dans cette situation.

Enfin un groupe se profile en filigrane, celui d'hommes jeunes, à faible niveau de formation, qui, pour partie paraissent ne pas avoir d'activité ou de revenus.

Ces résultats reflètent les caractéristiques de l'ensemble des patients des SSM installés dans la ville. Comme on l'a vu, ces services desservent principalement une patientèle de proximité. Compte tenu de la distribution spatiale hétérogène des groupes sociaux dans l'agglomération bruxelloise et de la diversité des profils socio-démographiques des quartiers bruxellois, les patientèles de chacun des SSM présentes des spécificités propres. Reste que ces dernières sont loin de contredire le schéma d'ensemble.

Les analyses portant sur la patientèle « enfants et adolescents » ainsi que des analyses thématiques approfondies réalisées à partir des deux bases de données constituées seront réalisées en 2013 et, compte tenu des traitements à effectuer pour les rapports d'activité des SSM, un rapport final sera disponible pour le 30 avril.

L'intégration des données des années 2011 et 2012 dans la nouvelle base de données SSMStat2 devrait conduire à la production d'un rapport complémentaire pour la fin novembre 2013.

5. Données de comparaison

L'attention portée aux données statistiques de population - disponibles au niveau des communes et de l'agglomération bruxelloise et permettant de situer les consultants des SSM dans l'univers socio-démographique régional – comme à la littérature nationale et internationale – portant sur les caractéristiques de patientèles et les prestations offertes par des services semblables ou comparables aux SSM - a été maintenue.

❖ Groupes de travail et Coordinations thématiques

Groupes de travail

Pratiques cliniques avec les justiciables

Personnes-ressources :

Benjamin Thiry, Elodie Posson, Caroline Mertens, Service psychosocial (SPS) de la prison de Forest.

En 2012, le groupe « Pratiques cliniques avec les justiciables » a poursuivi ses réunions bimestrielles destinées aux intervenants psychosociaux des secteurs de la santé et de la justice.

Nous nous sommes intéressés aux échelles de prédiction de la récidive violente ainsi qu'aux *facteurs protecteurs*, c'est-à-dire aux éléments de la vie des justiciables qui diminuent le risque de passage à l'acte agressif. L'étude des items de la SAPROF (de Vogel, de Ruiters, Bouman & de Vries Robbé, 2011) nous a mené à un constat : ils sont quasiment tous en lien avec la notion de *lien social* tel qu'il peut être défini par des sociologues tels que Paugam (2011). Ils sont donc des indices d'insertion / désinsertion sociale, qui s'avèrent également liés à d'autres risques (consommation de drogues, d'alcool, tentatives de suicides, dépressions, troubles anxieux, etc.)

Les échelles standardisées d'évaluation des facteurs protecteurs reposent sur une logique psychométrique mais semblent renvoyer à des concepts également sociologiques.

L'année 2012 a également été marquée par plusieurs secousses sismiques sur le plan politique : la crise économique a induit un *discours d'austérité* qui touche les secteurs de la santé et de la justice. Le SPF Justice s'avère contraint de diminuer ses effectifs humains. Les services psychosociaux des prisons et les Maisons de Justice devront probablement revoir leurs méthodes et leurs objectifs en fonction des suppressions de poste. Les intervenants psychosociaux des services extérieurs ont été confrontés à l'impossibilité temporaire de rencontrer les détenus des prisons bruxelloises. Le Centre d'Appui Bruxellois destiné aux auteurs d'infraction sexuelle a rencontré (à nouveau) des problèmes de subsides.

C'est à plusieurs niveaux de l'aide sociale aux justiciables que des difficultés surgissent aujourd'hui. Notre groupe s'y est intéressé.

Outre les débats d'actualité, nous avons abordé plusieurs *vignettes cliniques*, nous avons évoqué les *livres* « Conscience contre violence » de Zweig (1936), « Dictionnaire de la Violence » (sous la direction de Michela Marzano, 2011) et produit un *texte* « L'intervention psychosociale destinée aux justiciables : un état des lieux bruxellois » (Thiry, 2012).

Benjamin THIRY

Docteur en psychologie

Psychologue clinicien

Service psychosocial (SPS) de la prison de Forest benjamin.thiry@just.fgov.be

Entre Autruche & Girafe

Personnes ressources : Cathy Caulier, SSM de Saint-Gilles. Dr. Frédérique Van Leuven SSM Le Méridien

Projet de l'année 2012-2013

Le groupe de travail « entre autruche et girafe » propose de réunir des intervenants de l'ambulatoire, de l'hospitalier, des institutions concernées par la souffrance psychique d'un adulte, parent d'un ou plusieurs enfants.

Il s'agit d'un groupe clinique qui vise à aider des professionnels qui interviennent auprès des enfants, des adultes, des familles.

Ce groupe se réunit depuis plusieurs années.

L'objectif qu'il s'est fixé cette année : poursuivre la présentation de situations cliniques en orientant sa réflexion sur la question des REPRESENTATIONS suscitées chez l'intervenant qui rencontre ces situations de souffrance psychique : comment ces représentations sont aidantes ou handicapantes dans notre travail ? Comment ces représentations peuvent se transformer, se compléter, évoluer par l'apport du groupe ?

Nous souhaitons aborder cette question des représentations en intégrant une dimension métaphorique comme support à nos interventions : une façon d'expérimenter entre nous, l'intérêt (et les limites) de l'utilisation des métaphores dans le travail de ces situations.

Ainsi, les ressources du groupe et des supports métaphoriques seront au centre de notre réflexion.

Groupe de travail : Intérêt de l'enfant lors d'une séparation parentale »

Rétroactes : en novembre 2011, la Ligue organisait un Colloque intitulé : « Hébergement égalitaire : interrogations croisées autour de l'intérêt de l'enfant. »

Ce colloque portait sur « la notion d'intérêt de l'enfant dans le cadre de la Loi (2006) tendant à privilégier l'hébergement égalitaire de l'enfant dont les parents sont séparés ».

Cette rencontre entre des professionnels des mondes de la Santé Mentale et de la Justice avait tenté de saisir les contours de la notion d'intérêt de l'enfant.

Les avocats, les magistrats, les médiateurs, les experts, les psychologues et l'ensemble des professionnels présents au cours de cette journée se sont exprimé sur leurs représentations des questions soulevées par la thématique proposée et sur les effets perçus du changement dans les pratiques et au sein de familles depuis l'application de la nouvelle loi.

A la suite de quoi, un groupe d'une vingtaine de professionnels appartenant aux secteurs de la justice et de la santé mentale ont décidé de poursuivre leurs réflexions dans le cadre d'un groupe de travail.

Celui-ci s'est réuni à trois occasions au cours de l'année 2012 :

- le 15 mai : constitution du groupe, fixation des objectifs et des modalités de fonctionnement,
- le 19 septembre : travail et discussion à partir d'une présentation du livre d'Irène Théry sur « Le démariage » par Martine Goffin,
- le 19 décembre : travail et discussion à partir de la présentation de Marie Stiévenart autour de sa thèse sur les questions liées à l'attachement.

Le travail du groupe se poursuivra en 2013.



Coordinations thématiques

Inter – Coordination : Rapport commun à l'ensemble des coordinations.

Pour la quatrième année consécutive, les coordinations (enfance, adolescence, personnes âgées, précarités et urgences) ont continué à se réunir pour penser leur fonction et leurs actions. La visée première du groupe EC(h)O est de constituer un outil substantiel pour que la L.B.F.S.M., la F.S.S.M.B. et l'A.S.S.M.B. Bico. puissent défendre leurs politiques de santé mentale, réaliser des projets et engager des actions de promotion en santé mentale.

Les coordinations sont au service et à l'écoute de l'ensemble du secteur des S.S.M. bruxellois et constituent une interface entre le terrain, les secteurs et diverses instances (la L.B.F.S.M., la F.S.S.M.B., l' A.S.S.M.B. Bico, fédérations, administrations, politiques). Les coordinateurs sont tout particulièrement attentifs aux conditions d'inscription des S.S.M. dans une dynamique de réseau avec d'autres secteurs.

Chaque année, chaque coordinateur propose et soutient des projets en rapport avec l'objet de sa coordination et les préoccupations et les besoins du secteur, formulés par lui-même, les acteurs de terrain ou les instances représentatives.

Les Coordinations mènent des projets, tels que :

La récolte d'informations, de données contextuelles, de textes et documents permettant de réaliser un travail de recherche, d'analyse et de synthèse sur des questions d'actualité relatives à des problématiques ciblées. Par exemple, la réalisation d'un dossier thématique.

La réflexion relative à une éventuelle prise de position par rapport à certains faits d'actualité en lien avec la thématique coordonnée.

La remise d'avis sur certaines questions, permettant aux instances représentatives de disposer des arguments pour orienter et faire valoir leurs pratiques et politiques de travail.

La mise en place d'actions qui favorisent et améliorent l'activité clinique des S.S.M. dans une dynamique de réseau avec d'autres secteurs.

L'organisation de rencontres, de groupes de travail thématiques, de séminaires, de journées d'étude ou de colloques qui assurent le relais et la réflexion entre les institutions, les intervenants, et éventuellement les usagers, sur des thèmes choisis pour leur pertinence clinique, leur actualité sociale ou politique, et diffusion/publication des travaux liés à ces activités.

Dans ce contexte, Echo réunit mensuellement les coordinateurs et leur permet de travailler de nombreuses questions qui leur sont propres mais aussi des questions d'actualité sectorielle et intersectorielle. Il permet la circulation des informations, la centralisation des demandes adressées aux coordinateurs et la mise en place de collaborations composites en lien avec ces demandes ou l'actualité du secteur. Il permet aussi de centraliser les différentes demandes qui aboutissent à la Ligue et de réfléchir en équipe à la réponse à y donner. Il permet enfin de mettre en place des collaborations composites autour de demandes du terrain ou avec de l'actualité du secteur.

Une autre visée du groupe EC(h)O consiste à veiller aux articulations et à la pertinence d'une approche transversale au sein des différentes coordinations.

ACTIVITES DE L'ANNEE 2012 :

Visibilité, formation, articulation avec les instances, positionnement

1. Formation Ilôt

Echo a répondu à une deuxième demande de formation de l'ASBL « l'îlot » (Accueil, hébergement, services aux sans-abri), et mis en chantier une formation théorico-pratique à destination de leurs travailleurs.

Cette formation s'est basée sur le même schéma que 2011, suite à une évaluation largement positive des participants :

« Tout d'abord un petit feedback de la première formation. Les formulaires d'évaluation de la première phase reviennent petit à petit des maisons et sont dans l'ensemble fort positifs. Une remarque souvent mentionnée, l'intérêt d'avoir un coordinateur qui fait le lien d'une séance à l'autre. »

Le processus formatif 2012 s'est donc également construit à partir de l'expérience des intervenants, alternant temps d'apports conceptuels et temps cliniques issus du terrain des professionnels.

Pour structurer ce travail en atelier, un canevas de présentation de situations a été préalablement soumis aux participants de la formation pour les aider dans leur travail d'élaboration de cas : santé mentale, maladie mentale et contexte social ; pathologies et médicaments, pathologies et substances psychotropes ; le travail en institution et avec le réseau.

A la clôture de la formation, un porte-document reprenant et complétant les thématiques abordées lors des différentes journées a été transmis au groupe.

Stéphanie Martens, coordinatrice « Adolescence », a accompagné l'ensemble du processus. Elle a eu pour fonction de garantir la continuité et l'unité des séances.

Ces deux années de processus formatif ont ouvert le débat au sein d'Echo sur la question de la formation d'un point de vue plus général. Est-ce qu'on pourrait imaginer qu'EC(h)O généralise cette offre et ce auprès de certains secteurs plus spécifiquement ?

2. FSSMB

Depuis maintenant trois années, à la demande de l'inter-coordination, une place d'invité(s) permanent(s) au CA et une place au bureau de la FSSMB ont été créées.

Cette année 2012, ces places sont occupées par Philippe Hoyois, coordinateur urgences et Isabelle Boniver, coordinatrice personnes âgées.

Le rôle d'interface des coordinateurs est ici particulièrement important et tend à se renforcer afin d'œuvrer à une circulation entre les réalités de terrain, les SSM et les instances fédératrices et inversement en vue d'une congruence entre les pratiques et les dispositifs et les personnes professionnelles ou non-professionnelles qui sont concernées par ceux-ci.

C'est dans cette dynamique que les coordinateurs thématiques ont largement participé à la journée d'étude d'octobre 2012 ainsi qu'au processus de visite des SSM par la FSSMB.

Journée FSSMB: Pour rappel, l'enjeu de cette journée de rencontre était de donner la parole à nos responsables politiques pour que, sur base de leur programme, ils formulent ce qui à leurs yeux fonctionne bien et moins bien et quelles sont leurs attentes à court et à moyen terme. Des représentants de notre secteur ont débattu à leur côté en se soutenant de leur pratique, d'exemples cliniques, des réalités de terrain que nous rencontrons dans les différents domaines où portent nos actions.

Un essai de modélisation de nos interventions en santé mentale ambulatoire, pensées dans un contexte social et articulées avec d'autres a clôturé cette journée.
EChO a construit activement avec la FSSMB cette journée.

Visites des SSM

La FSSMB en partenariat avec la LBFMSM a entamé un processus de visite dans tous les SSM. Pour cela, la FSSMB s'est donnée deux ans.

L'objectif est de présenter la FSSMB, son travail, ses partenariats avec la LBFMSM et les coordinations et de laisser une large place à l'échange dans une volonté de rendre la FSSMB la plus fédérative possible et la plus représentative des SSM.

Un représentant d'Echo était également présent afin de participer à l'échange et de présenter le travail des coordinations, occasion également de sensibiliser les SSM à la présence de déléguer des professionnels dans les activités ou groupes de travail.

3. LBFMSM

Nous avons rencontré le CA de la ligue en février 2012. Différentes questions ont été posées par certains membres du CA, dont certaines ont souligné la méconnaissance partielle des coordinations dans le secteur.

La question de la visibilité des coordinations a également été soulevée. Suite à cette rencontre une place d'invité permanent au CA de la ligue a été votée.

A partir de décembre 2012, Anne Labby, coordinatrice « enfance » nous y a représenté.

Plus spécifiquement, une proposition de mise en place de plusieurs réunions centrées sur une réflexion autour de la thématique de l'exil et la santé mentale/santé publique a été avalisée par le CA. Ces premières réunions ont eu pour objectif de rassembler des professionnels mobilisés par cette thématique afin de poser des jalons concernant la manière d'aborder cette question, les enjeux et la méthodologie à développer. Etant donné que c'est une question transversale à toutes les coordinations, plusieurs coordinateurs ont rejoint ce groupe.

4. Visibilité Ec(h)o

EChO est désireux de renforcer la visibilité de son action ainsi que d'accroître la visibilité et la légitimité de son travail.

Plusieurs moyens techniques et visuels le permettent : pages des coordinations sur le site internet, site internet de la ligue, newsletter de la ligue.

Plus particulièrement, les coordinateurs veillent à alimenter la rubrique « Actualités » de la newsletter par des événements, infos, articles, débats, projet de Loi...

Ce travail de mise en lumière s'effectue tout au long de l'année.

5. Mental'idées

Participation de Stéphanie Martens et de Manu Gonçalves au comité de rédaction du mental 'idées.

6. Articulation avec la Plateforme de Santé mentale autour des rencontres intersectorielles SAJ/SSM/Hôpitaux

En 2012, le groupe Ec(h)0 a permis de continuer de penser le processus de rencontres intersectorielles SAJ/SSM/Hôpitaux investi par la Coordination Enfance et la Coordination Adolescence. Pour rappel, il s'agit d'un travail en partenariat avec la Plateforme de santé mentale bruxelloise étant donné que la LBFMSM comme la Plateforme avaient été interpellées par des professionnels du soin concernant les nouveaux enjeux dans la collaboration avec le SAJ depuis la mise en place de la nouvelle Ordonnance bruxelloise en 2009.

Afin de ne pas multiplier les lieux de réflexion pour les différents professionnels du soin qu'ils travaillent en ambulatoire ou en milieu hospitalier, la LBFSM et la Plateforme ont veillé à traiter cette thématique en commun.

Pour plus de détails concernant le contenu du projet en tant que tel : se référer au chapitre « Partenariat des Coordination Enfance et Adolescence ».

7. Enjeux politiques

Cette année, Ec(h)O est resté particulièrement attentif au contenu de l'étude consacrée aux soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents en Belgique; étude réalisée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

Sachant que le KCE travaille à mettre en place l'équivalent de l'article 107 pour les enfants et les familles (réforme des soins en infanto-juvénile), il nous a semblé pertinent de rester vigilant et pro-actif par rapport à ce dossier et ce d'autant plus, que certaines recommandations nous inquiètent.

Pour rappel, en 2011, la LBFSM avait été conviée à participer aux tables-rondes organisées par les chercheurs et les Coordination Enfance et Adolescence se sont impliquées en rendant compte de ce que leurs groupes de travail et contacts enseignent sur les soins en santé mentale infanto-juvénile. Un travail en réseau favorisant les complémentarités et le respect des cadres de chacun, la création d'une meilleure articulation entre les professionnels et les services relevant de niveaux de pouvoir différents et le maintien d'une approche au cas par cas en tenant compte de la singularité et des ressources des enfants, des adolescents et de leurs familles ont été au cœur de notre discours.

En 2012, la question centrale fût de cerner de quelle manière Ech(h)O s'emparait de cette question et comment envisager les articulations avec la FSSMB et la Plateforme de santé mentale qui s'est également mise au travail autour de cette étude. Des rencontres ont eu lieu dans ce sens.

Pratiquement, en lien avec la FSSMB, les coordinations Enfance et Adolescence ont accepté d'animer un groupe de travail /cellule politique réunissant les professionnels du secteur ambulatoire intéressés. La première réunion aura lieu en 2013.

Pour l'Inter-Coordination :

Isabelle Boniver, Annick Delférière, Stéphanie Martens, Noémie Van Snick, Manu Gonçalves, Philippe Hoyois, Anne Labby.



Coordinations

Coordination Enfance

Coordinatrice

Anne Labby - S.S.M. L'Eté/Secteur Enfants, Adolescents et Familles

tél: 02 526 85 48

e-mail: annelabby@hotmail.com

La Coordination Enfance a pour objectif de mener des actions qui se réfèrent aux situations des familles, aux préoccupations des professionnels de la petite enfance et de l'enfance associés aux enjeux sociétaux contemporains.

Les projets s'élaborent en partenariat avec le secteur de la santé mentale ambulatoire bruxellois (Cocof et Cocom), les instances représentatives de la LBFSM ainsi qu'avec les divers secteurs bruxellois actifs dans l'accompagnement, l'aide et le soin.

La Coordination veille à rester en lien avec les préoccupations et études émanant des instances politiques: Département du Délégué général des Droits de l'enfant, ONE, Conseil supérieur de la Santé, études relatives aux questions scolaires...

En 2012, elle s'est intéressée à une étude du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) relative à une réforme du programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents.

La Coordination Enfance est soucieuse de diffuser et solliciter le débat autour de questions cliniques d'actualité et d'ordre sociétal ou politique concernant l'enfance et la parentalité afin de pouvoir transmettre les réalités du terrain et participer avec l'instance fédérative adhoc à un dossier sur l'un ou l'autre front qu'il soit clinique, éthique, social ou politique.

L'actualité infantile en 2012:

- Relevons la mobilisation du monde infanto-juvénile bruxellois qui a rejoint le manifeste s'opposant aux accusations délétères des approches psycho-dynamiques et psychanalytiques de l'autisme infantile en France.
- Relevons les diverses réactions suscitées par les projets de changement de Loi dans la Constitution française afin de préserver les droits de l'enfant et des parents dans des contextes de familles homoparentales. Bien que la Belgique ait déjà légiféré en la matière, ces mouvements sociétaux ont relancé le débat sur les droits fondamentaux des enfants eu égard aux droits des adultes.

En 2012, la coordination Enfance a maintenu plusieurs groupes de travail.

Ces groupes abordent des thématiques révélatrices de la complexité des prises en charge dans des contextes où la fragilisation des familles au sens large est à l'avant-plan depuis plusieurs années c'est-à-dire précarité économique, précarité du lien social et précarité symbolique. Dans une société où l'on assiste depuis au moins deux décennies à une multiplication des modèles familiaux, à un « brouillage » des repères éducatifs, à une explosion de l'offre des jeux technologiques et à une augmentation de la médicalisation des sentiments, la question de l'accompagnement de la « dynamique du grandir » est au cœur des préoccupations.

De nombreux professionnels, issus de divers secteurs sont concernés par ces réflexions relevant d'une politique de santé publique tant au niveau de la prise en charge qu'au niveau des dispositifs de prévention.

Ceci étant, les souffrances familiales d'origine multifactorielle et les symptômes présentés par les enfants font que les professionnels se sentent de plus en plus déconcertés dans les balises qui fondent leurs métiers et doivent faire preuve de grande créativité.

Il apparaît clairement que les frontières entre les professions et les institutions se font de plus en plus poreuses et sont fréquemment à l'origine de souffrance et de malaise tant chez les usagers que chez les professionnels. Ces derniers peuvent parfois en arriver à questionner le sens de leur métier.

La coordination enfance en permettant aux professionnels de se rencontrer poursuit deux objectifs qui visent à promouvoir une politique de santé publique à plusieurs :

- Le premier objectif consiste à multiplier les points de vue et à croiser les savoirs inhérents aux différents secteurs représentés afin de dynamiser, dialectiser les réflexions et renforcer les processus internes de créativité au sein de chaque secteur. Processus de renforcement des compétences internes.

- Le deuxième objectif consiste à améliorer la connaissance réciproque des services, d'affiner les représentations des cadres éthiques de chaque secteur « revisités » sans être complètement « dénaturés » à l'aune des situations familiales contemporaines. Il s'agit d'un processus de prise de conscience de l'inévitable travail sur les malentendus qui vise à préciser une logique du soin en réseau pensé au cas par cas.

Pratiquement, les participants sont les vecteurs principaux de transmission de ce travail.

PARENTALITES FRAGILISEES / ENFANTS EN PANNE DE DEVELOPPEMENT

Janvier 2012 – septembre 2012: le groupe a poursuivi ses réflexions concernant les dispositifs de soin et d'aide psychosociale les plus pertinents à mettre en place et à soutenir auprès des familles et des enfants dans des contextes où les adultes/parents sont en souffrance voire en errance psychique. Relevons que ce groupe légitime sa raison d'être étant donné l'augmentation des adultes fragilisés par le contexte sociétal d'aujourd'hui.

Dans ces situations, la confusion voire l'indifférenciation psychique entre le(s) parent(s) et l'individualité de leur enfant prédomine à des degrés à nuancer. Les enfants sont soit livrés à eux-mêmes étant donné que le parent paraît très en panne pour pouvoir « prêter » son appareil à penser à l'enfant soit ils sont fréquemment soumis à des projections pathologiques de la part du ou de(s) parent(s). Il peut s'agir de parents ayant vécu de lourdes carences infantiles ou/et de parents fragilisés dans leur contexte actuel de vie.

La relation à leur enfant se définit fréquemment dans le registre de l'alternance de la fusion et du rejet et non pas selon l'axe d'une intégration d'un sentiment d'ambivalence où ils peuvent soutenir la conflictualité chez eux et chez leur enfant. Les situations abordées se centrent principalement sur les parents qui ne reconnaissent pas l'état morbide de leurs souffrances psychiques, celles-ci s'exprimant à travers le corps, le passage à l'acte voire le délire.

Au-delà des enfants qui semblent aller bien, les enfants peuvent présenter des symptômes divers: importants retards de développement, non-inscription dans le langage, errance psychique laissant supposer une grande carence dans la subjectivation, hyperactivité bruyante, passages à l'acte, absence d'appétence cognitive avec de grandes répercussions au niveau des apprentissages : troubles de l'attention, troubles instrumentaux ...

Ce groupe accueille des professionnels issus de diverses institutions telles que les pouponnières, les institutions résidentielles pour enfants, les espace-rencontre, les AMO, les services de placement en familles d'accueil, les SSM et les hôpitaux.

En 2012, alternance de présentations cliniques et de réflexions théoriques afin de cibler les impasses dans les rencontres au sein du travail à plusieurs dans une équipe et dans l'articulation avec le réseau sachant que le vécu d'impuissance - avec ses dérives du côté du repli idéologique ou du passage à l'acte - est très prédominant. Travail à partir de la

conceptualisation théorique de R. Roussillon et de Francisco Palacio Espasa. Poursuite des investigations des particularités des vécus avec des parents en souffrance avec l'archaïque, réflexions sur les vécus transférentiels et contre-transférentiels des professionnels. Ce groupe a pour vocation d'être un réceptacle des vécus des professionnels pour pouvoir les intégrer en les transformant en espace de créativité au service des familles sachant que ces situations mettent à mal l'ensemble des professionnels du soin et de l'aide ainsi que les enseignants. Il s'agit de soutenir les espaces de créativité dans chaque structure afin d'apaiser les attentes débordantes adressées à l'autre. Plusieurs témoignages vont dans le sens d'une mise au travail des repères institutionnels fondateurs à l'aune de la réalité des familles : prédominance des consultations à plusieurs, en tandem, théâtralisation du vécu, des émotions, création d'atelier enfants/parent(s), visites à domicile, ouverture aux personnes qui sont référées par les familles, recherche de lieux dans le social pour les enfants,

Enjeux avec le secteur de l'enseignement : Le manque de places est criant ! La solitude, le désarroi et le sentiment d'impuissance des enseignants sont souvent mis en avant.

Travail sur les articulations avec les écoles et les CPMS autour du travail de soutien aux enseignants et autour des projets d'enseignement intégré soutenus par le politique. Mise au travail des réflexions portant sur les modalités d'articulation spécifique à chaque service.

Enjeux avec le SAJ et l'aide contrainte: Au départ des témoignages clinique, poursuite du recueil de ce qui se joue dans les impasses et les « leviers possibles » dans les articulations avec le SAJ.

CLINIQUE DE L'EXIL / ENFANTS, FAMILLES

Janvier 2012 – septembre 2012: les participants ont continué à réfléchir et à partager les dispositifs de soin et d'aide psychosociale que leurs équipes respectives soutiennent auprès des familles issues de l'exil en différenciant les contextes de violence et de traumatisme collectif dans les pays d'origine et les immigrations sociales. A Bruxelles, en fonction de leur localisation géographique, certains services rencontrent majoritairement ce public. Il peut s'agir de nouveaux arrivants mais aussi d'enfants issus de la deuxième ou troisième génération socialisés en Belgique. Ce groupe rassemble des professionnels issus des secteurs sociaux, ambulatoire et résidentiel. Cette année, les rencontres ont porté sur une alternance de réflexions théoriques et de témoignages se référant à la spécificité du travail de chacun et sur le repérage des enjeux dans le travail en réseau. En 2012, l'accent a été mis sur la nécessaire clinique de l'ouverture.

Les participants ont vivement souhaité venir déplier leurs préoccupations, questionnements, malaises ainsi que les attentes réciproques qu'ils avaient les uns par rapport aux autres.

Mise au travail autour des enfants qui sont en errance psychique, d'enfants psychotiques voire autistes.

Mise au travail autour du livre de Louis Sciara «Banlieues. Pointe avancée de la clinique contemporaine » où l'auteur témoigne de son expérience avec des enfants et des familles dans les banlieues françaises. Temps d'arrêt pour penser la question du corps dans les rencontres, de la mise en acte et de la place du symbolique. Ces réflexions théoriques ont également ouvert de nouvelles pistes de lecture quant à la différenciation des souffrances psychiques en fonction que les enfants sont issus de la première, deuxième ou troisième génération. Soutien à la parentalité et mise au travail du métissage culturel pour les adultes issus de la deuxième ou troisième génération.

Du côté des enfants, l'attention a continué à se porter sur les enjeux psychiques en lien avec le métissage culturel – famille d'origine et lieux de socialisation dans le pays d'accueil – auquel les enfants sont plus intensément confrontés. Réflexions sur le soutien spécifique à porter auprès de ces enfants qui sont souvent très seuls, non accompagnés par un adulte pour les reconnaître dans cette conflictualité très singulière dans laquelle ils peuvent « se perdre ».

Enjeux avec le secteur de l'enseignement : Discussion entre participants sur l'état des lieux de ces échanges intersectoriels à partir de leurs inscriptions professionnelles respectives.

Réflexions sur l'appropriation par le milieu scolaire de la prise en considération du métissage culturel des enfants donnant une place à la mixité et à la différenciation et non à l'exclusion.

Constat : Absence de places et classes surnuméraires. Trop d'écoles sont en grandes difficultés pour accompagner les enfants dans leurs apprentissages suite à un nombre trop important d'enfants n'ayant pas les pré-requis émotionnels, relationnels, cognitifs et de contrôle pulsionnel.

Pratiquement, la solitude et le désarroi des enseignants sont à l'avant-plan.

Un constat domine : de nombreux professionnels sont très interpellés par une ghettoïsation toujours grandissante des quartiers et des écoles qui signe des replis communautaires inquiétants liés à une faillite d'une politique d'intégration. Au-delà de la mise au travail des pratiques en lien avec les questions soulevées par ce constat, de nombreux professionnels mettent l'accent sur la nécessaire mobilisation des relais vers le politique.

Enjeux avec le SAJ et l'aide contrainte : recueil des questions spécifiques liées à l'articulation avec le SAJ et groupe-ressource pour partager les réflexions sur les enjeux intersectoriels avec le SAJ.

ACTUALITES CLINIQUES INFANTILES CONTEMPORAINES: OU EN SOMMES-NOUS?

Septembre 2012 - ...

Regroupement des deux groupes de travail susmentionnés étant donné leurs préoccupations convergentes portant sur l'adaptabilité et l'inventivité des dispositifs de soin, d'aide et d'apprentissage dans des contextes de fragilisation d'ordre psychique ou/et social chez les enfants ou les adultes/parents en région bruxelloise. Réflexions sur le « comment grandir » et être parents dans des contextes de précarité, d'exil, de multiculturalité. Etat des lieux et mise au travail des articulations intersectorielles avec le milieu enseignant et les CPMS ainsi que sur les articulations avec l'aide consentie (SAJ) et l'aide contrainte (TJ).

Ces échanges relancent la pertinence de la mise en place de rencontres intersectorielles avec des professionnels issus des CPMS et du milieu enseignant ainsi qu'avec des professionnels du SAJ et ce d'autant plus depuis l'application de l'Ordonnance bruxelloise.

SANTE MENTALE / LOGOPEDES

En 2012, les logopèdes ont maintenu leurs réunions mensuelles. Elles décrivent ce lieu comme un espace-ressource leur permettant d'échanger sur l'adaptabilité des prises en charge et des espaces de prévention dans notre société contemporaine à l'aune de la réalité sociodémographique des enfants à Bruxelles.

Multipliation des prises en charge à plusieurs et du travail en dehors des murs de l'institution. Lieu de renforcement des compétences internes et de mise en débat des rencontres intersectorielles notamment avec le milieu enseignant et les CPMS. Lieu d'articulation avec les enjeux sociétaux actuels et les politiques de santé publique. Echanges autour des aménagements scolaires proposés aux enfants et jeunes présentant des troubles de l'apprentissage.

Les réflexions ont continué à porter sur les liens entre les expériences du corps, l'inscription dans le langage, le développement de la pensée et de l'appareil cognitif ainsi que sur les troubles inhérents au désir d'apprendre. Impact de l'immédiateté des images sur la possibilité de traiter l'information, de la « digérer », de la faire sienne, d'en faire un espace de « jeu/je » propice aux apprentissages.

En 2012, poursuite des échanges relatifs aux troubles plus spécifiques des apprentissages et des prises en charge logopédiques des adolescents en SSM. Etat des lieux des rencontres et des articulations avec les lieux parallèles d'accueil de l'adolescence et ce, dans des situations familiales particulièrement complexes quant aux enjeux intersubjectifs parents/enfant, dans des contextes de précarité, de multiculturalité où le bilinguisme voire le multilinguisme non intégrés sont prédominants. Mise en perspective de la réalité socio-démographique actuelle eu égard à l'historique de l'inscription de la profession dans le réseau.

Entre évaluation, rencontre, rééducation et restauration des contenants de pensée, les articulations et « crochetage » avec les représentants « psy » et assistants sociaux des équipes internes ainsi qu'avec les professionnels du milieu hospitalier (cf. diagnostic des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité: TDA/H) ont continué à être approfondis. Travail sur l'articulation entre les différents paradigmes du soin.

Autres activités

Mobilisation - participation – recherche

- Temps d'investigation et de recueil des questions transversales au secteur des SSM et aux professionnels de l'accompagnement de la petite enfance et de l'enfance. Projet : soutenir un espace de rencontre réunissant des professionnels du soin et du réseau petite enfance autour de projets de type prévention - promotion de la santé mentale dans notre société contemporaine. Projets à articuler avec la réalité sociologique de Bruxelles. Proposition de travailler, entre autres, à partir du livre « Les enfants au carré ? Une prévention qui ne tourne pas rond ! » qui recueille une série d'articles édités par le Collectif « Pas de 0 de conduite ».
- Temps d'investigation de la mobilisation des professionnels des SSM autour de préoccupations politiques diverses telles que celles touchant à la réforme de l'organisation des soins infanto-juvénile sur Bruxelles, à l'articulation avec la Plateforme de Santé mentale et la Commission maltraitance de la Communauté française.
- Participation au groupe de travail et de réflexion Infanto-juvénile de la Plate-forme de concertation pour la santé mentale à Bruxelles.
- Participation aux rencontres mensuelles du groupe « EC(h)O » à la LBFSM qui réunit l'ensemble des coordinateurs et des représentants de l'équipe permanente de la LBFSM. Mise au travail sur des projets qui abordent des questions transversales à toutes les coordinations. Articulation avec la FSSMB, le C.A. de la Ligue et le BICOM. Pour plus de détails : se référer au chapitre consacré à l'Intercoordination dans le Rapport d'activités de la LBFSM.
- Participation aux réunions de l'association européenne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (AEPEA).
- Préparation et participation à la journée de la Fédération des SSM « Entre pratiques de terrain et action publique : les SSM et les Politiques, quels dialogues ? ». Animation d'un atelier centré sur l'enfance, réflexions sur les dynamiques porteuses entre l'enfant, sa famille, l'école et les SSM dans les processus inhérents au fait de grandir et d'apprendre. 23/10/2012
- Rencontre organisée par la Cocof avec une délégation polonaise dans le cadre d'une coopération dans le domaine des relations enfants-parents. Réflexions sur une politique santé mentale /santé publique. 11/12/2012
- Participation au séminaire « Hébergement égalitaire : interrogations croisées autour de la notion de l'intérêt de l'enfant ». Processus de réflexion qui réunit des Juges de la jeunesse, des avocats et des professionnels du soin.

A assisté :

- Y a-t-il un transfert adolescent ? Prof. Jacques Rassial 27/03/2012
- Cycle de conférences du Prof. René Roussillon « Jeu et Entre-jeu : le besoin de créer » 3/04/2012 - « Symbolisation et passage à l'acte » 22/05/2012
- Le travail à plusieurs. Journée de psychothérapie institutionnelle. 11/05/2012
- Psychothérapie institutionnelle d'enfants. L'expérience du KaPP 25/05/2012

- L'enfant plus que parfait du vingt et unième siècle, entre mythe et réalité. Journée de la WAIMH 22/06/2012
- Parcours d'une pratique analytique : vers le dialogue entre Freudiens et Lacaniens. 14/09/2012
- Journée d'étude pour les 20 ans de Espace-rencontre à Bruxelles. 29/11/2012

SAJ versus nouvelle Ordonnance bruxelloise/SSM/Hôpitaux

En 2012, les coordinations Enfance et Adolescence en partenariat avec la Plateforme de Santé mentale bruxelloise ont poursuivi le processus d'organisation de rencontres intersectorielles entre le secteur des SSM, les hôpitaux et le SAJ.

Rappel: Ce projet a vu le jour suite à des interpellations de la LBFSM et de la Plateforme par des professionnels du soin préoccupés au sujet de la collaboration avec le Service d'aide à la Jeunesse (SAJ) depuis l'application en 2009 de l'Ordonnance bruxelloise du SAJ.

Sachant que cette Ordonnance entraîne de nouvelles modalités d'articulation entre le SAJ (aide négociée avec les familles), le Parquet et le TJ (aide contrainte avec les familles), il nous est apparu opportun de nous emparer de la question et de veiller à la mettre au travail.

Afin de ne pas multiplier les lieux de rencontre pour les différents professionnels concernés, la LBFSM et la Plateforme ont veillé à traiter cette thématique en commun.

2012 : Rencontres avec les équipes infanto-juvéniles des SSM et les professionnels des hôpitaux pédopsychiatriques bruxellois. Ces réunions ont débouché sur un écrit qui répertorie des questions relatives soit aux cadres de travail respectifs de chacun avec souhait d'éclaircissement des spécificités des grilles de lecture et des critères d'évaluation soit plus particulièrement aux modalités de collaboration.

Rencontre avec des représentants du SAJ. Cette réunion a permis d'enclencher le même processus au sein du SAJ bruxellois qui a également rédigé un écrit répertoriant l'ensemble des questions à adresser au secteur ambulatoire et au secteur hospitalier. Objectifs : faire circuler ces écrits dans les différents secteurs.

Ceci ayant pris un certain temps, l'organisation d'une première rencontre intersectorielle sous forme d'une après-midi d'étude a donc dû être postposée à l'année 2013. Notons que les modalités de la journée se définissent en partenariat SSM/Plateforme/SAJ.

Anne Labby

Coordination Adolescence

Coordinatrices :

Annick Delférière du S.S.M. Chapelle-aux-Champs
Stéphanie Martens du S.S.M. Saint-Gilles

Depuis sa mise en place, la coordination adolescence privilégie la mise en relation dynamique des institutions qui sont amenées à intervenir auprès des jeunes.

Elle tente de faire en sorte que les intervenants psychosociaux des institutions d'hébergement et des milieux ambulatoires puissent se rencontrer autour de thématiques communes et espère ainsi favoriser les collaborations entre les uns et les autres afin, in fine, de rendre le champ institutionnel plus largement accessible aux jeunes.

En 2012, la coordination adolescence a mené les activités suivantes :

- Poursuite du travail au sein du groupe « Adolescence et aide à la jeunesse ».
- Poursuite des "Pionniers de la table ronde".
- Co-animation du groupe de travail "ados en exil".
- Participation aux réunions de l'inter-coordination.
- Participation au comité intersectoriel du CLPS

De plus, la coordination adolescence, ayant à cœur de s'inscrire dans les réalités contemporaines, fussent-elles virtuelles, dispose d'un blog qui la présente ainsi que ses activités à l'adresse : <http://coordinationadolescence.blogspot.com/>

Groupe Adolescence et Aide à la jeunesse

L'intérêt de ce groupe mensuel réside dans la rencontre, l'échange et la réflexion entre différents secteurs et différentes équipes autour des questions relatives à l'adolescence. Il rassemble des acteurs de terrains qui, outre le fait de travailler dans le champ de l'adolescence, se situent à l'articulation de la santé mentale et de l'aide à la jeunesse. Il rend possible une appréhension des spécificités de chaque institution et une mise au travail de leurs différences, leurs interactions et articulations. Le groupe permet également aux participants de se représenter et d'exister au sein d'un réseau auprès des autres professionnels. Le fait que différents secteurs soient présents est donc perçu comme une richesse.

Notre travail de l'année 2011 sur la thématique: « Logique sécuritaire et espaces de résistances » a abouti à la rédaction d'un "texte martyr" mettant en forme les idées fortes qui ont traversés les rencontres mensuelles du groupe de travail.

Durant l'année 2012 nous avons poursuivi le fil tissé l'année précédente en alimentant nos réflexions d'apports extérieurs sous formes d'articles et d'interviews.

Dans le courant de l'année 2013, nous prévoyons une rencontre avec Jean-Pierre Lebrun ainsi que la rédaction d'un article qui sera publié dans la revue de la LBFSM, le "Mental'idées". Cet article rendra compte des travaux de ce groupe autour d'une thématique déployée pendant deux ans.

Les pionniers de la table ronde

Au sein de la coordination adolescence, nous avons fait le constat qu'il était difficile de mobiliser les professionnels de la santé mentale dans le cadre d'un groupe de travail autour des questions soulevées par l'adolescence, et ce pour différentes raisons sur lesquelles les professionnels que nous avons rencontrés s'accordent : le format des groupes de travail mensuels ne semble pas toujours adapté aux réalités auxquelles les équipes font face ; les adolescents sont peu présents dans la plupart des SSM et les petites équipes sont souvent trop surchargées pour consacrer une demi-journée par mois à cette thématique. Les SSM bénéficiant d'un département "Ado" sont rares. En outre, certaines questions relatives à l'adolescence interpellent ces professionnels, mais aucune de ces questions ne les rassemblent.

Il existe déjà de nombreux groupes de travail en dehors de la Ligue réunissant des professionnels et la nécessité de proposer quelque chose qui ne se fait pas ailleurs s'est faite entendre.

Mises en demeure de réinventer les activités de cette coordination tant du point de vue de la forme que du point de vue du fond, nous nous sommes fixées comme objectif de travail de favoriser les rencontres et les échanges entre la santé mentale et d'autres secteurs en proposant un dispositif "table ronde". Partant du constat que les liens entre la coordination adolescence et les SSM doivent être raffermis et que l'adolescence est une thématique qui se situe au carrefour de différents secteurs (ambulatoire, hospitalier, aide à la jeunesse, école...), ce format collégial et transversal nous est apparu comme le plus adéquat.

Dans le courant de l'année 2011, la coordination adolescence a organisé deux moments de rencontre sous forme de tables rondes : "*l'adolescent, l'école et le psy*" et "*déclinaisons des violences à l'adolescence*".

En 2012, une troisième table ronde a clôturé le cycle autour de la question de l'articulation de l'adolescence et du social : "*nouveaux symptômes à l'adolescence: symptômes du social*". *Si l'adolescence reste un processus « normal » que les individus traversent avec plus ou moins de facilité, quelle lecture peut-on faire de ce qui est décrit aujourd'hui comme de « nouveaux symptômes » ? Quel sens leur donner ? Comment tenir compte du contexte social pour penser le malaise des adolescents et nos pratiques ?*

Les tables rondes ont été pensées pour être un lieu d'échange de savoirs et de pratiques, où chacun a pu partager sa propre expertise par rapport aux différentes questions posées. Des travailleurs de terrain en ont inauguré chacune avec des questions ouvrant le débat.

Jacinthe Mazzocchetti, anthropologue ayant travaillé de nombreuses années au sein du service de santé mentale « Le Méridien », actuellement chargée de cours à l'UCL, nous a accompagnés tout au long du cycle et occupé la fonction de ramener la question sociétale au cœur des échanges.

Forts de cette expérience, et vu les retours positifs et enthousiastes des participants à la première édition, nous avons décidé de poursuivre cette proposition en organisant quatre nouvelles tables rondes durant l'année académique 2013 : « De Peter Pan à Tanguy », « de la passion de l'image à l'addiction du virtuel », « du mal-être scolaire au décrochage scolaire » et « de la fugue à l'errance ».

Nous évoquerons toute une série de symptômes actuels, plus ou moins stigmatisés comme « troubles ». Le fil rouge que nous maintiendrons tendu tout au long de ces tables rondes est la question de savoir si ce qui peut être pointé comme étant de l'ordre de la désinscription sociale n'est pas au contraire une tentative d'inscription subjective, une forme de création individuelle.

Ces tables rondes auront lieu quatre mercredis soirs de 17h30 à 21h, pour permettre aux travailleurs de différents secteurs de pouvoir y participer. Bien que conçues avec le fil rouge

de l'articulation de l'adolescence et du social, il est également possible de choisir de participer à l'une ou l'autre table ronde isolément.

Adolescence en exil

En 2011, Pascale Jamouille et Jacinthe Mazzocchetti ont publié un livre intitulé « Adolescence en Exil », résultat d'un long travail de recherche anthropologique auprès de jeunes bruxellois en situation d'exil récent ou non. Les auteures pointent trois grands enjeux : l'assignation de ces jeunes en situation d'exil à des territoires restreints de la ville, l'ethnisation du monde scolaire et les violences de l'État envers ces ados.

Les constats étaient très préoccupants et demandaient que la recherche ne reste pas sans lendemain.

À l'initiative des auteures, différentes associations se sont rencontrées en vue d'ajouter une plus-value à la recherche en relançant la réflexion sur les pratiques et en proposant des recommandations politiques. Ces associations sont ChanGements pour l'égalité (CGé), la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM) et le Service de Santé Mentale le Méridien. Après un temps de réflexion, en fonction des contextes institutionnels de chacun, il a été décidé que seuls CGé et la LBFSM seraient porteurs du groupe de travail « Ados en Exil ». Il était important pour tous d'activer un triangle entre recherche – pratique et politique pour que les résultats de ce travail puissent être déclencheurs d'un réel changement.

En novembre 2011, lors de la présentation de l'ouvrage, il a été proposé à toutes les personnes travaillant en lien avec des Ados en exil de participer à un groupe de réflexion se réunissant, une fois par mois, durant l'année 2012. La réunion de présentation du projet a marqué le démarrage du travail d'un groupe de travailleurs sociaux.

Avant d'entrer dans la matière même, le travail du groupe a démarré par un temps de présentation et de clarification des attentes et des questionnements.

Ensuite, pour creuser les pratiques, il nous a paru pertinent de s'appuyer sur des situations concrètes qui mettaient ces travailleurs sociaux en difficulté. Nous sommes donc partis de situations dont les participants étaient immédiatement témoins, si pas parties prenantes. En sous-groupes, ils ont appliqué à ces situations le questionnement de la grille d'Entraînement Mental.

Trois situations ont été longuement décortiquées durant plusieurs séances de travail, ce qui a permis aux personnes de confronter leurs idées, aux identités professionnelles des participants de se frotter les unes aux autres, et à chacun de percevoir la complexité des systèmes dans lesquels les Ados en exil et les praticiens sont pris ainsi que le cloisonnement qui peut exister entre les différentes instances.

Suite à ce travail, nous avons identifié des thématiques qui traversaient les récits ; nous les avons soumises au grand groupe en demandant aux participants de les illustrer ou de les commenter.

Ce travail a fait largement émerger les difficultés rencontrées par les ados et par les travailleurs sociaux, mais peu de pistes. C'est pourquoi nous avons pris le temps, lors d'une réunion, de répondre à la question : *quelles sont les pistes qui pourraient améliorer notre travail avec les adolescents en exil ? Qu'est-ce qui est déjà opérant ?* Et nous avons listé une série de propositions.

Ce travail de groupe a abouti à une étude: <http://www.changement-egalite.be/spip.php?article2497>

Inter-coordination (EChO)

Pour la quatrième année consécutive, les coordinations (enfance, adolescence, personnes âgées, précarités et urgences) se réunissent pour penser leur fonction et leurs actions. Ces rencontres ont lieu une fois par mois lors d'une réunion avec l'ensemble des coordinateurs. Il y a aussi de nombreux moments plus informels et des activités sectorielles et intersectorielles où les coordinateurs sont amenés à échanger de leurs pratiques, de leurs actions, de leurs sensibilisations aux aspects transversaux croisant leur thématique respective.

La visée première du groupe EC(h)O est de constituer un outil substantiel pour que la L.B.F.S.M., la F.S.S.M.B. et l'A.S.S.M.B. Bico. puissent défendre leurs politiques de santé mentale, réaliser des projets et engager des actions de promotion en santé mentale.

Les coordinations étant au service et à l'écoute de l'ensemble du secteur des S.S.M. bruxellois et constituant une interface entre le terrain, les secteurs et diverses instances (la L.B.F.S.M., la F.S.S.M.B., l' A.S.S.M.B. Bico, fédérations, administrations, politiques), les coordinateurs sont tout particulièrement attentifs aux conditions d'inscription des S.S.M. dans une dynamique de réseau avec d'autres secteurs.

Chaque année, chaque coordinateur propose et soutient des projets en rapport avec l'objet de sa coordination et les préoccupations et les besoins du secteur, formulés par lui-même, les acteurs de terrain ou les instances représentatives.

Les Coordinations mènent des projets, tels que :

- La récolte d'informations, de données contextuelles, de textes et documents permettant de réaliser un travail de recherche, d'analyse et de synthèse sur des questions d'actualité relatives à des problématiques ciblées. Par exemple, la réalisation d'un dossier thématique.
- La réflexion relative à une éventuelle prise de position par rapport à certains faits d'actualité en lien avec la thématique coordonnée.
- La remise d'avis sur certaines questions, permettant aux instances représentatives de disposer des arguments pour orienter et faire valoir leurs pratiques et politiques de travail.
- La mise en place d'actions qui favorisent et améliorent l'activité clinique des S.S.M. dans une dynamique de réseau avec d'autres secteurs.
- L'organisation de rencontres, de groupes de travail thématiques, de séminaires, de journées d'étude ou de colloques qui assurent le relais et la réflexion entre les institutions, les intervenants, et éventuellement les usagers, sur des thèmes choisis pour leur pertinence clinique, leur actualité sociale ou politique, et, diffusion / publication des travaux liés à ces activités.

Les coordinations (enfance, adolescence, personnes âgées, précarités et urgences) visent, en fonction des champs d'intervention qui sont les leurs :

- à soutenir les coopérations entre acteurs de la santé mentale ambulatoire et hospitalière et les professionnels du social, de la justice, du monde scolaire.... Des interventions conjointes ou successives peuvent être indispensables pour faire évoluer une situation et permettre une prise en charge au plus près des besoins des personnes. La coopération attendue par tous peut néanmoins s'avérer complexe à mettre en œuvre du fait par exemple, des différences existant entre les références professionnelles, d'intrications de problèmes bousculant les « frontières » délimitant les champs d'action des services, de lectures trop univoques de certaines situations rencontrées...
- à soutenir, avec ces mêmes acteurs, une réflexion continue sur les problématiques observées, les impasses rencontrées, les solutions envisagées, les échecs et les réussites ... Cette réflexion est alimentée par des apports de tous ordres tels que des effets de contexte, des analyses de questions émergentes ou nodales.

Une deuxième visée du groupe EC(h)O consiste à veiller aux articulations et à la pertinence d'une approche transversale au sein des différentes coordinations.

A côté des axes de travail cités ci-dessus autour desquels se structurent les coordinations, le constat demeure que :

- institutionnellement, dans le champ de la santé mentale – pour n'évoquer que celui-là - la visibilité des coordinations reste floue et demande une réactualisation constante. Le travail mené peut rester confiné à quelques services plus directement impliqués dans l'une ou l'autre coordination, sans que les enseignements tirés de l'expérience ou que les informations collectées ne fassent l'objet d'une réappropriation collective. La volonté des coordinateurs de se regrouper sous un nom commun « EC(h)O » est une tentative de réponse à ce double constat.
- certaines thématiques comme la pauvreté ou l'urgence rencontrent les préoccupations abordées dans le cadre des autres coordinations centrées sur des groupes d'âge. L'aspect transversal de ces thématiques conduit à ce que s'élaborent progressivement des interventions en commun.
- enfin, compte tenu de similitudes entre les problématiques de travail à la base des coordinations (soutien apporté à une coopération entre acteurs agissant dans des champs professionnels différents et à une réflexion commune), il s'est avéré que le partage d'expérience entre coordinateurs est utile à la poursuite de chaque coordination, spécifiquement. La mise en commun des observations permet de réapprécier le travail réalisé et de le redynamiser mais aussi pour chaque coordinateur d'avoir le regard toujours un peu décalé de ses collègues sur sa propre thématique. Cet espace permet donc de préciser la question de « l'identité » des coordinateurs.

Au fil des rencontres, nous avons pu mesurer l'intérêt de ce nouveau dispositif qui permet de centraliser les différentes demandes adressées aux coordinateurs ou à la Ligue. Plusieurs questions spécifiques à chaque coordination mais également des questions d'actualité sectorielle et intersectorielle ont été travaillées. Ce dispositif permet de réfléchir en équipe à la réponse à y apporter.

Activités de l'année 2012 :

- Participation de la coordination adolescence à l'organisation de la troisième journée d'études de la FSSMB. Dans la continuité de la rencontre d'octobre 2011 "Quelles collaborations possibles avec les Services de Santé Mentale", la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois francophones a organisée une troisième journée intitulée " *Entre pratiques de terrain et action publique : (les) Services de Santé Mentale et (les) Politiques, quels dialogues*" qui s'est déroulée le mardi 23 octobre 2012.

Cette journée de rencontre, dont l'enjeu était d'accorder nos réflexions, ancrées dans un travail de proximité avec la politique bruxelloise générale et singulièrement avec sa politique en santé « mentale », a donné la parole à nos responsables politiques pour que, sur base de leurs conceptions et de leur programme, ils formulent ce qui à leurs yeux fonctionne bien et moins bien et quelles sont leurs attentes à court et à moyen terme à notre égard et pour la population. Des représentants de notre secteur ont débattu des propos tenus et se sont soutenu de leur conceptualisation, de leur pratique et de leur expertise, étayées par les interventions de l'assemblée ouverte à l'ensemble des acteurs et des partenaires de la santé mentale.

L'après-midi était consacrée à des présentations exemplatives de nos réalités de terrain et de nos différents champs d'action. Un essai de modélisation de nos interventions en santé mentale ambulatoire, tenant compte du contexte social et articulées aux réseaux, a clôturé la journée.

Durant cette après-midi, la coordination adolescence animé un atelier: « *Clinique plurielle de l'adolescence* »:

Les adolescents poussent les professionnels des services de santé mentale qui les rencontrent, à mettre en mouvement leurs présupposés, à renouveler leurs pratiques et donc à se laisser transformer. Il ne s'agit pas de partir d'un cadre ou d'un dispositif préétabli mais plutôt de s'adapter à la réalité de terrain en créant des aménagements progressifs.

Dans cet atelier, nous partirons de la présentation de deux interventions en santé mentale ambulatoire dans le champ de l'adolescence, mettant en exergue la nécessité de travailler à plusieurs, dans et hors les murs, afin d'ouvrir les échanges avec les autres participants.

Du maternel au social, articulation d'espaces transitionnels. (Martine Goffin)

Cette situation met en évidence l'accueil et l'accompagnement d'une jeune présentant une symptomatologie "bruyante" au sein des différents lieux thérapeutiques (hôpitaux, centre de jour, Urgences et unité de crise,...). L'impossibilité de contenir en un seul lieu ce qui se diffracte ainsi en différents endroits impose la nécessité d'une articulation entre les différents partenaires.

S'Acc'Ados: site accueil adolescents (Tanguy de Foy)

Depuis plusieurs années, une équipe d'un Service de Santé Mentale s'est mise au travail de manière plus particulière sur la dimension d'accueil indiquée dans ses missions. S'agissant d'un département « Adolescents et Jeunes Adultes » c'est à l'accueil de l'adolescence que l'équipe s'est plus précisément attelée produisant une série de dispositifs qui se sont mis en mouvement sous la forme de recherche-actions.

Le Site Accueil Adolescents « S'Acc'Ados » est un de ces dispositifs. Né d'un déplacement géographique devenu psychique, il prend consistance au carrefour de notre identité de professionnels de la santé mentale et de la problématique des identités des jeunes.

S'Acc'Ados accueille les jeunes qui s'y présentent deux fois par semaine, de 16 à 17h30. Trois accueillants sont présents pour interagir avec eux : créer du lien, échanger, parler de l'histoire passée et à venir.

A partir de cette expérience, nous voudrions montrer qu'un Service de Santé Mentale n'est pas, en lui-même, un lieu pour l'adolescence. Il le devient à partir du moment où une dimension de ce service s'est risquée à ouvrir un espace d'accueil où les événements suscités par l'adolescence peuvent « arriver ».

- Participation au deuxième module de formation "l'Ilot"

L'ILOT, Maisons d'Accueil pour personnes sans abri, a sollicité la Ligue dans la mise en place pour leurs travailleurs d'un plan de formation pour 2011-2012. Le fil rouge des formations Ilot étant "la santé mentale". Leurs attentes consistait à :

- Pouvoir mieux détecter les problèmes de santé mentale des usagers
- Savoir accompagner adéquatement les usagers souffrant de problèmes de santé mentale lors de leur séjour à l'Ilot
- Connaître les médicaments pris par les usagers et leur impact sur les comportements
- Savoir orienter les usagers souffrant de problèmes de santé mentale vers les services adéquats

Les coordinateurs de la ligue ne se proposent pas comme formateurs en tant que tel. Notre volonté est d'aborder les choses en terme de croisement des pratiques et des savoirs. Entre les savoirs académiques, théoriques et les pratiques de terrain, il y a une série de savoirs intermédiaires « échangeables » qui sont l'objet principal de nos offres de formation.

Tout en gardant une mission de coordination entre des formateurs et des professionnels demandeurs de formation l'intercoordination a proposé un module de formation de trois jours. La coordination adolescence a participé à la session du 27 mars 2012.

- Participation au groupe de travail: "Hébergement Egalitaire : interrogations croisées autour de l'intérêt de l'enfant "

La Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, dont la coordination adolescence et enfance ont soutenu, à partir d'un questionnement de la société civile, la constitution d'un groupe de travail qui a organisé en 2011, une journée de travail sur la « Notion d'Intérêt de l'enfant dans le cadre de la Loi tendant à privilégier l'hébergement égalitaire de l'enfant dont les parents sont séparés ». Cette journée a favorisé la rencontre entre des professionnels des Mondes de la Santé Mentale et de la Justice afin de saisir les contours de la notion d'Intérêt de l'enfant. Des avocats, des magistrats, des médiateurs, des experts et des psychologues se sont exprimés sur leurs représentations de l'intérêt de l'enfant et sur les effets perçus du changement de Loi dans leurs pratiques et dans les familles.

Afin de poursuivre les réflexions entamées lors de la journée, ce groupe a continué à se réunir durant l'année 2012 à raison d'une fois tous les trois mois une demi-journée.

L'objectif était d'approfondir nos approches et nos "savoirs" à partir du thème initial mais en l'ouvrant à ses ramifications. Les pistes évoquées étaient: la souffrance des parents à travers les procédures, les enjeux singuliers, familiaux et sociétaux, les cas particuliers comme par exemple lorsqu'un parent souffre d'un trouble psychiatrique mais aussi tenter d'approcher de plus près ce que peut être l'intérêt de l'enfant selon son âge (repères pour penser l'enfant), favoriser les liens entre les professions concernées, affiner les questions soulevées par la recherche statistique, construire des repères éthiques. Tout cela en vue d'une journée d'étude de plus grande ampleur et de possibles publications à destination des parents et des professionnels.

- Participation au comité d'organisation du 7ème congrès européen de l'AEPEA (Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent)

Co-organisé avec la LBFMS (Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale), ce congrès aura lieu à Bruxelles du 8 au 10 mai 2014. Il aura pour thème: *"Corps à corps. Souffrances du corps et travail psychique chez le bébé, l'enfant, l'adolescent, la famille et les soignants"*

- Animation d'un atelier à la journée du CLPS (Centre Local de Promotion de la Santé)

Cette journée intitulée: "Et si nous prenions le risque d'être sur le fil? Adolescence, école et prévention, une performance d'équilibriste" a eu lieu le 8 novembre 2012. Il s'agissait d'un moment d'échange pour partager certaines questions et construire des prolongements à la réflexion: comment être à l'écoute des paradoxes des adolescents, des adultes, de l'école, de la prévention,...?, qu'est ce qui anime les adolescents?, qu'est ce qui nous anime dans notre travail avec les adolescents?, comment créer des espaces où peuvent s'inscrire la rencontre et la relation entre les adolescents et les adultes, entre l'école et la prévention?

La coordination adolescence a animé un atelier consacré aux échanges sur les pratiques de terrain et à la construction de pistes d'actions futures. La thématique de cet atelier était: *"quand la crise vient interpeller le rôle de chacun", quelle articulation entre l'urgence et un travail à long terme soutenu par la promotion de la santé?*

- Préliminaires à la mise en route d'un processus de travail intersectoriel: services de santé mentale (SSM), service d'aide à la jeunesse et service (SAJ) et services hospitaliers.

La Coordination Enfance et la Coordination Adolescence de la LBFMS en partenariat avec la Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale en région de Bruxelles Capitale souhaitent, à la demande de nombreux intervenants, ouvrir une réflexion sur l'application depuis octobre 2009 de l'Ordonnance bruxelloise relative à l'aide à la jeunesse.

Le projet consiste à se centrer sur les implications de cette Ordonnance au niveau des diverses articulations entre les services de soin (ambulatoire et hospitalier) et le SAJ.

Durant l'année 2012, nous avons rencontré les différents secteurs séparément afin de rassembler les questions que se posent, à ce propos, les professionnels des différents champs.

Dans le courant de l'année 2013, nous avons comme projet la mise en route d'un processus de travail qui permette d'organiser un espace de réflexion où des intervenants en Santé mentale et des représentants du SAJ pourront travailler ensemble sur leurs collaborations dans le respect des cadres inhérents à chacun.

- Participation, pour la LBFMSM, au groupe de travail « Lutte pour l'égalité des chances et prévention générale » dans le cadre du Plan Jeunesse 12-25.

Le Plan jeunesse du cabinet la Ministre Evelyne Huytebroeck, a pour but d'aborder globalement les aspects de prévention et les aspects de prise en charge des mineurs en danger et en difficulté, mais également de lutter contre les discriminations qui frappent spécifiquement les jeunes générations.

Six groupes de travail ont été institués par le Comité de pilotage du Plan Jeunesse. Ces groupes de travail ont été chargés de produire, au regard des réalités qui relèvent de leur champ de préoccupation respectif, des cahiers de mesures constitutives du Plan jeunesse. Ce travail a porté sur l'identification de mesures et projets qui contribuent à l'amélioration des conditions de vie des jeunes et au renforcement de leur participation.

Les questions spécifiques abordées dans le GT « Lutte pour l'égalité des chances et prévention générale » lors des demi journées de travail (27 janvier, 22 février, 6 mars, 23 avril et 4 mai 2012) étaient: comment privilégier l'inclusion sociale de tous les jeunes en tenant compte de la diversité des dimensions sur lesquelles les différences (de genre, de culture notamment) sont génératrices d'exclusions ? Comment articuler les politiques de prévention générale aux dispositifs de réduction des inégalités socioéconomiques et de lutte contre l'exclusion ? Quel cadre concevoir pour un équilibre entre une action qui assure aux familles des conditions de vie décentes et l'action de prévention générale ? Comment privilégier le recours aux dispositifs de prévention par rapport aux dispositifs de prise en charge de mineurs en difficulté ? Comment renforcer la capacité d'action des professionnels de la prévention générale? Comment améliorer la prise en charge de jeunes en difficulté et en danger dans une perspective de citoyenneté de jeunes et de valorisation des compétences parentales ? Comment renforcer les projets qui contribuent au soutien à la parentalité, et en particulier visant les jeunes qui sont amenés à assumer une fonction parentale dans des conditions de vie précaires? Comment identifier et modifier les dispositions qui réduisent de manière discriminatoire la capacité des 12-25 ans de s'inscrire dans un cycle vertueux d'insertion et de participation à la vie sociale ?

- Participation au comité d'organisation de la journée d'étude du DAJA (Département Adolescents et Jeunes Adultes du Centre Chapelle-aux-Champs): "La clinique dans la cité". Le 26 avril 2012.
- Présence à la journée du CJA (Centre de Jour pour Adolescents de l'Equipe) à l'occasion de leurs 10 ans. Le 1er juin 2012.

Coordination Personnes âgées

Coordinatrice :

Isabelle BONIVER, S.S.M. Le Wops

La Coordination « personnes âgées » vise à rassembler, à partir du champ de la santé mentale, des professionnels associations et des services dans un souci d'identification, de mise en réseau, de réflexion et d'articulation des actions vers la population âgée. Elle se veut un lieu de réflexion et d'orientation des politiques envers la personne âgée au niveau santé mentale bruxelloise

La Coordination contribue à la connaissance réciproque des services et au développement des réseaux de collaboration. La coordination défend et désire promouvoir une éthique de travail basée sur le respect de la personne prise dans l'ensemble de son individualité. Même fragilisée, la personne âgée doit pouvoir garder ses droits, sa dignité, son intégrité.

Leur rôle est indispensable à l'équilibre des sociétés, elles représentent l'expérience, la sagesse et la mémoire collective.

La coordination s'inscrit dans une logique de mise en réseau entre les professionnels. Nous nous donnons du temps pour resituer le contexte du vieillissement de la population, de considérer les personnes âgées comme actrices de leur propre destin, et de profiter de cette longévité toute neuve, à travers des solidarités, nouvelles elles aussi, à travers des groupes et réseaux d'échanges interprofessionnels, intergénérationnels et internationaux....

La coordination rassemble travailleurs issus de multiples secteurs (santé mentale, homes, hôpitaux, centre de soins, etc...) et personnes âgées elles-mêmes (bénévoles, groupes d'entraides ...) possédant l'expérience, la sagesse et la mémoire collective.

La coordination s'inscrit dans une logique de mise en réseau entre les professionnels. Nous nous donnons du temps pour resituer le contexte du vieillissement de la population, de considérer les personnes âgées comme actrices de leur propre destin, et de profiter de cette longévité toute neuve, à travers des solidarités, nouvelles elles aussi, à travers des groupes et réseaux d'échanges interprofessionnels, intergénérationnels et internationaux....

2012 : clinique, politique, et un troisième volet de recherche (locale et européenne) **Un séminaire en perspective**

En 2012 la coordination a confirmé une position de travail où toutes les questions cliniques d'actualité et d'ordre politique concernant le vieillissement peuvent être débattues et ce, afin que la coordination puisse se positionner et le cas échéant réagir avec pertinence sur l'un ou l'autre front qu'il soit clinique, social, politique ou éthique.

Ainsi, les questionnements des participants de la Coordination "Personnes âgées" ont continué leurs réflexions autour de deux axes toujours distincts : l'un clinique et l'autre politique.

- Le premier résolument tourné vers la clinique et accessible à tous les professionnels travaillant au contact de la personne âgée dans ses divers lieux de vie et de soins.
- Le second, plus ciblé, se préoccupant de coordination politique.

Durant toute l'année, la coordination a eu également pour tâche de transmettre le travail réalisé en S.S.M. avec les personnes âgées, en participant activement à diverses activités, journées d'études, sensibilisations et séminaires. Toutes demandes de collaborations ou d'informations peuvent être introduites auprès de la coordinatrice.

1. Personnes âgées, santé mentale et clinique

Aborder la question du vieillissement, c'est un peu tenter de démêler une pelote de laine. Au début, on en voit un petit bout. Plus on tire, plus on en sort des aspects insoupçonnés au départ... et on a l'impression qu'on en aura jamais terminé. Le vieillissement est comme cela, une question très fine et très subjective, peu de patients feraient spontanément le lien entre leur souffrance et des questions d'âge ou de pertes.

Si on aborde cette question par le volet des bouleversements démographiques de cette fin de siècle, on constate rapidement qu'on ne pourra pas éviter de parler du nécessaire lien social à retisser. Si on choisit de l'étudier en partant des projets qui tentent de rendre aux personnes âgées un rôle, une fonction, une utilité sociale, on sera inévitablement entraîné dans les représentations de la vieillesse. Si on opte pour l'analyse des relations intrafamiliales, on sera très vite amené à se poser la «question de l'individualisation de la société» (1)

Par contre, nos institutions de santé mentale établissent des lignes de partage assez claires. Notre santé mentale définit les contours d'un champ particulier, celui où vous n'êtes plus valide, plus jeune, plus demandeur.

Cela ne nous demande-t-il pas de porter un regard autre sur la planète «Vieillesse» en redéfinissant le champ de cette clinique et en saisissant les convocations subjectives qui se dessinent dans le vieillissement.

N'est-il pas grand temps de considérer cette clinique d'une toute autre façon ?

Une clinique où apparaît le temps où l'activité vient à baisser, une clinique d'un sujet qui se fait de plus en plus vieux, que sa santé se fait de plus en plus déficiente, et reprenant Philippe Meire «quand, dans le cas des personnes âgées, la notion de vulnérabilité paraît tellement évidente qu'elle peut devenir une sorte de «faux ami», source de malentendus et de violences paradoxales par rapport au sujet vieillissant, considéré comme nécessairement dépendant et fragile.» (2)

La Coordination «Personnes âgées» permet à quelques praticiens psycho-sociaux de s'interroger sur le travail en santé mentale avec nos aînés. Séminaires, journées d'études, formations, écrits,... viennent régulièrement témoigner et sensibiliser le tout public et les autres intervenants de la place et du rôle de la personne âgée dans nos sociétés contemporaines. Au fil des rencontres et des exposés cliniques des participants, une réalité commune ponctue les échanges : comment arriver à faire entendre et respecter la parole et les choix de vie des personnes âgées ?

Leurs échanges cliniques veulent inscrire et défendre la place et la parole de la personne âgée dans une clinique du sujet et dénoncer les carences que leur position de témoin privilégié leur permet de discerner : pas de candidature en psychiatrie générale au-delà de 58 ou de 60 ans, pas ou peu de prise en charge psy si vous êtes en maison de repos, trop peu de centre de guidance si vous ne savez vous déplacer ou faire une demande claire,

manque d'encadrement suffisant pour un maintien à domicile de qualité, vide juridique repéré dans certaines situations troubles, risques de dépersonnalisation possibles en structures institutionnelles trop vastes, possibilités de dérapages d'une politique de logement trop élitiste.

A travers un temps de séminaire prévu en 2013, nous voudrions réinterroger cette clinique particulière de la personne âgée dans notre secteur de la santé mentale en convoquant les points de vue du juriste, du psychologue, du médecin, du philosophe, de l'artiste...

Nous proposerons de redéfinir le champ de cette clinique et de saisir les convocations subjectives qui se dessinent dans le vieillissement. La clinique avec les personnes âgées ne diffère pas fondamentalement des situations présentées par les autres usagers mais l'âge, la détérioration qui en découle, une moindre mobilisation, une plus grande fragilité affective, l'approche de la mort (la pulsion de mort est à l'œuvre ...), une dévalorisation du présent (avant c'était mieux) liée à la mélancolie, en donnent une dimension supplémentaire. En chaque personne âgée, il y a un enfant, un adolescent et un adulte qui demeure. Mais aussi inversement, en chacun de nous une personne âgée se développe : pouvons-nous dire que nous ne sommes jamais concernés par le sentiment de nos limites, la possibilité de la mort ou le sens de notre vie ? Le vieillissement est une blessure narcissique. L'image du « moi » est blessée. La personne âgée vit un décalage entre son apparence et son identité.

Et ne l'oublions pas, la personne âgée est avant tout un adulte plus âgé que d'autres, vivant des histoires propres à son histoire ; cette histoire est aussi celle de sa place dans sa famille au sein de laquelle elle s'est construite, porteuse de désirs, de valeurs, d'interdits, de deuil

(1) **PLOTON L.**, (1990), La personne âgée, Chronique Sociale, Lyon. (2)

(2) **MEIRE P.**, la vulnérabilité chez la personne âgée,
<http://sites.uclouvain.be/loumed/CD/DATA/119/S221-226.PDF>

2. Personnes âgées, santé mentale et politique

Clef de la réflexion 2012 : Politique - Relais - Actualités du travail en Service de Santé Mentale avec les personnes âgées.

Thématique où toutes les questions d'actualité et d'ordre politique concernant le vieillissement peuvent être débattues, afin de positionner voire de faire monter la Coordination au créneau.

Dans cet esprit, la Coordination " Personnes âgées " élaborera un séminaire thématique en 2013.

3. Vieillesse et maltraitance, l'importance de la sensibilisation et de la formation.

En 2012, ce groupe de travail et ses participants issus d'un large secteur de la santé et du social, a poursuivi et a ouvert le débat sur des pistes et propositions concrètes.

Cette thématique a fait l'objet d'un réseau européen (WEDO) auquel la coordination participe depuis plus de deux ans, et ce, dans le souci de confronter les réalités des intervenants bruxellois à d'autres constats européens

DAPHNE est un programme de l'Union européenne qui cofinance des actions de prévention ou de lutte contre la violence de toute personne vulnérable, menées en partenariat entre pays européens. Il encourage les ONG à créer ou renforcer des réseaux européens et les aide à mettre en œuvre des projets novateurs.

Tous les types de violence sont couverts : abus sexuel, violence familiale, exploitation commerciale, brutalité en milieu scolaire, traite des êtres humains et violence de nature discriminatoire envers les personnes handicapées, les minorités, les migrants ou autres personnes vulnérables.

Ces dernières années, la question de la maltraitance et de la négligence envers les personnes âgées vulnérables a gagné de l'importance aux niveaux européen et national. Les autorités publiques, les décideurs politiques, les prestataires de services et les organisations d'usagers sont désormais conscients que, de la même façon que les abus envers les enfants, la maltraitance des personnes âgées ne peut plus être tolérée et que des mesures doivent être prises pour s'assurer que toutes les personnes âgées en perte d'autonomie et nécessitant des soins ou une assistance soient protégées et puissent vieillir dans la dignité.

L'objectif global du projet est de développer un partenariat européen durable et croissant réunissant des organisations qui s'engagent à travailler ensemble pour promouvoir le bien-être et la dignité de personnes âgées vulnérables ou handicapées, et pour prévenir les abus envers ces personnes à travers la promotion de la qualité des soins de longue durée.

Cette année 2012, tous les partenaires se sont engagés à mettre en place une stratégie nationale pour le bien-être et la dignité des personnes âgées ainsi que de continuer à partager leurs expériences et à travailler ensemble sur le long terme afin d'assurer que les actions décidées par les différentes parties prenantes puissent permettre de se soutenir mutuellement en restant impliqués dans le partenariat européen.

5. Groupe Formateurs

Clef de la réflexion 2012 : La formation articulée au terrain.

Un axe "Formation" - créé il y a maintenant 18 ans - continuera à répondre aux demandes de formation du secteur "Personnes âgées".

L'expérience aidant, les formateurs en sont arrivés à, de plus en plus, exposer les préoccupations du terrain. Cette évolution repose tant sur l'identité particulière des formateurs - tous travailleurs en Service de Santé Mentale et intervenants confrontés quotidiennement à une pratique de proximité avec les personnes âgées - que sur leur volonté de répondre à la structure des demandes qui leurs sont adressées tout en faisant en sorte que leurs formations dépassent le simple cadre informatif en s'ouvrant aux questions qui mobilisent années après années les professionnels psycho-médico-sociaux, toutes fonctions confondues, et font leur actualité.

Etant tous issus de Services membres de la Ligue, les formateurs cherchent également par ce biais à transmettre leurs valeurs - comme l'articulation au terrain et l'importance d'une pratique plaçant le patient, ici la personne âgée, au centre de la clinique et du débat - mais aussi leurs références, leurs rencontres avec le sujet, leurs réalités de travail.

C'est dans ce contexte processuel que le groupe a poursuivi l'analyse et la prise en charge de modules de formations.

Secteurs en 2012 : groupe d'entraides, service infirmier de nuit à domicile, centre de jour.

Coordination Santé mentale et Précarités

Coordinateur :

Manu GONÇALVES, S.S.M. Le Méridien

Pour rappel, depuis plusieurs années, les participants des groupes de travail « Précarité, exclusion et clinique » mènent diverses réflexions en profondeur sur la problématique de la précarité dans les divers aspects qu'elle peut revêtir (santé mentale et logement, santé mentale et travail, santé mentale et souffrance sociale, ...) et s'essaient à en dégager de nouvelles pistes de travail.

Nous pouvons observer, au travers des pratiques induites dans un contexte de manque généralisé, et devant l'importance que le concept de précarité prend dans le discours de professionnels et des responsables politiques, les effets produits sur les personnes qui viennent demander de l'aide et sur les professionnels qui les reçoivent. Les constats qui en découlent participent d'une meilleure compréhension de réalités de l'exclusion, de la souffrance sociale, des positions précaires et des manières de les dépasser.

Durant l'année 2012 de nombreuses activités ont été ainsi été menées par la coordination précarité. Elles seront présentées dans les pages qui suivent. Mais pour la troisième année consécutive, c'est avant tout la poursuite du groupe de travail « *Souffrances* » et les actions qui en sont issues qui ont le plus mobilisé les énergies et par lequel nous commencerons donc ce rapport d'activité.

1. Groupe de travail « Souffrances »

La coordination Santé Mentale et Précarités a démarré en 2010 un nouveau groupe sous le titre « Souffrance sociale des usagers et malaise des intervenants ou malaise social des usagers et souffrance des intervenants ? ». Autour de cet intitulé en forme de question, une vingtaine de professionnels issus de divers secteurs se réunissent autour des constats répétés et souvent douloureux des multiples transformations que connaît le champ social et médico-social de manière accélérée. Ces transformations affectent la nature de la relation d'aide et produisent des effets sur la population générale et sur les publics les plus défavorisés en particulier. Mais aussi sur les professionnels qui s'emploient à les aider. Pour répondre et comprendre ces effets nous avons mis en place un groupe de travail fermé dans un premier temps et comptant une vingtaine de participants et réouvert depuis septembre 2011 pour poursuivre la réflexion et mettre en place certaines actions.

Le groupe a été constitué en étant attentif à ce qu'il soit pluridisciplinaire et intersectoriel. Il s'adresse aux travailleurs psycho-médico-sociaux des CPAS, des services de santé mentale, des maisons d'accueils, de l'aide à la jeunesse... et de manière générale à tous les intervenants du secteur de l'aide et du soin.

Nos réflexions ont ainsi continué depuis 2010, tout au long de l'année 2011 et 2012 et même au delà puisque différentes rencontres et actions sont d'ores et déjà prévues pour 2013 et une journée publique est actuellement en préparation pour 2014.

Deux objectifs principaux guident ce groupe de travail :

- Mieux comprendre et partager. Pourquoi parle-t-on aujourd'hui de souffrance en parlant du social, de précarité au lieu de pauvreté, d'exclusion au lieu de misère ? Quel est ce malaise que nous abordons si souvent lors de nos rencontres entre professionnels et que nous peinons tant à définir ? Nos pratiques ont-elles vraiment changé ?
- Nous aider au final à questionner et à tenter de dépasser ce constat de plus en plus présent de la souffrance et du malaise que nous vivons comme professionnels et dont nous

voyons les effets sur les personnes.

Ce groupe de travail s'est révélé d'une richesse constante. Au fil des séances une analyse pointue des enjeux de la prise en charge sociale et santé s'est fait jour. Plus de 105 items et plusieurs dizaines de pages de réflexion existent déjà. Mais au delà de la quantité c'est surtout la dimension commune, partagée par des intervenants de secteurs fort différents des difficultés rencontrés tant par le public que par les professionnels qui interpelle.

La seconde année de ce groupe s'est clôturée en juin 2012. Durant l'été un travail de préparation a permis de mettre en place les nouveaux jalons pour la période 2012 à 2013. Les participants ont souhaité que le groupe de travail reste un groupe ouvert permettant ainsi à d'autres personnes intéressées de le rejoindre.

Le contenu a visé l'approfondissement de quelques thématiques mais un autre sous groupe de travail s'est aussi constitué pour mener une action vers les étudiants de troisième année en travail social. Plusieurs heures de rencontres ont ainsi eu lieu en 2012 à l'Institut Cardijn. De même avec les étudiants de l'IESSID tout un programme a été construit avec le CPAS de Woluwé Saint Lambert durant la semaine de la démocratie locale.

La diffusion des analyses de ce groupe de travail importait beaucoup aux participants. Deux pistes ont été choisies et élaborées. La rencontre avec des travailleurs dans leurs institutions et un travail d'écriture pour diffuser nos analyses.

La rencontre avec les travailleurs, ce fut encore avec le CPAS de Woluwé Saint Lambert que nous l'avons menée. Ce fut l'occasion de mettre nos constats et nos analyses à l'épreuve d'autres professionnels de terrain. Le résultat de nos échanges, tout en mettant en avant les particularités liées à l'exercice du travail social en CPAS, rejoignait en grande partie nos analyses. Il faut souligner que ces rencontres ne furent possible qu'avec l'appui des autorités du CPAS qui non seulement nous accueillirent dans leur institutions mais qui ont également fait le nécessaire pour que leurs travailleurs aient du temps de travail prévu pour ces rencontres.

D'autres institutions nous ont sollicités sans que nous puissions répondre à leur demande par manque de temps. C'est d'ailleurs cette réalité qui nous a entre autres amené à prévoir une journée publique sur la thématique.

Le travail d'écriture sous forme d'article s'est aussi mis progressivement en place. En novembre 2011 suite à une journée d'étude organisée entre autres par le Journal du Droit de Jeunes, un article a déjà été publié. Mais ce sont deux documents davantage centrés sur nos réflexions qui sont en chantier depuis déjà plusieurs mois. Nous avons ainsi prévu deux articles qui paraîtront en premier lieu dans le Mental Idées pour présenter nos constats sous deux angles que nous souhaitons articuler tout en les différenciant. Le premier abordera nos échanges du point de vue politique et social, tandis que le second se penchera plus particulièrement sur les effets psychiques que l'on peut repérer dans l'organisation actuelle des dispositifs d'aide et de soin.

Le troisième grand chantier qui a démarré en septembre 2012, c'est la construction d'une journée d'étude qui aura lieu en juin 2014. Pourquoi si tard pourrait-on se demander ? Nous souhaitons que cette journée se passe en deux temps. Une première période va soutenir la mise en place d'un espace informatique d'échange avec les personnes intéressées par notre thématique. Cette première période s'étalera de septembre 2013 à janvier 2014. Et le résultat de ces échanges sera retravaillé et présenté lors de la journée de 2014.

Dans l'entre deux, l'année 2013 se focalise sur toutes les préparations qu'un tel dispositif nécessite ainsi que sur l'organisation proprement dite de la journée.

2. Thématique « Travail et Santé Mentale »

L'abord de la question du travail pour les personnes atteintes de troubles mentaux, a été mise en place à l'initiative et en partenariat avec la Plateforme de Concertation pour la Santé Mentale en région Bruxelloise. Le partenariat s'est de suite élargi à l'ASBL L'Autre Lieu – RAPA.

Durant l'année 2012 l'actualité dans cette matière a été peu suivie par manque de temps. Cependant les contacts ont été maintenu avec L'Asbl L'Autre lieu et avec la Plateforme de Concertation pour la Santé Mentale en région Bruxelloise et une attention régulière est maintenue pour affiner la perception de cette problématique et pour dégager les pistes d'action qui peuvent être aujourd'hui menée pour favoriser le maintien à l'emploi ou la mise à l'emploi d'un public fragilisé par des problématiques de santé mentale.

3. Thématique « Logement et Santé Mentale »

Durant plusieurs années un groupe de travail de la coordination précarité s'est penché sur la thématique Logement et Santé Mentale. De temps à autre nous sommes encore sollicités par des groupes pour les accompagner dans leur réflexion sur cette question.

4. Divers

La coordination Précarité a aussi participé à différentes autres actions au sein de la Lbfsm. Nous allons ici les lister sans trop les développer car elles sont traitées dans d'autres parties de ce rapport d'activité.

1. Présentation de l'actualité de la Coordination Précarité au CVTS (Comité de Vigilance en Travail Social) lors d'une de leur séance publique.
2. Formation des travailleurs du secteur des maisons d'accueil. La maison d'accueil L'Ilôt nous a sollicité pour plusieurs modules de formation pour leurs équipes sur les questions de santé mentale qui se posent dans leur pratique quotidienne. Cette formation s'est faite en collaboration avec les autres coordinateurs thématiques de la ligue.
3. Participation aux réunions de l'inter-coordination EC(h)O.
4. Participation au processus d'organisation de la troisième journée de la FSSMB et plus particulièrement à tout le travail de rencontre avec les acteurs politiques.
5. Participation au comité de lecture du Mental 'Idées.
6. Participation au comité d'accompagnement des projets repris dans le cadre « Divorce en terre d'exil » de la Fondation Roi Baudouin. L'objectif est de soutenir les projets qui apportent une aide concrète aux femmes et aux hommes migrants en situation de vulnérabilité à la suite de difficultés conjugales.
7. Participation aux réunions préparatoires à la concertation sur le droit à la protection sociale et lutte contre la pauvreté du Service de lutte contre la pauvreté.

Coordination Urgences

Urgences - Intersecteur Bruxelles sud-est / UCL St-Luc

Coordinateurs :

Claudine DELSART (janvier-septembre) / Noémie VAN SNICK (à partir d'octobre)

Dr. Gérald DESCHIETÈRE

Unité de Crise et d'Urgences psychiatriques, Cliniques Universitaires Saint-Luc.

COORDINATION – PARTENAIRES :

Les sept Services de Santé Mentale de l'Intersecteur Sud-Est de Bruxelles (Le Chien Vert, La Gerbe, Le Grès, Le Méridien, Le Sas, Le Wops, le Centre de Guidance Chapelle-aux-Champs) et Anaïs.

PROJET GENERAL DE LA COORDINATION

La Coordination Urgences UCL soutient le projet de travailler dans un esprit de plus en plus ouvert aux réseaux, réseaux de soins, réseaux de proximité autour du patient, le soutenir et l'aider ainsi à se créer des points d'ancrage. Notre réflexion et nos échanges chercheront toujours à favoriser le lien, à le dynamiser, et à éviter tout cloisonnement.

L'intérêt des différentes réunions entre partenaires évoquées plus loin réside dans le fait que les partenaires s'identifient de mieux en mieux et perçoivent de façon la plus précise possible le travail effectué par chacun et les situations les plus communément rencontrées. Ce travail de traduction de pratiques et l'entretien du climat de confiance permet d'adresser un patient à un secteur, à un service, de la manière la plus adéquate et la plus judicieuse possible.

La confrontation des pratiques reste une source d'élaboration, non seulement nécessaire mais révélatrice de possibilités futures.

De manière plus large, le travail en réseau permet de rencontrer les différents acteurs psycho-médico-sociaux. Ce travail de la Coordination va dans le sens d'une ouverture de plus en plus large aux différents intervenants : psychiatres, psychothérapeutes, médecins traitants, assistants sociaux et autres référents du patient.

Cette meilleure connaissance des différents champs en santé mentale permet donc de travailler, chacun dans son rôle, mais ensemble, pour générer une prise en charge la plus adéquate possible pour un patient.

Ce maillage autour du patient permet enfin souvent d'éviter une hospitalisation, ce qui aura une incidence sur la politique et l'économie liées au secteur de la santé mentale et qui entre en résonance avec la réforme de l'article 107 et en particulier avec le développement des équipes mobiles.

2012

Un temps important a été cette année consacré aux échanges entre intervenants de l'Unité de crise et anciens patients et/ou proches, ceci afin d'ouvrir à un questionnement plus large concernant les relations entre usagers, proches et acteurs des soins.

L'année 2012 a également vu l'intégration des questions liées à la réforme de la santé mentale au niveau des rencontres entre la Coordination et ses partenaires. Un des projets de cette année a consisté à participer à la réflexion autour de cette réforme, principalement à travers la participation active au groupe de travail se réunissant autour de la fonction 1 (accueil, prévention, orientation).

Les projets menés cette année ont dès lors tourné essentiellement autour de 4 pôles :

- ° Rencontres de concertation et de réflexion théorico-clinique sur le travail de la crise
- ° Participation aux activités de réseau et rencontre des intervenants sur le lieu de leur pratique et/ou aux urgences
- ° Participation au groupe de travail F1 sur l'Est de Bruxelles (Projet CHJT-UCL St Luc)
- ° Présentations et rencontres thématiques

1. Réunion clinique et de coordination

Ces rencontres regroupent différents intervenants de chaque S.S.M. de l'Intersecteur Sud-est de Bruxelles et de l'Unité de Crise des Cliniques Universitaires St-Luc. A ce groupe s'ajoutent parfois des membres de l'Equipe Mobile de Crise, fonction 2a du projet 107 sur l'Est de Bruxelles, invités en fonction des thématiques ou situations abordées.

Cet espace de réflexion et d'échanges porte principalement sur :

- ° Le suivi des situations cliniques communes
- ° La problématique clinique spécifique des patients
- ° La pertinence des modalités et du moment de la passation des prises en charge
- ° La triangulation
- ° Discussions avec les équipes « enfants » au sujet de leur pratique, du travail en commun à optimiser
- ° L'élaboration de soins
- ° Le suivi de soins

Il s'agit également d'un lieu d'échange plus large sur les pratiques respectives et les différents réseaux existants :

- Comment les utiliser ?
- Comment optimiser ce travail ensemble ?

Enfin, il s'agit d'un moment où des connaissances sont partagées quant aux actualités politiques belges concernant la santé mentale, la psychiatrie, les modes et modalités de subsides, ...

2. Participation aux activités de réseau et rencontres

- ° Participation aux réunions plénières du Réseau Bruxelles-Est
- ° Participation aux réunions plénières du projet 107 sur l'Est de Bruxelles (CHJT-UCL St Luc)

- ° Participation à la journée organisée par Hermès+ autour de la participation des Usagers
- ° Orchestration des rencontres de présentation entre les dispositifs mobiles du projet 107 CHJT-St Luc (équipe mobile de crise-TELA) et les SSM de l'Intersecteur Sud-Est de Bruxelles. Présence à ces rencontres.
- ° Participation aux réunions mensuelles de coordination des Coordinations (Ec(h)o).
- ° Participation à la 3^{ème} journée de la FSSMB autour de « *Quelles collaborations possibles avec les Services de Santé Mentale ?* »
- ° Rencontres régulières organisées entre l'équipe des urgences et les équipes hospitalières de Sanatia et de Saint-Jean
- ° Réunions avec les zones de police du territoire de Bruxelles-Est
- ° Rencontres avec Mme Sevens, 1^{er} substitut du Procureur du Roi du Parquet de Bruxelles et avec Mme Lannoye, substitut.

3. Participation au groupe de travail F1

(projet 107-Est de Bruxelles)

Ces réunions de réflexion mensuelles regroupent différents acteurs de l'Est de Bruxelles autour de la réforme de la santé mentale (projet 107) et plus spécifiquement autour de la fonction 1 (GTF1). Les aspects traités depuis la mise en place de ce groupe de travail ont été les suivants:

- ° Organisation du GT F1 avec les SSM de la Zone Expérimentale Prioritaire (Auderghem, Saint-Josse Ten Noode, Woluwé Saint Pierre, Woluwé Saint Lambert, Schaerbeek, Haren, Evere) à partir du groupe Intersecteur Sud-Est de Bruxelles/Urgences UCL et organisation de la délégation au sein du Groupe de Travail Stratégique
- ° Information autour de la réforme, du projet, des partenaires
- ° Création d'une cartographie soulignant les ressources du réseau sur la ZEP
- ° Rencontres entre chaque SSM et les dispositifs mobiles F2a et F2b
- ° Rencontre avec la coordination du groupe de travail « Usagers/Proches » (GTUP)
- ° Coordination avec le site Bruxelles Social en ligne
- ° Réflexion autour des « outils » proposés par le groupe de travail « Outils de communications »
- ° Organisation d'une rencontre débat autour du texte produit par la FSSMB
- ° Réflexion autour de l'étude de faisabilité proposée par les chercheurs dans le cadre de la réforme
- ° Rencontres de coordination avec les médecins généralistes de la FAMGB et de l'AMGQN
- ° Réflexions plus larges autour de l'accueil en urgence

4. Présentations et rencontres thématiques

- ° Présentation du Pr Hantson sur les toxidromes (sémiologie des intoxications).
- ° Rencontres mensuelles entre les intervenants de l'Unité de crise et d'anciens patients et/ou proches afin d'initier un questionnement sur les relations entre usagers, proches et acteurs des soins de santé mentale. Présence lors de ces rencontres de membres des ASBL Similes et Psytoyens.

Dans ce contexte, présentation par la psychologue Mme C.Stasse de son mémoire de fin d'études sur le ressenti des patients en chambre d'isolement et le vécu des soignants, et présentation par Mme P.Fransolet de son travail de pair-aidante.

- ° Participation au 3^{ème} congrès national des équipes mobiles de psychiatrie : « *De la mobilité physique à la mobilité psychique* »

° Participation au congrès de l'Aferup 2012 (Association Francophone pour l'Etude et la Recherche sur les Urgences Psychiatriques) : « *L'art de la rencontre* »

Perspectives en 2013...

- Poursuite des activités de l'année 2012
- Rencontres plus régulières avec différents groupements de médecins généralistes, ceci afin d'améliorer encore la collaboration et le travail en réseau
- Déploiement au sein de l'Unité de crise des cliniques St Luc des outils de communication développés par le Groupe de Travail « Outils de communication » se réunissant dans le cadre du projet 107 CHJT-St Luc
- Mise au point d'une brochure reprenant les différentes équipes mobiles œuvrant sur la Région de Bruxelles Capitale
- Participation au Congrès de l'AFERUP 2013 : « « *La liberté est un choix* » *quelles réalités aux urgences ?* »
- Enclenchement d'un processus de supervision dans le cadre des réunions cliniques de l'Unité de crise
- Projet de rencontre des grands services d'urgences belges

Noémie VAN SNICK
Dr Gérald DESCHIETERE

Urgences – Service de Santé Mentale ULB

Coordinateurs

Philippe HOYOIS, L.B.F.S.M.

Le rôle de prévention des situations de crise et d'urgences psychologiques ou psychiatriques joué par les services médico-psycho sociaux à Bruxelles a été mis en évidence il y a quelques années. L'accueil offert, par ces services, à leurs usagers permet souvent d'éviter que la situation de certains de ceux-ci n'évolue vers une « crise » avec les risques de dégradation des situations de vie qui peuvent en découler. Cependant, pour les situations les plus complexes, la nécessité du développement de coopérations entre ces services et les services de santé mentale a été mise soulignée, coopérations qui peuvent prendre des formes variées. Celles-ci, aussi bonnes qu'elles puissent être, sont néanmoins toujours susceptibles d'être débordées par la situation ou l'état du patient qui va exiger des compétences ou des ressources indisponibles, soit temporairement, soit parce qu'elles sortent du cadre ambulatoire proprement dit.

A l'intérieur des dispositifs hospitaliers de soins, dont la structuration autour des spécialisations est plus accentuée que dans les cadres ambulatoires, une plus grande rigidité de fait des cadres institutionnels peut multiplier les occasions d'incompréhension ou de rencontres manquées avec des patients qui vivent difficilement les exigences des services ou faire apparaître les limites de ces derniers.

Si l'on sort des cadres institutionnels, il faut alors considérer des situations de vie qui tendent à excéder les capacités relationnelles de personnes ou de groupes de personnes, qu'il s'agisse de la réapparition de comportements ou d'attitudes chez des patients qui ont coupé leurs liens avec les dispositifs de soins, de l'exacerbation de tensions parfois anciennes dans un couple, une famille ou un groupe de personnes ou de conduites ou d'expression hors norme chez des personnes qui jusqu'alors n'étaient pas ou peu sujettes à inquiéter leur entourage.

Lorsqu'il ne semble plus y avoir d'issue, en présence de tensions insupportables, d'une « souffrance psychique » très prononcée, d'une pathologie mentale fortement décompensée, d'une intrication alarmante de problèmes psychiques ou relationnels et de problèmes sociaux variés et que les solutions institutionnelles habituelles sont vécues comme inopérantes, le sentiment de devoir agir pour étourdir, étouffer, neutraliser ou supprimer la douleur conduit souvent à recourir, directement ou indirectement, à un service des urgences hospitalier, perçu comme seul à même de réduire les tensions et de proposer une orientation vers un suivi approprié à la situation. Lorsque la perturbation est perçue comme trop importante et semble devoir imposer une intervention très spécialisée, le recours peut parfois prendre la forme d'une demande d'expertise.

Plus encore que dans les crises qui tendent à mettre en scène les ambivalences, il se produit dans les situations d'urgence ou vécues comme tel des phénomènes de condensation du temps, des symptômes, de la problématique. L'ici et maintenant s'intensifie, passé et futur sont de quelques heures ou quelques jours au plus ; les symptômes, la problématique sont simplifiés et se cristallisent autour de quelques signes manifestes qui légitiment les inquiétudes ou les angoisses. La dynamique contextuelle à l'origine du recours aux urgences est ignorée. Tout l'enjeu devient alors de questionner au-delà du symptôme sans pathologiser; de remettre les patients dans une nouvelle dynamique, en essayant qu'ils en soient le plus possible partie prenante, de façon à atténuer la souffrance sans négliger ce qui peut en être à l'origine. Un tel idéal implique un engagement non négligeable des soignants confrontés parfois à des souffrances brutes qui peuvent être très déstabilisantes.

Compte tenu du contexte particulier d'un service des urgences, une autre difficulté majeure que rencontrent les soignants est de dégager le sens de tableaux cliniques souvent

polymorphes ou atypiques, parfois susceptibles de connaître des modifications rapides au fil des heures ou des intervenants.

Compte tenu de la temporalité, de court terme, particulière aux services des urgences, la coordination interne de l'équipe est de première importance et une coopération entre ces services et les services hospitaliers et ambulatoires s'avère indispensable. L'une et l'autre représentent des enjeux sur lesquels il est nécessaire de régulièrement revenir pour éviter des mécomptes préjudiciables tant aux patients qu'aux services. Mais si la coordination interne reste relativement aisée à organiser, la coopération entre services qui doit être régulièrement réactualisée doit faire l'objet d'une attention particulière.

Dans le cadre de ce travail autour des urgences, une première étude avait systématiquement analysé les cas cliniques discutés lors des réunions hebdomadaires d'un service de crise et d'urgence psychiatriques. La plupart des situations exposées lors de ces réunions correspondent aux cas les plus difficiles rencontrés. L'analyse avait montré que, dans près de trois quart des cas, un problème s'était posé dans le dispositif de soins en amont des urgences, impliquant environ pour moitié des services hospitaliers et pour moitié des services ambulatoires. Ces problèmes pouvaient être relatifs à des défaillances à l'intérieur du système de soins ou se rapporter à de difficiles interactions entre services et patients qui sont alors à l'origine du recours aux urgences. Les caractéristiques cliniques des situations rencontrées rendaient non seulement difficile le travail de l'équipe des urgences mais aussi l'organisation de la poursuite des suivis indispensables en aval. La poursuite de l'étude semble faire apparaître une évolution dans les cas présentés à la discussion. Le patient travail de contacts auquel s'est attelé l'unité psychiatrique d'urgence et de crise avec les services hospitaliers et ambulatoires au fil des mois, paraît avoir permis de résoudre avec plus de facilité la situation de ces cas complexes chez qui un problème dans le dispositif de soins conduisait à un recours aux urgences. Ces types de circonstances étaient moins présents dans les discussions cliniques sans pour autant en disparaître tout à fait. Cela ne signifie pas nécessairement que la fréquence avec laquelle l'équipe rencontre des situations de ce type a diminué mais cela semble attester que les échanges entre services ont concouru à une meilleure capacité d'appréciation de ces moments critiques par les intervenants des urgences.

La première analyse avait aussi fait apparaître la sur-représentation des adolescents et des jeunes adultes parmi les utilisateurs des urgences, la sévérité du tableau clinique de nombre d'entre eux et le rejet dont un sur deux fait l'objet de la part de sa famille. Là aussi la poursuite de l'étude semble pouvoir témoigner d'une évolution. Si adolescents et jeunes adultes semblent toujours sur-représentés dans les situations les plus complexes discutées lors des réunions cliniques hebdomadaires, la nature de celles-là paraît connaître quelques modifications. En effet, des contextes de rejet complet de la part de la famille sont moins explicitement présents dans les discussions de cas qui tendent maintenant à s'interroger sur l'ambivalence des familles face à un adolescent ou un jeune adulte qui ne partage pas leurs systèmes de valeurs. L'interprétation des tensions par la pathologie du jeune - qu'elle soit réelle ou fantasmée - est alors tentante pour ses proches et l'absolue nécessité de sa prise en charge en devient impérative. Mais la confrontation aux questions des intervenants tend à déclencher une dramaturgie spontanée qui met en scène plus ou moins explicitement les différentes facettes du malaise familial et des souffrances qu'il engendre. Les ambivalences, les attentes contradictoires voire antagonistes des uns et des autres conduisent à des conjonctures compliquées dans lesquelles les indications de prise en charge qui rencontreraient l'assentiment de tous, peuvent être particulièrement délicates à esquisser. Ici aussi, les possibilités d'orientation en aval de l'urgence et la diversité des options envisageables sont cruciales pour l'équipe préoccupée de l'adhésion du patient et/ou de ses proches au suivi proposé.

Une seconde étude, entamée dans une deuxième unité de psychiatrie d'urgence a été l'occasion d'une analyse systématique des données collectées par le service pour chaque patient rencontré. Si une grande partie de ces patients ne se présentent qu'une seule fois au

service des urgences, cette analyse a cependant mis en évidence deux sous-groupes de patients significativement plus susceptibles de se représenter à plusieurs reprises dans le service. Le fait d'y recourir de façon répétée peut être vu comme un indice d'une situation difficile à vivre et/ou de relations chaotiques avec le dispositif de soins. Les deux sous-groupes identifiés correspondent à des groupes d'âge dans lesquels la probabilité est plus élevée, pour un patient, de se représenter deux fois ou plus dans l'année aux urgences. Le premier groupe d'âge est celui des jeunes adultes, entre 20 et 30 ans ; le second celui de patients autour de la cinquantaine. Si d'autres études ont déjà identifié le sous-groupe des jeunes adultes comme plus susceptible de recourir façon répétée aux services des urgences, ce n'est pas le cas pour le sous-groupe des personnes dans la cinquantaine. L'analyse se poursuit pour chercher à préciser les spécificités possibles de ces deux groupes d'utilisateurs aux recours plus fréquents aux services de psychiatrie d'urgence.

La patientèle de ce second service psychiatrique d'urgence se distingue nettement de celle du premier notamment par la proportion beaucoup plus élevée de patients d'origine étrangère qui s'y rencontrent. Parmi ceux-ci, les échanges avec les patients dans la tranche d'âge 20-30 ans ont fait apparaître que nombre d'entre eux étaient pris dans un déchirement identitaire impossible : la discrimination ne leur permet pas de sortir d'un environnement culturel vécu comme étouffant, qu'ils ne peuvent rejeter entièrement puisque leur survie en dépend. Oscillant entre nostalgie communautaire et assimilation culturelle, le sentiment de leur double appartenance les conduit à devoir se confronter aux pressions de leurs pairs et de leur famille dans la communauté dont ils sont issus mais aussi à la ségrégation, à l'exclusion dont ils sont l'objet de la part de celle à laquelle ils souhaitent s'assimiler, aux situations de relégation qu'elle leur assigne souvent. Dans ce contexte de prégnance d'une communauté et du rejet de l'autre, toutes deux rigidifiées autour de leurs valeurs et de leurs mythes parce que se sentant menacées, les périples institutionnels sont compliqués et, face au jugement des familles, des pairs, des intervenants, il n'est plus toujours possible de savoir ce qui peut être dit et ce qui doit être tu. Et lorsque les tensions deviennent trop fortes, le mal-être devient total, physique et psychique, et amène aux urgences dont la première vocation, médicale, laisse espérer qu'elles trouveront un moyen rapide de calmer la douleur. Les observations rapportées par Pascale Jamouille sur les difficultés rencontrées par les adolescents issus de l'immigration se retrouvent ici mais, semble-t-il amplifiées. Les situations dramatisées dans le contexte des urgences, sont peut-être vécues plus péniblement encore dans ce moment où les responsabilités de la vie d'adulte s'intensifient. Les difficultés de certains à observer les prescrits religieux de leur communauté peuvent ajouter une culpabilité particulière aux incertitudes voire aux errances identitaires.

Enfin, dans les deux services, il faut signaler les difficultés posées par des patients pour qui les symptomatologies, les comportements, les demandes qu'ils formulent et l'attention dont ils souhaitent être l'objet, peuvent faire penser que les problèmes dont ils souffrent sont imputables à des « troubles de personnalité », le plus souvent sévères. Si, compte tenu du fait que le contexte de vie de certains patients peut les conduire à des expressions de leurs souffrances sans lien réel avec une « pathologie » sous jacente, la prudence s'impose face à une telle assertion; il reste que les problèmes que rencontrent les équipes face à ces patients se posent avec la même acuité dans les deux services. Volontiers utilisateurs des services psychiatriques de crise, ces patients multiplient souvent les contacts avec différents services résidentiels ou ambulatoires, qu'ils soient à vocation soignante ou sociale. Dans ce contexte, l'organisation de leur prise en charge peut s'avérer particulièrement complexe, les services étant fréquemment utilisés par les patients au gré des circonstances, sans que le lien entre eux ne soit fait. Le défi lancé aux soignants n'est souvent pas relevé avec comme résultat l'exclusion des patients des services et la détérioration de leur état psychique et physique. A l'heure actuelle, les questions posées par ces patients ne sont, le plus souvent, qu'envisagées ponctuellement, à l'occasion de leur passage dans un service. Il serait cependant nécessaire de commencer à songer à systématiser la réflexion à leur sujet, de

façon à pouvoir progressivement mettre en place les ressources que nécessitent des prises en charge adaptées à ces problématiques particulières.

La complexité des problématiques qui viennent d'être évoquées, les difficultés à mettre en place des suivis appropriés qui prennent en compte le désir - souvent revendiqué - des patients de conserver une part de maîtrise de leur situation, impliquent inévitablement la nécessité que se développent des liens entre équipes des urgences et services hospitaliers et ambulatoires, aux vocations diversifiées – psychiatriques, psychologiques, sociales... Pour que ces liens se pérennisent doivent pouvoir être connues les disponibilités mais aussi les limites des services, les facteurs de dysfonctionnement de leurs organisations comme leurs facultés de résilience. Mais ce sera essentiellement dans le travail en commun, autour du patient et avec lui, que ces liens et leurs capacités d'adaptation ou de flexibilité seront mis à l'épreuve. Nombre de d'entre eux existent déjà mais permettent-ils de répondre adéquatement aux implications que supposent les suivis cliniques des problématiques ici misent en exergue ?

❖ Congrès, Colloques, Séminaires, Journées d'étude,

PasSage

Matinées de Rencontres PASSAGE - 2012

La Ligue est un lieu de transmission, différent de l'école, de l'université.

Elle a vocation à être un « *terrain d'entente* », au sens le plus dialectique du terme, à savoir comme un lieu où les expériences, les opinions, les différences et les divergences peuvent se dire et être entendues. Un *terrain d'entente* n'est pas nécessairement un lieu où on doit se mettre d'accord sur tout, c'est avant tout un endroit où l'on s'écoute.

Depuis une dizaine d'années, une attention particulière a été portée à la transmission vers les jeunes professionnels, ceux qui sortent des écoles, de l'université, qui débent sur le terrain. Leur regard sur les réalités de travail est neuf, ce qui est précieux pour tout le monde, mais ils ont néanmoins besoin de repères, de dialogues avec des aînés qui acceptent de partager les savoirs qu'ils ont construits dans la rencontre avec les publics qui se sont adressés à eux.

Dans cet esprit, nous avons cherché à rencontrer des aînés, à recueillir leurs témoignages. Nous l'avons notamment fait en organisant des événements comme « *Traversées* », ou en collaborant à la réalisation des entretiens filmés « *Mémoires de psys* » de l'association Psymages.

Ce travail de rencontre avec la jeune génération, de discussion et de transmission s'est aussi fait au travers de groupes de travail spécifiques qui leur étaient réservés et qui sont toujours organisés à la Ligue.

A l'occasion de ces moments de transmission, jeunes, moins jeunes, et aînés sont dans un cote à cote. Leur état de perception, de compréhension, et de formulation des choses change lorsqu'une conversation les rassemble sur la question de l'implication personnelle, de cette part où la subjectivité de chacun est engagée dans l'épreuve professionnelle.

Sur leurs métiers, nos aînés ont des témoignages à nous transmettre d'une manière personnelle ; les compétences sont liées à ce qu'on apprend à l'épreuve des situations vécues, dans l'implication subjective, et pas seulement aux savoirs prescrits. Être professionnel se situe tant du côté des qualifications acquises sur les bancs de l'école, moyennant diplômes et certificats, que sur le registre de l'investissement, de l'appropriation et de l'interprétation personnelle sur le terrain.

Certains de nos aînés détiennent une expérience dans ce domaine, elle est aussi précieuse que les syllabus, les cours ou les formations. Notre projet est de veiller à recueillir cette expérience. Nous voulons favoriser une forme de transmission de ce qui est le plus subtil dans le travail. Le travail invisible ou inestimable, au sens où en parle Christophe Dejours, celui qu'on disqualifie si facilement au nom du professionnalisme technique et de la normativité.

Au cours d'un premier cycle de cinq journées sur l'année 2011, nous avons invité dix de nos aînés, professionnels de la psychiatrie, de la santé mentale, ou disciplines proches, à rencontrer un public désireux d'entendre leurs témoignages sur ce qui leur a permis de rester vigilants et en action dans leur métier. Tout au long de leur carrière, comment ont-ils maintenu

leur pensée vivante, quels ont été leurs repères, leurs appuis, quels sont les outils dont ils se sont servis, quelles ont été leurs références, leurs meilleures rencontres, leurs lectures préférées, de quelles expériences de vie peuvent-ils nous parler, quelles sont celles qui ont agi sur leur façon de soigner,...autant de questions pour une discussion inédite avec eux, un peu comme celles que devaient entretenir jadis les compagnons avec leurs maîtres.

Chacune de ces cinq journées avait été préparée par des binômes de jeunes professionnels qui ont discuté préalablement avec les aînés invités, quelques fois en allant jusqu'à Paris ou Lyon, pour les rencontrer. Ils avaient également lu articles ou livres de ceux-ci pour s'imprégner de leur pensée. Ce temps de préparation leur avait permis d'élaborer des commentaires et des questions qu'ils avaient pu adresser aux invités au cours d'un temps qui leur était attribué après l'exposé de ceux-ci lors des journées qui leur étaient consacrées. Lors de ce premier Cycle nous avons eu l'occasion d'accueillir Lina Balestrière et Jean Furtos, Alice Cherki et Francis Martens, Ann D'Alcantara et Olivier Douville, Fethi Benslama et Dan Schurmans, Etienne Oldenhove et Paul Bretécher.

Le bilan de cette première expérience de cycle PASSAGE fut concluant. De l'avis général, l'initiative avait plu. Autant les invités que les jeunes professionnels ou les participants, tous avaient apprécié la dimension nouvelle d'échange et de transmission d'une expérience plus « intime » du métier que ces rencontres avait rendu possible, d'autant que la convivialité et l'ambiance des journées avaient été particulièrement soignées. A chacune des journées, une quarantaine de personnes se trouvaient dans les rangs du public.

L'engouement suscité par chacun nous a alors décidé à organiser un second cycle en 2012-2013 et nous avons proposé de poursuivre par un cycle de 4 matinées de rencontre.

Nous avons à nouveau proposé à des travailleurs nouvellement arrivés sur le terrain de la santé mentale et du secteur médico-psycho-social, d'interpeller les différents invités et de participer activement à ces matinées par l'apport de questions et réflexions personnelles.

En parallèle aux matinées, nous avons invité ces travailleurs « fraîchement » arrivés sur le terrain à participer à un groupe de travail, comme une proposition de se mettre ensemble au travail sur des questions relatives à leurs pratiques, avec pour support aux échanges la lecture d'articles écrit par nos invités. Didier Robin anime ce séminaire, proposant un cadre de confiance permettant la mise en commun des questions et expérience de chacun. Les participants y trouvent un espace de parole libre et d'échange riche permettant de déployer des questions cliniques, psychopathologiques et institutionnelles.

Par ailleurs, cette espace se révèle comme un appui pour les participants à la rencontre et aux débats avec les invités lors des matinées.

Tant lors du séminaire que lors des matinées, nous privilégions les échanges et invitons les participants à interroger des concepts de base, à poser des questions « bêtes » qui n'osent se formuler dans les auditoriums. Ceci crée dans les matinées un espace tant de témoignage que de débats et de paroles vivantes entre l'invité et les participants, bien loin du dispositif classique conférencier-public.

Chacune des quatre matinées se déroule selon le même schéma. L'orateur s'adresse au public pendant une heure, livrant son témoignage sur son parcours professionnel, ses expériences, ses repères, les orientations importantes de sa carrière, ses choix. Ensuite, des jeunes professionnels interviennent avec des commentaires sur le vif. Enfin, une longue discussion est animée entre l'invité et le public.

Programme des journées du cycle 2012-2013 :

Le 23/05

Jean Florence, est licencié en philosophie et docteur en psychologie UCL. Aujourd'hui, il est professeur émérite des Facultés universitaires St Louis à Bruxelles et de l'Université Catholique de Louvain - Faculté de Psychologie et Faculté de Philosophie et Lettres – Il a également fait des études théâtrales, et est toujours Directeur honoraire du Centre d'Etudes théâtrales de l'UCL. Comme psychanalyste, il est membre de l'Ecole Belge de Psychanalyse. Il est aussi membre cofondateur d'Inter-valle, espace de rencontre entre artistes et psychothérapeutes. Parmi ses principales publications, on peut citer : « L'identification dans la théorie freudienne » (FUSL 1978), « Ouvertures psychanalytiques, philosophie, droit, art, psychothérapie » (FUSL 1985), « La psychanalyse et l'université » (Academia-Bruylant 2000); « Art et thérapie, liaison dangereuse ? » (FUSL 1997)

-Le 14/09

Bernard Penot, est psychiatre et psychanalyste en France. Comme membre de la Société Psychanalytique de Paris (SPP), il est très impliqué dans la formation des psychanalystes. Il a été médecin directeur du CEREP Montsouris, Hôpital de jour pour adolescents. Praticien reconnu de l'adolescence, il a aussi beaucoup écrit et réfléchi sur le travail psychanalytique à plusieurs.

On lui doit de très nombreux articles, publiés notamment dans La Revue Française de Psychanalyse, et plusieurs livres importants dont : « Les figures du déni. En deçà du négatif » (Dunod 1989) et « La passion du sujet freudien. Entre pulsionnalité et signifiante » (Érès 2001).

-Le 05/12

Christophe Dejours, psychiatre et psychanalyste français. Professeur titulaire de la chaire de psychanalyse-santé-travail au Conservatoire national des arts et métiers de Paris, il est également directeur du laboratoire de psychologie du travail et de l'action.

Il inscrit sa réflexion sur le travail, en association avec son second domaine de recherche: les affections du corps physiologique et leurs liens avec le fonctionnement psychique. Dans sa bibliographie, on peut citer : « Souffrance en France - La banalisation de l'injustice sociale » (Seuil, 1998), « L'évaluation du travail à l'épreuve du réel » (INRA 2003), « Le corps, d'abord - Corps biologique, corps érotique et sens moral » (Payot 2001), « Suicide et travail : que faire ? » (PUF 2009), « Les Dissidences du corps » (Payot 2009), « Observations cliniques en psychopathologie du travail » (PUF 2010), « Psychopathologie du travail » (Masson 2012)

-Le 06/03/13 en programmation

Jean-Claude Metraux, est suisse. Pédopsychiatre de formation, il a été amené à travailler beaucoup avec des adultes, souvent des parents, dans la plupart des cas en situation de précarité.

Troisième journée de la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois (FSSMB) : Le colloque « Entre pratique de terrain et action publique, les services de santé mentale et les politiques : quels dialogues ? »

Cette journée s'inscrivait dans la suite du colloque précédent « Quelles collaborations possibles avec les services de santé mentale » où nous avons donné la parole à nos partenaires pour faire état de nos coopérations réciproques. Cette fois nous avons ouvert un espace de paroles où les Politiques ont pu interpeller les services de santé mentale sur leur travail et sur leur participation à l'action publique. Ce fut aussi l'occasion d'un débat où les services de santé mentale ont pu présenter leurs activités, leurs constats et répondre aux interpellations.

Une publication se fera dans le Mental'idées de septembre 2013.

Programme :

- 8.30 Accueil
- 9.00 Allocution de bienvenue de Paul Jaumaux, Président de la FSSMB
- 9.30 Intervention de **Benoît Cerexhe**, Ministre de la Santé de la CoCoF, représenté par **Dominique Maun**, *Conseillère Cellule CoCoF*
Intervention de **Emir Kir**, Ministre de l'Action Sociale et de la Famille de la CoCoF
- 10.00 Interventions des Parlementaires de la Commission Santé et de la Commission des Affaires Sociales du Parlement Bruxellois Francophone
Michel Colson – FDF, Anne Herscovici – Ecolo, Pierre Mighiha – CDH, Catherine Moureaux – PS, Jacqueline Rousseaux – MR
- 11.0 Pause
- 11.30 Table ronde avec les intervenants de la matinée et des travailleurs en Services de Santé Mentale et débat avec la salle
- 13.00 Lunch
- 14.00 Ateliers proposés

Enfance : Grandir et apprendre. L'enfant, sa famille, l'école et le SSM : que d'histoires.

Marie- Louise Meert, psychanalyste et logopède au SSM La Gerbe / **Anne-Marie Pornel**, logopède au SSM d'Ixelles / **Agnès Deconinck**, logopède et thérapeute du développement au SSM ULB et un intervenant d'un CPMS.

Modération : **Myriam Berquin**, assistante sociale et thérapeute familiale au SSM d'Ixelles et **Anne Labby**, psychologue et psychothérapeute au SSM l'Été et coordinatrice Enfance LBFSM

Adolescence : Clinique plurielle de l'adolescence.

Martine Goffin, psychanalyste et psychologue, co-responsable du département « adolescents et jeunes adultes » du SSM Chapelle-aux-Champs UCL / **Tanguy de Foy**, psychanalyste et psychologue au département « adolescent et jeunes adultes » du SSM Chapelle-aux-Champs UCL

Modération : **Annick Delferière**, coordinatrice Adolescence LBFSM, psychologue et psychothérapeute au SSM Chapelle-aux-Champs UCL /

Thierry Lebrun, pédopsychiatre au SSM Chapelle-aux-Champs UCL et directeur de La Petite Maison Chastres

Adultes : Travail en réseau : histoire d'une symphonie inachevée.

Danielle Leclercq, directrice du SPJ de Bruxelles / **Sophie Gilson**, psychiatre au SSM ULB / **Chantal Hauzoul**, travailleuse sociale et psychothérapeute au SSM ULB

Modération : **Manu Gonçalves**, assistant social et coordinateur au SSM Le Méridien, coordinateur Précarité LBFSM

Adultes : Travail en réseau : une chorégraphie bien contemporaine.

Par l'équipe « adultes » du SSM Le Méridien

Modération : **Philippe Hoyois**, sociologue, chercheur et coordinateur Urgence LBFSM

Personnes âgées : Les personnes âgées et les SSM : de la sécurité psychique au travail du lien.

Vera Likaj, psychologue et psychothérapeute au SSM Champ de la Couronne

Claire Coeckelberghs, assistante sociale au SSM Champ de la Couronne /

Vincent Demulder, assistant social et psychothérapeute au SSM Service Social Juif

Modération : **Isabelle Boniver** coordinatrice Personnes âgées LBFSM/SSM Le Wops

Santé mentale communautaire : Enjeux et pratiques.

Par les représentants de la plateforme pour la Santé Mentale Communautaire (SSM La Gerbe, Ulysse, Exil, La Pioche, ainsi que le Coin des Cerises et l'Entr'aide des Marolles)

Modération : **Stéphanie Martens** coordinatrice adolescence LBFSM

15.30 Conclusion : Pour un modèle souple et adaptatif des soins en Santé Mentale par **Paul Jaumaux**

16.00 Drink

Participation des permanents de la L.B.F.SM. à des événements extérieurs.

Culture et Démocratie

Colloque « Image et prison » – Bruxelles les 26 et 27 avril 2012

→ Participation de Michèle De Bloudts et Mirella Ghisu

Association des Maisons d'Accueil – AMA

Journée d'étude « Des familles sans chez soi » Bruxelles le 25 mai 2012

→ Participation de Michèle De Bloudts

CEDEP

XXI Séminaire "*Prendre soin de l'humain* Aix-les-Bains du 26 au 28 mai 2012

→ Participation d'Eric Messens et de Sophie Tortolano

Les 10 ans du CJA asbl l'Equipe

Journée d'étude « Passage et médiations » Bruxelles le 1^{er} juin 2012

→ Participation de Michèle De Bloudts et d'Eric Messens

5^{ème} journée de Réseau 2

Journée « Réseau & travail clinique – Itinéraires singuliers » - Bruxelles le 20 septembre

→ Participation d'Eric Messens et Sophie Tortolano

Télé Accueil

Matinée d'étude « T'es fou ! C'est celui qui le dit qui l'est » Bruxelles le 13 octobre 2012

→ Participation de Mirella Ghisu

SPF Santé Publique

Colloque à l'occasion des 10 ans de la loi Droits du patient Bruxelles le 26 octobre 2012

→ Participation de Michèle De Bloudts

ADDOBB

9^{ème} congrès international sur l'observation du Bébé « Le bébé dans tous ses états » - Dakar du 29 octobre au 3 novembre

→ Participation d'Eric Messens

Paroles d'enfants association

Congrès Unesco « Le rêve au cœur de la relation d'aide, Utopie, Imagination et autres curiosités ». Paris les 22 et 23 novembre 2012

→ Participation d'Eric Messens

50^{ème} anniversaire du Club Antonin Artaud

Colloque « Pour le dire autrement » Démarche artistique et bénéfiques thérapeutiques – Bruxelles le 22 novembre 2012

→ Participation de Michèle De Bloudts et Mirella Ghisu

Congrès de la Revue L'Autre

14^{ème} congrès International de la Revue transculturelle l'Autre Luxembourg les 6 et 7 décembre 2012

→ Participation d'Eric Messens

30 ans du Centre Médical Enaden

Journée d'étude: « De la toxicomanie aux addictions » Bruxelles le 7 décembre 2012

→ Participation de Michèle De Bloudts

Le Tamaris

Journée d'étude « De loin en lien » - Travailler avec les familles qui ne le demandent pas. Bruxelles le 11 décembre 2012

→ Participation de Mirella Ghisu

SSM Le Grès

Inauguration du projet « Les ateliers des Trois Ponts » Bruxelles le 19 décembre 2012

→ Participation de Michèle De Bloudts

Projets réalisés en partenariat...

Psymages en 2012

4^{ème} Edition du Festival Images Mentales – Regards sur la folie

28 février

Documentaires – Images de la folie, regards de cinéastes

14h00 Accueil Dominique Maun (attachée au cabinet du Ministre Benoît Cerexhe), Eric Messens (directeur LBFSM), Martine Lombaers (coordinatrice Psymages)

14h30 Projections - Mon délire, 18 min, 1973, René Paquot, Boris Lehman, Club Antonin Artaud

Dans les années 70, René Paquot fréquente l'atelier cinéma du club Antonin Artaud à Bruxelles, animé par le cinéaste Boris Lehman. « Mon délire » témoigne d'une époque de grandes remises en questions politiques et sociales, et le film est ancré dans un temps où la lutte du malade mental pour sa reconnaissance en tant qu'individu s'inscrivait naturellement dans une mouvance révolutionnaire.
En présence de René Paquot, Boris Lehman, Yves-Luc Conreur

- L'homme qui ne voulait pas être fou, 55 min, 2011, Véronique FIEVET et Bernadette SAINT-REMI

Patrice, 43 ans, est schizophrène. Il peut vivre dans la rue ou enfermé à l'hôpital, au gré des mouvements de sa maladie. Il peut passer de l'écrivain à l'homme terrassé par une crise. Loin de toute idée reçue sur la folie, les réalisatrices au jour le jour et pendant plusieurs mois, vivent ses tourments, sa famille, ses répit, ses victoires, ses rechutes. Patrice aime la caméra, il a des choses à dire et à montrer. Un fou ? Un poète, un homme qui tient debout.

En présence de Véronique Fievet et Bernadette Saint-Remi, Caroline Fischer, Patrice Varelz

- Un monde sans fous, 53 min, 2010, Philippe Borrel *Clé d'or au Festival ciné vidéo psy de Lorquin 2010*

En 2010 en France, la folie déborde dans les rues et dans les prisons. Faute d'avoir trouvé une prise en charge adéquate dans les services d'une psychiatrie publique en crise profonde, de moyens et de valeurs, ces malades psychotiques chroniques se retrouvent de plus en plus exclus de la société.

La réponse des pouvoirs publics s'est jusqu'ici focalisée sur des questions sécuritaires.

Au moment où le gouvernement s'apprête à réformer la psychiatrie au profit d'une nouvelle politique de «santé mentale» pour tous, avec des programmes de prévention, dans les écoles, dans les entreprises, quelle place notre société réserve-t-elle encore à la folie ?

En présence de Philippe Borrel, Pierre Smet, Françoise Wolff

18h Table ronde Images de la folie dans la société

Quels sont les visages de la folie dans ces films documentaires? Ces images reflètent-elles l'évolution des pratiques psychiatriques, sont elles porteuses d'une idéologie, d'un regard critique ?

La médiatisation du « fou dangereux » influe-t-elle sur le rapport de la société à la maladie mentale ?

Intervenants : Alain Bouvarel (pédopsychiatre, président du festival de Lorquin), Eric Clemens (philosophe, écrivain), Serge Mertens (psychiatre), Yves-Luc Conreur (L'Autre lieu), Boris Lehman (cinéaste), Philippe Borrel (cinéaste), Bernadette Saint-Remi (journaliste), Luc Jabon (scénariste, cinéaste), Françoise Wolff (documentariste).

Modérateur : Eric Messens (président de Psymages)

20h15 Cinéma documentaire - La terre de la folie, Luc Moullet, 90 min

En présence du réalisateur

Luc Moullet, le plus drôle des représentants de la Nouvelle Vague fait honneur à sa réputation, avec un documentaire visant à cartographier la folie dans les Alpes du Sud. Pince-sans rire, loufoque, unique.

« L'arrière-petit-neveu du bisaïeul de ma trisaïeule avait tué un jour à coups de pioche le maire du village, sa femme et le garde-champêtre, coupable d'avoir déplacé sa chèvre de deux mètres. » C'est le point de départ du dernier film de Luc Moullet, autobiographique et documentaire.

Discussion avec Luc Moullet, Jean Florence, Christian Marchal. Modératrice : Françoise Wolff

29 février

Les films d'atelier - Rencontres autour des pratiques vidéo en psychiatrie

Projections de films d'ateliers (films d'animation, fictions, ou reportages) réalisés en psychiatrie.

Débat avec les équipes de réalisation, les participants, soignants, artistes intervenant en institutions et le public.

En présence des équipes de réalisation

10h Accueil Christian Marchal (l'Autre lieu), Martine Lombaers (Psymages)

10h30 Projections

- **Le cauchemar**, 10 min 44, Petite maison, Chastre
- **La guerre de l'espace**, 7 min 50, l'Heure atelier, Bruxelles
- **Grimasqueries**, 9 min 50, CODE, Bruxelles
- **Liaisons certaines**, 20 min, Clinique Sans souci, Bruxelles

Pause de midi

14h Projections

- **Une si jolie petite gare**, 8 min, Revers, Liège
- **Un monde sans argent**, 10 min, L'Ancre, La Louvière
- **Le droit d'exister**, 15 min CTJ ado Charleroi
- **Films d'animation**, 15 min, Sivadon Brugmann, Bruxelles

Accompagnement des films, questions et commentaires animés par : Christel Depierreux (Psymages, La Médiathèque) - Delphine Doucet (Psymages, Cresam) - Pierre Jadot (Psymages, La Petite Maison) - Martine Lombaers (Psymages, le CODE) - Christian Marchal (L'Autre lieu) - Anne Pochet (Psymages, CTJ Ado Charleroi) - Pierre Smet (Psymages - Le SAS) - Sophie Tortolano (Psymages, LBFMS).

16h30 - Vues d'intérieur, 24 min, Chris Pellerin, Nantes

Durant 18 mois, cinq patients du Centre spécialisé en psychiatrie " Le Bon Sauveur" à Caen se sont engagés dans un groupe de recherche plastique sur le thème de l'autoportrait. Dans ce film, ils nous racontent ce que cette aventure d'atelier a représenté pour eux. Le poème filmé de Chris Pellerin nous présente des œuvres dessinées, peintes, grattées, esquissées. Commentées par trois voix, enregistrées en son seul et en dialogue avec la réalisatrice.

En présence de Chris Pellerin

18h00–20h30 Ciné apéros - Avec ma mère à la mer, 85 min, Alexis Van Stratum

un film écrit par Grégory Lecocq et Alexis Van Stratum, avec Hervé Guerrisi, Nicole Colchat, Cachou Kirch, Maaïke Neuville

Hiver 2009. Suite à une tentative de suicide de sa mère dépressive, Clément lui propose de passer quelques jours avec elle à la mer pour lui remonter le moral. Mais Clément a aussi sa vie : une copine plutôt possessive et le projet imminent de partir avec elle à Montréal, où un nouveau job l'attend déjà. Une rencontre avec une jeune artiste va davantage bouleverser Clément... Pendant ces quelques jours à la mer, comment va-t-il faire pour « sauver » sa mère de la dépression, alors qu'elle prend le contrôle de sa vie par ses chantages affectifs incessants ? Tirailé par la volonté des femmes qu'il aime, comment savoir ce qu'il veut vraiment ?

En présence du réalisateur et de la comédienne

Après la séance de 20h30 Discussion avec Alexis Van Stratum (réalisateur), Nicole Colchat (comédienne), Luc Jabon (pour Cinéastes associés), Dr Frédérique Van Leuven (psychiatre).

Modérateur : Eric Messens

Préparation du congrès Psychose

Pour rappel, en 2011, la LBFSM a lancé le processus préparatoire à l'organisation du congrès européen « Penser la psychose ». Le comité d'organisation a continué son travail de programmation durant toute l'année 2012, en tenant compte de l'objectif de penser le traitement et l'accompagnement de l'enfant, l'adolescent, l'adulte et la personne âgée psychotiques tout en tenant compte de ses proches et de son inscription dans la société. Le comité d'organisation a rédigé un argument et un programme de plénières et d'ateliers.

Argument

Au regard de l'évolution de nos sociétés occidentales et du monde scientifique, comment penser la psychose en 2013 ? Les ouvertures, constats, craintes soulevés lors du congrès européen francophone « Penser la psychose, du traitement à l'accompagnement », organisé en 2002 par la LBFSM, nécessitent d'être à nouveau questionnés.

Au cours de cette nouvelle rencontre, les professionnels au départ de leur clinique développeront les savoirs, enjeux et questions actuels posés par la rencontre avec la psychose.

La place occupée dans notre quotidien et singulièrement dans les politiques de soins par le discours scientifique est telle que les praticiens, en collaboration avec l'Université Libre de Bruxelles et avec l'Université Catholique de Louvain, souhaitent créer une scène d'interlocution entre la clinique et la recherche au centre de laquelle le sujet psychotique puisse trouver à se dire.

Ce congrès interroge les effets des mutations contemporaines sur les psychoses et sur leur appréhension par le social.

Mondialisation débridée entraînant une précarisation matérielle et psychique croissante, crise(s) de nos sociétés post-modernes, injonctions d'efficacité, d'immédiateté et de performance, logiques sécuritaires, délitement du collectif ; ces différents phénomènes engendrent des transformations importantes de la norme et produisent des logiques d'exclusion et de déliaison. Quels repères construire pour les comprendre ?

Inventive, créative, souvent vue uniquement comme dangereuse et déficitaire, la psychose est une réponse de celui qui est débordé par sa rencontre avec le monde suscitant parfois des souffrances sans noms. Cette réponse aussi surprenante, inquiétante et désespérée soit-elle a toujours un sens, fut-il à construire. Elle mérite une place ailleurs qu'à la marge.

Le sujet psychotique incarne une des variantes de la condition humaine. La psychose réclame de la part des soignants une attention pour la variété de ses contours et une inventivité pour la création de cadres thérapeutiques institutionnels, hospitaliers et ambulatoires adaptés.

Quelles sont les conditions anthropologiques et historiques de la psychose? Comment traversent-elles le sujet singulier, la famille, le couple et les différents âges de la vie? Comment les pratiques professionnelles en tiennent-elles compte pour penser la psychose et son accompagnement? Comment les apports des recherches issues des

mondes universitaires, des neurosciences et de la pharmacologie s'inscrivent ou non dans les soins?

Comment ces recherches intègrent-elles ou non les savoirs issus des pratiques cliniques?

La clinique, la psychothérapie institutionnelle, les courants psychodynamiques, psychanalytiques et systémiques, les recherches universitaires, l'héritage de l'anti-psychiatrie, les initiatives socioculturelles, les approches communautaires, les associations d'usagers, les proches et les pairs aidant construisent des savoirs et des pratiques.

Le congrès « Penser la psychose » de 2013 s'enracine et se décline au cœur de ce que nous enseignent, tous les jours, ces rencontres intersubjectives.

Thèmes des ateliers

- Les effets du transfert Etienne OLDENHOVE et Dominique HAARSCHER
- Folie criminelle : fous vulnérables ou dangereux ? Antoine MASSON et Johan KALONJI
- Psychose, histoire et traumatisme Denis HERS et Nicole MINAZIO
- Les corps à corps du sujet psychotique Caroline DEPUYDT et Jean-Philippe HEYMANS
- Famille à soigner, famille qui soigne... Marie-Cécile HENRIQUET et Etienne VAN DURME
- psychoses et société : Quels rapports possibles ? Sylvie VAN den EYNDE et Gaëtan HOURLAY
- La création, une métamorphose du réel Nadine QUEVY et Nicole CALEVOI
- L'urgence et la durée Marc SEGERS et Alfredo ZENONI
- De l'autisme à la schizophrénie chez l'enfant, que sont devenues les psychoses infantiles ? Sophie SYMANN et Nicole ZUCKER
- Imposture mélancolique et crépuscule de vie Gérald DESCHIETERE et Laurence AYACHE
- Psychose et addictions Jean-Louis AUCREMANNE et Blandine FAORO-KREIT
- Rupture, désorganisation, psychose à l'adolescence Véronique DELVENNE et Denis HIRSCH
- Psychose et asile : l'effort pour rendre l'autre fou ? Pascale DE RIDDER et Joëlle CONROTTE
- Psychose et travail à plusieurs, institutions et réseaux : une vieille histoire et de nouvelles questions. Elisabeth COLLET et Didier ROBIN
- Quand le « care » cure et le « cure » care... Thierry VAN de WIJNGAERT Gigliola CORATO
- Comment penser aujourd'hui psychose, maternité, développement du bébé et avancées thérapeutiques. Régine CECERE et Marie-Claire THILMANY

Comité d'organisation

Charles Burquel, président

Rita Sferrazza, présidente

Jean-Louis Aucremanne, Laurence Ayache, Nicole Calevoi, Régine Cecere, Elisabeth Collet
Joëlle Conrotte, Gigliola Corato, Edith Creplet, Michel Croisant, Véronique Delvenne, Caroline
Depuydt, Pascale De Ridder, Gérald Deschietere, Blandine Faoro-Kreit, Philippe Fouchet,
François Georges, Mirella Ghisu, Dominique Haarscher, Marie-Cécile Henriquet, Denis Hers
Jean-Philippe Heymans, Denis Hirsch, Gaëtan Hourlay, Johan Kalonji, Antoine Masson, Eric
Messens, Nicole Minazio, Etienne Oldenhove, Nadine Quévy, Didier Robin, Marc Segers
Sophie Symann, Marie-Claire Thilmany, Sylvie Van den Eynde, Etienne Vandurme, Thierry
Van de Wijngaert, Alfredo Zenoni, Nicole Zucker

Préparation du congrès AEPEA

Corps à corps Souffrances du corps et travail psychique chez le bébé, l'enfant, l'adolescent, la famille et les soignants

7ème Congrès Européen de l'AEPEA co-organisé avec la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale Bruxelles

Le congrès organisé en partenariat avec l'AEPEA veut, quant à lui, confronter ce corps polymorphe, du bébé, de l'enfant, de l'adolescent, à la diversité des pratiques de soin, de la préoccupation maternelle à la chirurgie invasive, de la psychothérapie psychanalytique aux interventions institutionnelles. Une attention toute particulière sera portée à la manière dont les vécus des adultes, parents, infirmières, psychothérapeutes, pédiatres, chirurgiens, enseignants, ... reflètent les enjeux qu'expriment les langages du corps et permettent d'en favoriser l'issue. A côté d'une réflexion sur les pratiques de soins, les questions de formation des professionnels mais aussi le rôle des associations d'aide et de parents retiendront également notre attention.

L'organisation de ce congrès nécessite la mise en place d'un comité d'accompagnement, d'un comité scientifique, de groupes de travail spécifiques, de logistique. Au cours de l'année 2012, plusieurs réunions de ces différents groupes et comités ont eu lieu afin que cet événement futur puisse être une réussite. Un argument a été construit

Argument

Le corps, source et espace potentiel de l'existence individuelle, est tout à la fois la part la plus intime, la plus exposée, et la moins contrôlable de ce qui constitue l'identité personnelle. Entre le corps biologique, soumis aux lois qui gouvernent le vivant, le corps psychique, maître et outil du devenir soi, et le corps social, objet des passions humaines, des interactions complexes s'établissent qui dessinent les lignes mouvantes du normal et du pathologique, de la santé et de la maladie, du plaisir et de la douleur, de l'amour et de la haine, de la liberté et de l'aliénation, de la vie et de la mort.

Le corps, en tant que concept limite entre somatique et psychique, ne se laisse enfermer dans aucune de ces dialectiques. La difficulté de penser et surtout d'articuler ses différentes dimensions, entre organe, image et sensation, rend peut-être compte de la relative discrétion du corps dans les réflexions pluridisciplinaires.

Le corps du bébé, de l'enfant, de l'adolescent, incarne les enjeux des processus de développement psychomoteur, de construction identitaire, d'intégration de la psychosexualité, d'appropriation sociale; ce corps se trouve ainsi profondément, et diversement, affecté : fondamentalement, en ce que les «affects», émotions et sentiments, naissent dans sa sensibilité, en même temps qu'il est investi dans l'affection, par nature ambivalente et angoissée, des parents ; nécessairement, car c'est avec ce corps que se joue l'aventure de la vie, que se constitue l'expérience des déceptions et des succès, petits et grands, ce qu'on appelle grandir; accidentellement, chaque fois que ses anomalies, ses dysfonctionnements, ses défaillances, ses blessures, ses maladies, en un mot ses «affections», et les soins dont elles sont l'objet, inscrivent leur marque dans les rapports de l'enfant à son corps, à autrui et aux institutions sociales.

C'est le défi que voudrait relever ce congrès, que de confronter ce corps polymorphe, du bébé, de l'enfant, de l'adolescent, à la diversité des pratiques de soin, de la préoccupation maternelle à la chirurgie invasive, de la psychothérapie psychanalytique aux interventions institutionnelles...

Nous souhaitons porter une attention toute particulière à la manière dont les vécus des adultes, parents, infirmiers, psychothérapeutes, pédiatres, chirurgiens, enseignants, ... reflètent les enjeux qu'expriment les langages du corps et permettent d'en favoriser l'issue à côté d'une réflexion sur les pratiques de soins, les questions de formation des professionnels mais aussi le rôle des associations d'aide et de parents retiendront également notre attention.

Comité d'organisation international

Alain **BRACONNIER** (France) Giuseppe **DISNAN** (Italie) Bernard **GOLSE** (France) Ferruccio **BIANCHI** (Suisse) Olivier **BONNOT** (France) Augusto **CARREIRA** (Portugal) Dominique **CHARLIER** (Belgique) Marie-José **CORDEIRO-GONCALVES** (Portugal) Graziella **FAVA VIZZIELLO** (Présidente, Italie) Pierre **FERRARI** (France) Christine **FRISCH-DESMAREZ** (Luxembourg) Alberto **LASA** (Espagne) Hélène **LAZARATOU** (Grèce) Juan **MANZANO** (Suisse) Jean-Paul **MATOT** (Belgique) Sylvain **MISSONNIER** (France) Marie-Rose **MORO** (France) Filippo **MURATORI** (Italie) Umberto **NIZZOLI** (Italie) Francisco **PALACIO-ESPASA** (Suisse) Mario **SPERANZA** (France)

Comité d'organisation local

Charles **BURQUEL** (LBFSM, SSM Le Méridien et La Gerbe) Michel **CAILLIAU** (IFISAM) Maggy **CAMUS** (IFISAM) Dominique **CHARLIER** (Clinique Saint-Luc - UCL) Annick **DELFERIERE** (LBFSM) Véronique **DELVENNE** (HUDERF - ULB) Manoëlle **DESCAMPS** (SSM Chapelle-aux-Champs - UCL) Isabelle **DURET** (Faculté de psychologie - ULB) Marie-Paule **DURIEUX** (WAIHM belgo-luxembourgeoise) Christine **FRISCH-DESMAREZ** (AEPEA-GERCPEA) Mirella **GHISU** (LBFSM) Serge **GOFFINET** (PFCSMRBC) Pascale **GUSTIN** (WAIHM belgo-luxembourgeoise) Michèle **HALL** (HUDERF - ULB) Dominique **HERMANS** (Clinique Saint-Luc - UCL) Denis **HERS** (CSM Chapelle-aux-Champs - UCL) Philippe **KINOO** (SBPPDAEA) Anne **LABBY** (LBFSM) Philippe **LEPAGE** (HUDERF - ULB) Alain **Malchair** (SSM ULg) Antoine **MASSON** (CSM Chapelle-aux-Champs - UCL) Jean-Paul **MATOT** (AEPEA, président du comité d'organisation) Eric **MESSENS** (LBFSM, vice-président du comité d'organisation) Marie-Cécile **NASSOGNE** (Clinique Saint-Luc - UCL) Rita **SFERRAZZA** (ULB, Hôpital Erasme) Mireille **TASTENOY** (SBPPDAEA) Jean-François **VERVIER** (CHU Luxembourg)

Comité scientifique

Michel **CAILLIAU**, Dominique **CHARLIER**, Véronique **DELVENNE**, Manoëlle **DESCAMPS**, Isabelle **DURET**, Christine **FRISCH-DESMAREZ**, Pascale **GUSTIN**, Michèle **HALL**, Dominique **HERMANS**, Philippe **KINOO**, Antoine **MASSON**, Jean-Paul **MATOT**, Eric **MESSENS**, Marie-Cécile **NASSOGNE**, Jean-François **VERVIER**

Démarche d'Evaluation Qualitative

Thème pour 2011 – 2012 – 2013 : La communication interne et externe de l'organisme.

1. Rappel

a) Le choix du thème

La Ligue s'est engagée dans un processus de Démarche d'Evaluation Qualitative (D.E.Q.) qui concerne sept organismes de coordination agréés par le Décret. Le thème décidé en commun pour les trois premières années est : " La communication interne et externe de l'organisme ".

Cette situation signifie qu'un rapport sera consacré à la partie commune par l'ensemble des sept organismes et qu'un rapport spécifique est réalisé par la Ligue sur la façon dont la thématique a été travaillée au sein de l'association.

Avant toutes choses, nous rappelons ci-dessous la motivation du choix du thème pour la partie commune aux sept organismes et pour la partie spécifique à la Ligue :

Partie commune (7 organismes de coordination).

Nous, les 7 organismes de coordination agréés par le décret, avons choisi de développer notre DEQ sur la même thématique : la communication interne et externe de nos organismes respectifs. (cfr. sous thématiques pour les organismes de coordination de la thématique « accessibilité »).

La communication est tournée :

- vers les niveaux et les organes internes (AG, CA, ...)*
- vers les associations membres*
- vers les professionnels, le grand public, les usagers, l'autorité politique et les médias.*

La communication est l'une des missions de base des organismes de coordination.

Il a été convenu que les 7 organismes se réuniront à plusieurs reprises, notamment, avec la volonté d'échange de pratiques, dans la mesure où le dépliage des expériences de chaque organisme permettra à tous de réagir sur l'expérience de chacun.

Si tous les organismes se soucient de leur mission d'information, des différences et difficultés existent quant aux moyens humains, techniques et financiers consentis. Ces différences et difficultés sont les conséquences tant du développement du secteur que de la structure interne de l'organisme.

Partie spécifique (la LBFSM).

La Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, outre sa reconnaissance et sa fonction d'organisme de coordination des Services de Santé Mentale Bruxellois francophones, rassemble des équipes et des services qui, dans une volonté de partage d'idées et d'expériences autour de leurs pratiques, ont comme objectif la promotion de la santé mentale de la population de la Région de Bruxelles-Capitale.

La Ligue déploie une activité de réflexion et d'échange sur les savoirs, les pratiques, les idées, en santé mentale. Elle réagit aux politiques publiques, formule des avis, défend des positions. Elle s'appuie pour cela sur les principes d'une charte éthique d'adhésion de tous ses membres. Elle informe le public, elle documente ceux qui font des recherches. Elle organise des rencontres scientifiques sur le vif de l'actualité clinique. Ce sont parfois des événements de dimension internationale. La Ligue propose de plus en plus souvent des lignes transversales de compréhension des phénomènes avec l'aide des disciplines

voisines, l'anthropologie, la sociologie, la philosophie, pour ne citer que celles-là. Elle s'inscrit par conviction dans l'hétérogénéité des épistémologies pour rendre compte d'un domaine, la santé mentale, dont tous s'accordent sur son extension contemporaine. Dans cette perspective, le choix du thème de la communication interne et externe nous est apparu comme particulièrement indiqué pour le processus de Démarche d'Evaluation Qualitative. Une des fonctions principales d'un organisme comme le nôtre est de veiller à la circulation rapide et efficace des informations et à la communication vers nos membres, entre ceux-ci, mais également entre le secteur de santé mentale bruxellois qu'il représente et les autres associations et réseaux, nationaux et internationaux où la santé mentale fait l'objet de pratiques et d'enjeux contemporains à questionner et débattre de manière permanente.

b) Les enjeux de ce choix

Les activités permanentes (coordinations et groupes de travail) ou ponctuelles (Colloques) de la Ligue mettent régulièrement en évidence les réalités d'un contexte social et sociétal en évolution constante et leurs effets sur les personnes.

En conséquence, les pratiques sont de plus en plus soumises à la construction de transversalités. Ce contexte renforce encore la nécessaire préservation de l'identité et de la spécificité d'un secteur, de même que la bonne compréhension de cette identité et spécificité par les autres.

De ce point de vue, la Ligue a à jouer un rôle promotionnel pour le secteur de la santé mentale bruxellois qu'elle représente.

La communication interne et externe est un vecteur quotidien de transmission d'informations du secteur de la santé mentale vers les autres et inversement.

La circulation des idées et de la pensée entre les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie et tous ceux, professionnels ou grand public, qui sont concernés par celles-ci est conditionnée par une communication de qualité. Celle-ci repose sur une adaptation permanente de la transmission et de la mise en visibilité des contenus à communiquer.

La Ligue s'est saisie de l'opportunité présentée par la DEQ pour se centrer dans un premier temps sur ses outils de communication et de diffusion.

c) Les outils de communication et de diffusion de l'information et des savoirs

Comme nous le formulons lors de la présentation de notre projet de DEQ, notre premier et principal objectif était de repenser la pertinence, la spécificité et la complémentarité de chacun de nos outils de communication actuels, tant sur le plan technique et formel que sur leurs contenus. Il s'agit bien entendu de nos outils de communications externes, ceux qui sont conçus et exploités pour diffuser de l'information et transmettre des savoirs vers l'extérieur.

Ces outils sont :

- la mailing liste générale de la Ligue et les mailing listes particulières,
- le site www.lbfsm.be,
- la Newsletter mensuelle (débutée en septembre 2010),
- la revue « Mental'idées » (18 numéros depuis 2004),
- l'Info service téléphonique et sur place,

Dans le document de présentation de notre projet de DEQ, nous expliquions aussi que dans un temps ultérieur, notre second objectif serait de réfléchir à l'opportunité de mettre en place d'autres outils, moyens ou espaces de communication vers nos différents publics.

L'ensemble des objets de ces deux objectifs serait traité sur les trois années dévolues à ce projet de DEQ.

2. Réalisation de notre objectif en 2012.

La réalisation du processus a bénéficié d'une bien meilleure stabilité de l'équipe au cours de cette année, ce qui a permis principalement d'appliquer les modifications et améliorations introduites sur nos outils de communication en 2011, d'en tester la pertinence tant en interne qu'en externe, et d'opérer les différents ajustements nécessaires

C'est essentiellement autour de trois supports de communication et de diffusion que nous nous sommes concentrés tout au long de l'année, à savoir :

- le site web,
- la Newsletter mensuelle,
- la revue « Mental'idées »,

L'équipe a pu informer et consulter régulièrement les instances internes de la Lbfsm et de la Fssmb, via leurs bureaux et conseils d'administration afin de leur présenter le résultat de ses analyses sur l'adéquation des outils et des propositions de modification ou d'adaptation de ceux-ci, ce qui constituait des modalités rapides de diagnostic ou de repérage des aspects satisfaisants ou non, et de réaction sous forme d'ajustements ou de corrections.

Pour ces raisons de rapidité et d'efficacité, le recours à une aide extérieure n'a pas été jugé nécessaire pour cette année.

Cela dit, l'objectif méthodologique d'une consultation externe reste pourtant d'actualité pour notre équipe et pourrait, le cas échéant, être sollicité en 2013.

L'effort de cette année s'est donc concentré sur la prise en main par l'équipe reconstituée des outils sur lesquels un important travail d'amélioration avait été fait l'année précédente. Pour rappel, en 2011, l'essentiel du travail avait consisté en une analyse de l'existant, de ce qui fonctionnait bien et de ce qui était perfectible ou obsolète, et en une mise en place d'améliorations ou d'innovations dont, pour des questions de timing tardif lié à la recomposition de l'équipe, il était clair que la phase d'opérationnalisation ne commencerait véritablement qu'au début 2012.

- le site web : le site www.lbfsm.be existe depuis plusieurs années. Une importante restructuration de celui-ci a été faite en 2011, des compléments ont encore été faits en 2012, à chaque fois sur base de nouveaux souhaits de l'équipe et en lien avec le concepteur, l'asbl Vertige. Citons principalement comme nouveauté, la mise en place du moteur de recherche pour le Centre de documentation qui permet désormais la consultation en ligne du contenu de celui-ci. Par ailleurs, l'équipe a veillé à une actualisation plus accrue et plus fréquente de toutes les rubriques du site. Le calendrier des événements de la Ligue et celui des événements des partenaires engendrent un travail énorme puisqu'il nécessite la récolte, le tri et la mise en visibilité de toutes les annonces d'événements scientifiques qui parviennent à notre organisme via internet ou via les newsletters d'autres associations.
- la Newsletter mensuelle : c'est en quelque sorte le projet principal de la Ligue en matière d'amplification et d'amélioration de la communication et de la diffusion de l'organisme. Le nouveau modèle de lettre mensuelle d'information a commencé à être conçu en fin d'année 2011, le travail s'est poursuivi tout au long 2012 et a permis de reprendre une parution en début de chaque mois à partir de septembre. Les résultats sont là : les demandes de diffusion d'informations qui nous sont adressées ont doublé en un an, le nombre d'abonnés à la lettre mensuelle est passé de 1300 abonnés à 2250.
- la revue « Mental'idées » : à l'occasion de l'arrivée en 2011 d'une nouvelle collègue, un travail important d'évaluation des contenus de la revue avait été mené. Celui-ci a conduit à la décision de restreindre à l'avenir Mental'idées à une diffusion de savoirs plutôt que d'informations. C'est dans cette nouvelle perspective et avec l'appui d'un nouveau comité de rédaction que la revue a sorti un numéro 17 en mars 2012 reprenant

les actes du Colloque « Malades mentaux, Justice et Liberté. Renverser l'entonnoir ? », un numéro 18 en septembre 2012 sur le thème « Itinéraires : de l'individuel au collectif ». Tout au long de l'année également, le travail préparatoire à la sortie d'un numéro 19 a été fait, lequel aura pour dossier thématique ; « L'intérêt de l'enfant lors d'une séparation parentale ». Il faut aussi signaler le choix et la mise en place de nouvelles rubriques visant à l'amélioration du dialogue avec les lecteurs, par exemple la rubrique « Au fil des mêlées » permettant au lecteur de réagir à des contenus de précédents numéros.

- La mailing liste : en l'espace de quelques années, la très grande majorité des courriers et des envois relatifs aux activités et événements organisés par la Ligue ont été prioritairement envoyés via internet. Il s'agit là d'une rationalisation en termes de coût et de rapidité largement partagée par tous les organismes similaires aux nôtres. Toutefois l'entretien, la conception (structure) et la gestion d'une telle liste requiert une attention professionnelle. Au fil des années, nous nous sommes aperçus qu'une refonte complète de cet outil était nécessaire. Elle a été étudiée et conçue en équipe interne. Après examen des difficultés et problèmes qu'on comportait notre mailing liste, nous avons opté pour le recours à une spécialiste de la construction de base de données. Le travail a commencé avec elle en 2012, se poursuivra en 2013, sur base des besoins du secrétariat et des multiples cas de figures répertoriées par l'équipe en matière de diffusion, que ce soit pour des envois courrier, internet, généraux, par catégories, etc.... La nouvelle base de données devrait être tout-à-fait opérationnel à la mi-année 2013.



Outils de Communication

La Ligue continue de rendre performant ses divers outils de communication visant à mieux informer ses membres mais aussi le public au sens large.

A. Publication(s)

Le Mental'idées

Notre revue Mental'idées a repris avec une nouvelle formule qui se veut interactive. Un comité de rédaction très actif depuis 2011 décide de la ligne directrice de celle-ci. Notre souci est d'offrir des articles de qualité en travaillant sur des dossiers thématiques mais également de créer un espace de discussion avec les lecteurs. Pour ce faire, nous avons initié une rubrique intitulée « Au fil des-mêlées » qui est une rubrique débat permettant de réagir aux articles précédents mais aussi à l'actualité du secteur et des secteurs connexes. Pour l'année 2012 nous avons traité deux thématiques : le numéro 18 « Itinéraires : de l'individu au collectif » il s'agissait d'une démarche particulière. En effet, ce sont des textes qui nous ont été envoyés de manière spontanée mais qui avaient également une dynamique commune, c'est un numéro qui nous a obligé à penser la complexité. Le numéro 19 avait pour dossier thématique « L'intérêt de l'enfant lors d'une séparation parentale », ce numéro reprend les actes du séminaire « Hébergement égalitaire » organisé par la Ligue en 2011. Le Mental'idées du mois de septembre 2012 portera sur les actes de la 3^{ème} journée FSSMB. Nous envisageons également deux numéros hors série par an uniquement en format électronique qui porteront sur des questions d'actualité.

Mental'idées - Périodique de liaison de la L.B.FSM

Parution : 3 fois par an (selon possibilité)

Diffusion : Presse et net

Cible : membres L.B.F.S.M. et F.S.S.M.B., personnes-ressources, coordinateurs et participants des groupes de travail et coordinations, personnes intéressées par les activités de la Ligue, hautes écoles et universités, instances politiques, ... Contact e-mail : ghisu.lbfsm@skynet.be

et des hautes écoles et facultés qui nous le réclament pour leurs bibliothèques.

B. Site internet www.lbfsm.be

Pour rappel, le site a été présenté pour la première fois aux membres de la L.B.F.S.M. lors de l'Assemblée générale de juin 2009. Depuis, nous avons créés des accès directs menant par exemple, le dernier numéro de la revue « Mental'idées », le dernier bulletin du Psycendoc ainsi qu'à sa base de données.

C. La lettre d'info

La lettre d'info paraît mensuellement, celle-ci comporte actuellement cinq rubriques :

- actualités
- nos évènements
- événements de nos membres et partenaires
- formations
- offres d'emploi



Psycendoc : Centre de documentation

Rapport d'activités 2012 : le Psycendoc :

Rappel :

Le Centre de documentation Psycendoc est un outil d'information répondant aux demandes :

- des professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, assistants sociaux, éducateurs)
- des étudiants en psychologie et d'autres disciplines en santé mentale, ainsi que des professeurs pour la rédaction de leurs cours
- des membres de la LBFMS.

Installé dans les locaux de la Ligue, il s'inscrit aussi dans le cadre des activités de celle-ci comme support documentaire aux groupes de travail, de coordinations et autres instances.

Le Psycendoc s'adresse également à toute personne (grand public, patient) désireuse d'informations

sur les thèmes de la santé mentale et de la psychiatrie.

Le Psycendoc en chiffres :

Concernant les visites sur place :

Le Centre de documentation Psycendoc est accessible 11h par semaine (les lundi, mardi et mercredi).

L'envoi mensuel du Bulletin bibliographique, la Newsletter de la Ligue, les événements organisés par la Ligue (et son récent site) ainsi que les nombreuses réunions (500 par an) attirent réellement les lecteurs.

En résumé :

- 58 étudiants en dernière année de psychologie sont venus chercher de l'information pour leur mémoire
- 39 professionnels (psychiatres, psychologues, assistants sociaux, éducateurs, professeurs, ...) nous ont consultés.

On constatera cette année que le nombre d'étudiants venus sur place est sensiblement plus important que celui des professionnels (il était équivalent l'année passée).

Pour ces deux groupes de lecteurs, leur nombre s'élève pour 2012 à 97 personnes venues.

A ce nombre, nous pouvons rajouter :

- 20 intervenants membres de la Ligue formateurs, animateurs et coordinateurs des groupes organisés par celle-ci.

Concernant les documents envoyés à l'extérieur :

Plusieurs documents ont été scannés gratuitement vers l'extérieur via le système de téléchargement. 40 dossiers, en moyenne de 50 à 100 pages, ont été envoyés suite à un coup de fil ou un mail. Ce qui nous fait un important envoi de 2046 copies pour 2012 !

Rappel : nous étions à 1200 copies envoyées en 2009, 1992 copies en 2010 et 1477 en 2011.

On constate donc une très nette croissance de demandes d'envoi de documents par courrier.

Le Pscendoc a aussi répondu à de nombreuses demandes de renseignements principalement par téléphone et par mail (en augmentation l'un comme l'autre).

Le travail au quotidien :

Notre temps a été consacré :

- en priorité et comme chaque année à accueillir et à répondre aux demandes des personnes venues sur place et à procéder à l'envoi de documents par courrier (demandes faisant suite à un coup de fil ou un mail).

Des statistiques mensuelles et précises sont tenues à cet effet (recensement du nombre de lecteurs qui se sont déplacés, des jours venus, des thèmes demandés et du nombre d'envoi de copies).

Une mailing liste est également précieusement tenue à jour (plus de 1000 personnes en font déjà partie).

- à la lecture des articles des 40 revues auxquelles nous sommes toujours abonnés (voir liste à la fin) et des 15 brochures de littérature grise (ex. Santé Conjuguée, Solidarité Santé, ...).

Ces articles récents sont encodés dans la base de données (logiciel FileMaker Pro) sous forme de fiche paramétrée avec mots-clés, nom de l'auteur, titre, référence de la revue et résumé.

La base de données a atteint le nombre **20.800 fiches** (19.500 fiches en 2011 et 17.000 en 2010).

Cette base de données, source d'information précieuse, est consultable sur place ainsi que sur notre site.

- à la rédaction du Bulletin bibliographique Pscendoc (occupant la moitié du temps de la documentaliste).

Cette initiative prise l'année passée semble bien appréciée par les lecteurs qui reçoivent par envoi électronique la liste des nouveautés du Centre de documentation.

Ce Bulletin (actuellement à sa 27^{ème} édition) reprend :

- . les nouveaux livres du mois (souvent des dons)
- . les nouveaux dossiers de revues et nouveaux articles du mois (résultat du dépouillement des 40 abonnements de revues scientifiques et des 15 brochures)
- . une rubrique divers : bibliographie thématique, sites Web intéressants, rappel d'un contenu spécifique du Pscendoc, liste des auteurs mis en valeur.

Celui-ci est envoyé :

. à tous les lecteurs du Pscendoc, aux secrétariats des écoles à vocation sociale, aux hôpitaux et institutions psychiatriques, à certains auteurs psychiatres belges (c'est-à-dire 1000 personnes).

. à tous les documentalistes du réseau Santé Bruxelles (25 personnes)

. à tous les membres du C.A. de la Ligue et de la FSSMB., aux groupes de travail et de coordination de la Ligue, à toutes les associations et SSM de Bruxelles, à de nombreux professionnels de la santé mentale (25 groupes du secrétariat de la Ligue).

. aux personnes venues aux événements organisés par la Ligue et désireuses de l'obtenir.

Chacun peut se rajouter au listing sur simple demande (tél. : 02.501.01.20 ou / et psycendoc.lbfsm@skynet.be -

Les 50 numéros déjà parus du Bulletin bibliographique sont tous téléchargeables sur le site de la Ligue / encart Pscendoc à gauche).

- à la mise à jour continue :

. des articles des auteurs importants recensés en 20 classeurs (tels que Jean Furtos, Jean De Munck, Alfredo Zenoni, Jean-Pierre Lebrun, ...)

- . de 120 dossiers thématiques sur la précarité, le vieillissement, la dépression, l'adolescence, la maladie d'Alzheimer, les problèmes liés à l'exil, la souffrance psychique, ...
- . d'une quinzaine de bibliographies sur des thématiques bien précises et récurrentes (documents présents au Psycendoc) telles que : l'Enfance, la Personnes âgée, l'Evaluation, la Santé communautaire, les Enfants de parents fragilisés par la maladie mentale, la Maladie d'Alzheimer, l'Adolescence, les Soins sous contrainte, la Stigmatisation de la maladie mentale, la Violence sur professionnels, la Précarité, l'Attachement, l'Internet, le Couple, ...
- . des sites en psychiatrie selon des sujets bien précis tels que l'alcool, les automutilations, la maltraitance, ... (chaque mois le nombre de sites est en augmentation)
- . des sites permettant le téléchargement gratuit et légal d'articles ou dossiers en santé mentale.

Pour exemples : le site www.psy.be de Dimitri Haikin, le site www.kbs-frb.be de la Fondation Roi Baudouin, le site Resodoc Ucl et ses dossiers techniques.

- au niveau de la visualisation du Centre de documentation :

- . à l'envoi deux fois par an de dépliants Psycendoc à 10 écoles de formations sociales (200 dépliants par école).

Evénements et activités spécifiques de 2012 :

. « **Passage 2012-2013. 2ème Cycle de 4 Rencontres** » : Jean Florence (23/05), Bernard Penot (14/09), Christophe Dejours (05/12), Jean-Claude Métraux (06/03).

Lieu : A la Ligue et au « Fares Asbl. Fonds des Affections Respiratoires ». La Ligue étant aussi un lieu de transmission, l'orateur s'adressait au public sous forme de témoignage personnel, se livrant sur son parcours professionnel, ses expériences, ses repères et les orientations importantes de sa carrière.

Lors de ces événements organisés par la Ligue, une bibliographie par orateur a été réalisée par le Psycendoc (celle-ci est toujours disponible).

! La base de données, qui était déjà consultable sur place par tous les lecteurs dans la salle de lecture est **maintenant consultable aussi en ligne sur le site de la Ligue www.lbfsm.be**.

Elle devient donc accessible pour tout un chacun de chez lui (20.800 fiches en santé mentale, reprenant des documents disponibles au Psycendoc).

En 2012, le Psycendoc a également fait l'acquisition de l'Encyclopédie Médico-chirurgicale. Psychiatrie, référence francophone en psychiatrie.

A la fois exhaustive et validée, elle répond aux demandes exigeantes des pratiques.

Ses points forts :

- . les pathologies traitées par classes d'âge : de l'enfant à la personne âgée ;
- . des articles centrés sur la pratique clinique ;
- . un contenu permettant d'affiner le choix d'une thérapeutique ;
- . un chapitre consacré à la psychiatrie médico-légale et à l'expertise en plein essor.
- . des articles sur l'histoire de la psychiatrie, des autoévaluations et des cas cliniques.

Plus de 250 articles en **6 volumes** continuellement mis à jour.

En voici la table des matières :

TOME 1 :

Introduction et généralités
 Approche psychanalytique
 Etudes cognitives

Sémiologie

Méthodes d'investigation

Approche familiale

TOME 2 :

NOURRISSON ET ENFANT :

Introduction et généralités

Pathologie

Prise en charge et traitement

Soins institutionnel aux enfants et aux adolescents souffrant de troubles graves et précoces du développement (autismes et psychoses de l'enfance)

ADOLESCENT :

Introduction et généralités

Pathologie

Prise en charge et traitement

ARRIÉRATIONS ET DEFICIENCES MENTALES

TOME 3 :

SCHIZOPHRENIE

AUTRES PSYCHOSES

NEVROSES ET ETATS LIMITES

ADDICTIONS

TOME 4 :

MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE

DEPRESSION ET TROUBLES DE L'HUMEUR

PERSONNALITES PATHOLOGIQUES

SUICIDE

VIOLENCE

GERONTOPSYCHIATRIE

PSYCHIATRIE ET NEUROLOGIE

PSYCHIATRIE ET AFFECTIONS SOMATIQUES

TOME 5 :

URGENCES

SOMMEIL

METHODES ET TECHNIQUES THERAPEUTIQUES EN PSYCHIATRIE

TOME 6 :

METHODES ET TECHNIQUES THERAPEUTIQUES EN PSYCHIATRIE (suite)

PSYCHIATRIE ET ENVIRONNEMENT

PSYCHIATRIE MEDICOLEGALE

DISPOSITIF D'ASSISTANCE, DE TRAITEMENT ET DE PREVENTION

Perspectives pour 2013 :

- Changement de l'organisation matérielle de la Bibliothèque : augmentation du nombre de rayons (les dons de livres reçus ayant considérablement augmentés le volume du fonds).
- Faire connaître davantage le Centre de documentation au moyen d'affiches, de dépliants, de cartes de visites (notamment dans les salles d'attente des SSM, des professionnels de la santé mentale, des médecins généralistes, des Centres de jour, hôpitaux ...).

Rappels :

- Le Psycendoc fait toujours partie du Réseau des 25 Centres de documentation Santé situés sur le territoire de Bruxelles-Capitale et accessibles aux professionnels et au grand public (voir le site www.rbdsanté.be chaque Centre est recensé sous forme de fiche). Dans ce cadre, nous nous sommes rendus à 5 réunions durant l'année, l'occasion d'un bel échange de nos expériences professionnelles.

- Le site de la Ligue est www.lbfsm.be. Un onglet en haut à gauche a été réservé au Centre de documentation Psycendoc.

Renseignements pratiques :

Adresse : Psycendoc (1er étage de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale)

53, rue du Président
1050 Bruxelles (Métro Louise, Tram 93-94, derrière la place Stéphanie)
02 /501.01.20
psycendoc.lbfsm@skynet.be

Horaire : Lundi et mardi de 12h30 à 16h30
Mercredi : de 10h30 à 12h30

Conditions d'accès : Carte de fréquentation

A la journée : 1 euro / Au mois : 3 euros

A l'année : 5 euros étudiants - 15 euros : professionnels - 50 euros : Institutions

Prêt : 5 livres et/ou revues maximum - 0.50 euro par livre et/ou revue pour deux semaines -

Possibilité de faire des photocopies sur place : 0.15 eurocents par photocopie

N.B. : La carte de fréquentation et le prêt sont gratuits pour tous les professionnels des secteurs agréés et financés par la COCOF.

Abonnements en cours au Psycendoc :

Acta Psychiatrica Belgica

Adolescence

Autre. Revue transculturelle

Bulletin freudien

Cahiers Critiques de Thérapie familiale

Cahiers de Psychologie Clinique

Cause freudienne

Champ psychosomatique

Cliniques méditerranéennes

Dialogue

Enfances. Adolescences

Enfances & Psy

Epistoles. Revue du Centre Chapelle Aux Champs

Evolution Psychiatrique

Figures de la psychanalyse

Information psychiatrique

Institutions

Journal Français de Psychiatrie

Journal des Psychologues

Lettre de l'enfance et de l'adolescence Revue du Grape.

L'Observatoire. Revue d'action sociale & médico-sociale.

Mental. Revue Internat. SM & Psychanalyse

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence

Psychiatrie de l'Enfant

Psychiatrie Française

Psychologie clinique

Psychopathologie africaine

Psychothérapies

Psychotropes

Psycorps

Quarto
Revue Belge de Psychanalyse
Revue Française de Psychanalyse
Revue Française de Psychosomatique
Revue Nouvelle
Rhizome
Santé Mentale. Mensuel des équipes soignantes en psychiatrie
Soins Psychiatrie
Thérapie familiale

Et aussi :

Agenda Psychiatrie - ARPP (Assoc. pour la Rech. en Psychothérapie Psychanalytique) - BIS
- Bruxelles Santé - Cahiers de la Santé de la CoCof - Carnet de Notes sur les Maltraitances
Infantiles - Cancer & Psychologie - Carnet Psy - Confluences (Revue de l'Institut Wallon pour
la SM) - CPAS + - Education Santé - Enfants d'Europe - Esprit libre - Grandir à Bruxelles -
Journal du Médecin - Kairos - La Lettre de Psychiatrie française – Mouvement – Neurone -
Prospective Jeunesse. Drogues. Santé. Prévention - Psyché et Psycho-logos - Psytoyens -
Réal - Renouer - Résolument Jeunes -
Santé Conjuguée - Similes Bruxelles / Similes Wallonie / Similes de la Fédération des
Associations Similes Francophones



Services de la L.B.F.S.M.

Au bout du fil...

Deux catégories de public s'adressent à nous :

- professionnels
- grand public

Les professionnels

Il y a d'une part les professionnels de la santé mentale qui recherchent des adresses de lieux d'activités, de services sociaux, d'appartements supervisés pour un usager de leurs services. Si leur demande est souvent précise, cela demande de notre part une parfaite connaissance du milieu associatif bruxellois, connaissance qui se doit d'être constamment réactualisée.

D'autre part, nous recevons de nombreux appels émanant de médecins généralistes, de travailleurs sociaux et de personnes travaillant au sein d'hôpitaux, de services d'aide à domicile, de C.P.A.S., de logements sociaux,... pour lesquels nous devons quelquefois répondre de façon plus détaillée et explicite quant aux différentes possibilités d'offres de soin et d'accompagnement en santé mentale.

Ces professionnels peuvent également trouver chez nous certains textes ou articles de loi faisant référence à la santé mentale.

Le grand public

Que ce soit la personne elle-même - confrontée à de s difficultés de vie ou en grande souffrance psychique – ou son entourage, le grand public fait aussi appel à notre service d'information.

Suite à la lecture d'un article (*sur la dépression, par exemple*), un conseil donné par un membre du réseau familial ou social (« *Ce serait bien que tu en parles avec quelqu'un* »), ceux-ci nous livrent tant le témoignage d'un moment de vie, l'expression d'une émotion perturbante, que leur préoccupation relative au bien-être de leurs proches, leur questionnement sur le sens et l'opportunité de leur démarche.

S'il s'agit de demandes 'ciblées' - l'adresse d'un Service de Santé Mentale, d'un lieu de consultations pour un couple, une famille ou un adolescent, d'un centre de jour pour toxicomanes, d'un service spécialisé en psychogériatrie ... - nous donnerons de multiples renseignements afin que l'« appelant » puisse au mieux choisir son adresse.

Mais il arrive souvent que la demande soit floue, exprimée avec des mots tout venant. Une écoute attentive, un dialogue respectueux permettent de s'accorder sur la signification de ces mots (*par exemple 'un lieu d'hébergement' : est-ce une maison d'accueil, un appartement supervisé, un service hospitalier ?*). Il n'est nullement question de faire une analyse de la demande telle qu'elle se pratique dans les structures d'accueil et de soin ni d'assurer un suivi mais bien d'orienter et de s'assurer que le panel d'informations données est adéquat et compris.

Chaque demande est personnelle et a son histoire. C'est à partir de cette certitude que chaque cas est unique que nous nous devons d'entendre, à son rythme, ce que la personne cherche à nous dire.

Nous les renvoyons toujours vers les lieux appropriés : Services de Santé Mentale, Services d'information juridique, Initiatives d'Habitations Protégées, Associations de Thérapeutes, Services d'aide à domicile, Centres de documentation, Centres de Jour, Centres de Planning Familial, Communautés Thérapeutiques, Médiations familiales, Services d'Aide aux Victimes, Services Sociaux, C.P.A.S., Services d'Aide aux Toxicomanes, Maisons de Repos, Maisons de Repos et de Soins, Groupes d'entraide ... ou encore nous leur suggérons d'en parler à leur réseau déjà existant, au médecin généraliste, au psychiatre qui les suit...

Ce travail de contact avec le public, d'analyse de la demande et de renvoi vers les organismes ou acteurs de terrain est principalement assuré par une assistante sociale, membre de l'équipe permanente.

Le fichier-formations...

Nous avons constitué un fichier présentant les diverses formations pouvant intéresser les professionnels de la santé mentale mais aussi toute autre personne désirant compléter sa formation, ses connaissances ou intérêts initiaux dans ce domaine.

Ce fichier se veut le plus diversifié et le plus exhaustif possible et concerne principalement les lieux de formation se situant dans la région bruxelloise. Il est constamment réactualisé au départ de la documentation reçue et des recherches menées par nos propres services.

« Coup de pouce » à l'emploi...

Depuis de nombreuses années, nous offrons aux personnes qui recherchent un emploi, en particulier dans le domaine de la santé mentale, la possibilité de consulter les offres que nous recevons sur notre tableau d'affichage prévu à cet effet. Ces offres nous parviennent soit directement par l'association en recherche d'un professionnel, soit par le Fax-Info qui paraît chaque semaine et que nous affichons à nos valves. Ces dernières sont consultables de 9h.00 à 16h.30 sans rendez-vous.

Des offres d'emploi, émanant d'associations membres ou partenaires sont publiées dans notre lettre d'info mensuelle voir site : www.lbfsm.be

Michèle DE BLOUDTS

Sommaire

Sommaire

<input type="checkbox"/> Equipe, Conseil d'Administration, Coordinateurs et Personnes-ressources, représentations et participations, ...	p. 3
<input type="checkbox"/> Membres de l'AG	p. 6
<input type="checkbox"/> Activités fédératives	
Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois – F.S.S.M.B.	p. 12
Projet « Recueil de données des SSM »	p. 31
<input type="checkbox"/> Groupes de travail et coordinations	
<u>Groupes de travail</u>	
Pratique clinique avec les justiciables	p. 35
Entre Autruche & Girafe	p. 36
Groupe de travail « Intérêt de l'enfant lors d'une séparation parentale »	p. 37
<u>Coordinations</u>	
Inter-Coordination : rapport commun à l'ensemble des coordinations	p. 38
Coordination Enfance	p. 42
Coordination Adolescence	p. 48
Coordination Personnes Agées	p. 56
Coordination Santé Mentale et Précarités	p. 60
Coordination Urgences (U.C.L. - intersect. Bxl. sud-est / U.L.B.)	p. 63
<input type="checkbox"/> Congrès, Colloques, Séminaires, Journées d'étude...	
1. Evénements organisés et co-organisés par la L.B.F.S.M.	
- PasSage	p. 71
- 3 ^{ème} journée FSSMB « Entre pratique de terrain et action publique, les services de santé mentale et les politiques : quels dialogues ? »	p. 74
2. Participation de la L.B.F.S.M. à des événements extérieurs	p. 76
<input type="checkbox"/> Projets réalisés en partenariat...	
- Psymages	p. 78
- Préparation du congrès Psychose	p. 81
- Préparation du congrès AEPEA	p. 84
<input type="checkbox"/> DEQ	p. 86
<input type="checkbox"/> Outils de communication	
- Mental'idées, le Site, la Newsletter	p. 90
<input type="checkbox"/> Les Services de la Ligue	
- Psycendoc	p.91
- Services de la L.B.F.S.M.	p.97