



Le Gué, centre thérapeutique et culturel A.S.B.L
Chaussée de Roodebeek, 296-300 à 1200 Bruxelles-02/770.53.97
N° Entreprise : 0409.625.159



Rapport d'activités 2015

Introduction

L'année 2015 est, de fait, une année charnière pour le Gué et pour tout le secteur dit des « conventions INAMI », c'est-à-dire celui de la revalidation psychosociale. En effet, cette année a vu notre secteur, via la 6^{ème} réforme de l'Etat, basculer du Fédéral vers les Régions, de l'INAMI vers la COCOM ou la COCOF.¹

Nous ne mesurons pas encore bien aujourd'hui (début 2016) ce que cela va impliquer en termes de changements à apporter à notre pratique sur le terrain puisqu'il est évident que tout changement de cadre institutionnel amène un changement des pratiques.

C'est pourquoi, il nous a semblé essentiel de reprendre ici certains textes² décrivant et définissant la revalidation psychosociale comme nous l'avons créée et fait évoluer depuis la fin des années '60 ainsi que les réflexions qui nous ont traversées, et sont encore, peut-être plus que jamais, d'actualité, au vu de l'évolution sociale et des réorganisations des soins de santé mentale.³

Le Gué est né en 1968, ce qui n'est évidemment pas anodin puisque cette date fait nécessairement référence aux explosions de mouvements divers, culturels, sociaux, politiques de mai '68 dirigés contre la 'société traditionnelle'. Le nom du Gué comme centre thérapeutique et culturel fait bien référence à ce contexte social où la santé qu'elle soit mentale ou non d'ailleurs est indissociablement liée à la société et à sa culture.

Le Gué, comme d'autres structures, l'Equipe ou Antonin Artaud, pour n'en citer que deux, s'est donc créé au sein d'un courant de pensée nouveau, où le handicapé et le 'fou' devaient non seulement être inclus, intégrés dans la société mais où ils représentaient aussi une 'force' pour la société, au minimum sur le plan culturel et artistique. Les handicapés mentaux, les fous avaient l'imagination et la candeur qui manquaient à l'establishment poussiéreux.

Dans ce contexte, la conviction qui portait ces équipes très militantes, était que nous étions libres et égaux, que l'on soit fou ou non – que nous avons tous à apprendre les uns des autres.

Quant à la question de la sécurité, elle ne se posait que peu en interne mais était très présente en ce qui concerne l'extérieur. Pour faire court, pour nous, l'insécurité émanait plus de l'establishment, de la police ou des autorités que de la folie.

En interne, c'était beaucoup plus la prise de risque qui nous occupait – quels risques prenions-nous, pour qui et pour quoi ? Aujourd'hui, le contexte général vise le 'risque zéro', ce qui modifie bien évidemment et malgré nous notre conception du risque puisque tout incident/accident déchaîne les critiques les plus véhémentes et des titres accrocheurs tels que 'plus jamais ça' dans les médias.

Dans ce contexte, viser l'insertion ou la réinsertion sociale de gens qui paraissent 'étranges' ou 'bizarres' n'est évidemment pas facile.

Et que faisons-nous en ces temps là ? Nous accueillons les gens avec le peu de moyens matériels dont nous disposons, nous faisons un bout de chemin de vie avec eux, avec la force de nos convictions et très peu de formation spécifique autre que celle acquise 'sur le tas'.

¹ En ce qui concerne le Gué, c'est de la COCOM dont il s'agit

² dont l'intégralité d'une communication présentée dans le cadre de la journée de la Ligue des Droits de l'Homme « Liberté, Egalité, Sécurité » (Michèle Van den Eynde- Le Gué) – qu'il nous a paru important de reprendre une nouvelle fois en guise d'introduction de ce rapport d'activités, tant il nous semble toujours d'actualité.

³ Voir aussi le « Rapport d'activités du Gué de 2010 » où l'ensemble des réflexions qui y sont incluses restent d'actualité.

Nous avons des diplômes certes mais le 'vivre avec les fous sur un pied d'égalité dans une communauté' ne nous avait pas été appris dans les écoles, il fallait l'inventer en se soutenant des uns ou des autres qui portaient cette parole alternative tant en Belgique, qu'à l'étranger via nos lectures ou nos rencontres.

Nous avons accueilli ceux qui sortaient des hôpitaux après de longs séjours ou qui y retournaient fréquemment faute de pouvoir s'ancrer dans la société et qui se dés-inséraient de plus en plus de la société. Au Gué, spécifiquement nous avons accueilli (et continuons à le faire) en plus du public confronté à des troubles chroniques et complexes de longue durée, ceux que d'autres structures refusaient : les 'à risques', les personnes qui cumulaient maladie mentale et handicap mental, les personnes sous statut de défense sociale, ...

Dans le contexte de notre apprentissage sur le tas, nous avons développé un savoir faire et un savoir être, un savoir rire aussi puisque l'humour est certainement un des éléments moteur pour amener de la vie, de la légèreté, de la 'juste' proximité. Nous avons dû aussi, très probablement commettre des erreurs et nos convictions nous ont peut-être conduits à ne pas toujours être adéquats, c'est vraisemblable mais l'expérience acquise au cours de cette période a été d'une richesse et d'une créativité incomparable tant pour les usagers que pour les travailleurs.

Bref, sans le savoir les travailleurs de ce secteur ont construit les bases d'une conception de soins et d'accompagnement, qui aujourd'hui est devenue centrale dans la nouvelle conception d'organisation des soins appelée communément 'Article 107' : la réhabilitation que notre secteur préfère appeler revalidation psychosociale car le mot réhabilitation peut aussi être synonyme 'd'innocenter', de disculper, de 'remettre dans ses droits après une faute' ce qui nous paraît évidemment hors contexte.

Mais... quelle est l'originalité de la revalidation psychosociale ? Il s'agit d'une manière d'aborder les soins avec la participation active du patient. Les objectifs ne sont pas d'«occuper » la personne ou de la soutenir d'une façon permanente mais bien d'arriver à ce qu'elle reprenne pied dans sa propre existence, qu'elle se réapproprie sa propre vie, en posant des choix autonomes et en réduisant autant que possible ses dépendances institutionnelles ou le recours systématique à des hospitalisations.

A l'instar de nos collègues des autres centres de revalidation, au Gué, notre objectif est donc de remobiliser intensivement le patient- qui chez nous s'appelle 'membre' et pas 'patient' - vers l'acquisition et/ou la récupération de ses compétences relationnelles et sociales pour une inscription maximale, durable, active, citoyenne dans la société, dans des rôles valorisants choisis par elle-même (activité, travail, bénévolat, famille,...), Il s'agit donc de permettre au membre de (re)trouver les compétences à s'autogérer au sein d'un collectif humain et social et d'en être l'un de ses acteurs. Ce qui correspond d'ailleurs à la définition de la réhabilitation que donne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).⁴

Notre travail consiste à travailler tant sur le plan du collectif que de l'individuel. Il s'agit d'organiser et faire vivre un groupe, un collectif, sorte de microsociété qui doit être et rester ouverte à tous et être en lien avec l'extérieur tout en sollicitant et soutenant chaque individu dans son projet propre. Il s'agit donc d'être avant tout créatif et inventif et, si possible d'avoir une bonne dose d'humour parce que cela facilite grandement les choses.

⁴ «permettre au patient de retrouver et de conserver la place qui lui convient le mieux dans la société par la restauration ou l'instauration des habilités, par la consolidation des acquis et la prévention d'une régression de l'adaptation sociale».

Cette pratique est donc « centrée sur le patient », c'est à dire qu'elle se soucie de ses droits, de ses besoins spécifiques, de ses choix et surtout de 'qui il est lui'. Il s'agit d'une approche individualisée et globale de la personne et de sa problématique tant dans ses dimensions sociale, familiale, professionnelle, citoyenne que culturelle et pas seulement médicale.

Cette conception de soins implique donc nécessairement que les équipes fonctionnent en interdisciplinarité et soient pluridisciplinaires : médecin psychiatre, psychologue, assistant social, ergothérapeute, kinésithérapeute, éducateur, artiste mais aussi que le nombre de patients accueillis soit restreint pour qu'une réelle vie de groupe puisse s'instaurer.

Par ailleurs, cela tombe sous le sens, ces centres doivent être eux-mêmes inscrits dans la cité, c'est pourquoi il s'agit généralement de maisons banales, pas ou peu identifiables en tant qu'établissement de soins.

Mais le rôle que jouent les centres de revalidation ne s'arrête pas là puisque leurs missions les amènent nécessairement à entretenir des échanges constants avec l'extérieur. Ils ont donc largement contribué à initier les partenariats, avec les autres acteurs de la santé mentale : hôpitaux et services de santé mentale, ces mêmes partenariats qui aujourd'hui réfléchissent et construisent ensemble la nouvelle forme de l'organisation des soins.

Mais plus encore, ce sont les partenariats avec d'autres champs que ceux de la santé mentale qui ont été construits à l'initiative des centres de revalidation comme ceux du social avec les CPAS et les CASG ou les associations culturelles (pour rappel, le Gué est un centre thérapeutique ET culturel dont le pôle thérapeutique est une convention de revalidation psychosociale et le pôle culturel, une Maison des Jeunes).

Plus loin, ils jouent un rôle dans la 'dé-stigmatisation' de la maladie mentale en menant des actions au sein du public comme, par exemple, l'exposition interactive 'Parcours de fou' (2001) qui a offert, par le biais d'un jeu au sein d'une expo entièrement réalisée par un collectif d'usagers et de professionnels de terrain (sur un pied d'égalité), l'occasion à tout un chacun d'expérimenter les émotions, le vécu, des patients en psychiatrie. Le public était souvent bouleversé à la suite de ce parcours et c'était TRES remuant. Personne, je crois, n'est sorti totalement indemne de cette expérience !

Aujourd'hui, via la réorganisation versus 'article 107' et conformément aux directives européennes centrées sur la réhabilitation comme concept de base de l'organisation des soins de santé mentale, ce sont, notamment, des équipes mobiles qu'il convient de mettre en œuvre sur base de ce concept de 'réhabilitation' pour renforcer l'ensemble des dispositifs existants déjà (hôpitaux, services de santé mentale, centres de revalidation psychosociale, IHP, MSP, etc.)

Mais ici encore, si nous sommes nombreux (professionnels et usagers) à voir le bénéfice direct que ces équipes mobiles pourront apporter, il ne faut pas se leurrer sur les risques de dérives de cette mise en 'réseaux' des soins.

En effet, jusqu'à aujourd'hui les questions liées au secret professionnel dans le cadre des réseaux ne sont pas encore résolues que déjà se profilent de nouvelles questions, que je vous livre telles quelles en guise de conclusion :

- En termes de liberté : Quelle sera la liberté de choix des usagers/patients d'être ou de ne pas être 'suivis' et 'pris en charge' ?

- En termes d'égalité : Quels sens pourront avoir des équipes mobiles 'au plus proche du domicile' des patients si ceux-ci ne peuvent plus avoir de domicile en raison de l'inflation des prix des logements ?
- Quant à la 'sécurité', il conviendra plus que jamais de s'interroger sur cette question. En effet, si nous faisons rimer sécurité avec absence de prises de risques, les réseaux de soins risquent de se transformer rapidement en 'cordons sanitaires' soit par l'exclusion sociale des personnes ayant des troubles psychiatriques soit par la sur-médication d'une frange de plus en plus importante de la population.

La revalidation psychosociale⁵

Définition⁶

La revalidation psychosociale est un processus spécifique de soins visant le rétablissement de la personne souffrant de troubles psychiatriques invalidants afin qu'elle puisse vivre de la manière la plus satisfaisante possible pour elle (mais aussi pour son entourage) dans le milieu de son choix. Il s'agit que chacun puisse être acteur de sa revalidation pour (re)devenir acteur de sa vie et acteur dans la communauté.

Les principaux objectifs thérapeutiques sont donc de remédier à une « désadaptation sociale » liée à une pathologie psychiatrique. C'est-à-dire la prise en charge des situations où la problématique entraîne une altération des fonctions psychiques et relationnelles conduisant à des répercussions sociales négatives (retrait social, perte d'emploi, apragmatisme, conduites sociales inadéquates, conflits intrafamiliaux, manque d'autonomie, marginalisation...).

Sa finalité vise à remobiliser intensivement le patient vers l'acquisition et/ou la récupération de ses compétences relationnelles et sociales pour une inscription maximale, durable, active, citoyenne dans la société. Ce qui correspond à la définition de la réadaptation psychosociale que donne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS): «...permettre au patient de retrouver et de conserver la place qui lui convient le mieux dans la société par la restauration ou l'instauration des habiletés, par la consolidation des acquis et la prévention d'une régression de l'adaptation sociale ».

Il s'agit donc de soins « sur mesure », au plus proche de la vie du patient, d'une approche :

- Intensive et temporaire (limitée dans le temps mais dont la durée doit être suffisante pour que les acquis soient 'exportables' et puissent perdurer après la prise en charge)
- Spécifique où il s'agit de développer des stratégies d'intervention (personnalisation et adaptation des interventions)
- Axée sur le repérage, le soutien et le développement des compétences et des aptitudes
- Individualisée dans un cadre collectif (bain relationnel complexe)
- Qui agit sur l'environnement, notamment contre la stigmatisation.

Les présupposés principaux de ce processus spécifique sont :

- Qu'il existe en chaque individu une motivation à développer des compétences dans divers domaines de la vie pour reprendre pied dans sa propre existence

⁵ Michèle Van den Eynde

⁶ Définition basée notamment sur 'Le Secteur de la Revalidation Psychosociale pour Personnes Adultes souffrant de Troubles Psychiatriques » (Conventions 7.72) - Juin 2006

- Qu'il existe en chaque individu des capacités d'apprentissages et que les individus sont capables d'y avoir recours pour mieux s'adapter à leurs propres besoins et à leurs environnements.
- Qu'il existe des possibilités d'interactions entre l'environnement (famille, communauté, culture, emploi, société et organisation politique) et la personne, qui permettent un certain ajustement entre les deux sous l'action de l'un et de l'autre.

Les objectifs intermédiaires de la revalidation psychosociale impliquent :

- L'expérimentation du bien-être psychologique
- La réduction des effets négatifs des maladies et traitements
- L'expérimentation des compétences personnelles
- L'expérimentation des compétences sociales
- L'appui sur l'environnement personnel et professionnel
- La réduction des stigmatisations et discriminations



Moyens nécessaires pour la mise en œuvre du processus de revalidation psychosociale

- **Le lieu** : structures de soins (centres de jour, de nuit ou de jour et nuit) insérées dans le tissu social de la cité (maisons banales) et dont la vie collective interne s'ouvre et se lie à la vie sociale extérieure.

De la même manière, une attention particulière est portée à la décoration et à l'entretien des locaux pour leur donner un aspect pimpant et conférer aux lieux, une ambiance conviviale et chaleureuse.



- **Le contexte général** doit se fonder sur l'inscription volontaire⁷ de la personne dans une prise en charge, et :
 - Viser l'autonomisation sociale optimale de la personne, y compris, professionnelle (formation, emploi, bénévolat) lorsque cette perspective est envisageable et souhaitée par la personne
 - Permettre l'expérimentation d'un « vivre ensemble » (bain relationnel) au quotidien en mettant en œuvre des conditions se rapprochant le plus possible des conditions de vie non institutionnelles
 - Offrir la possibilité aux usagers d'effectuer des choix à plusieurs niveaux (projets individuels et collectifs, activités, etc.)
 - Impliquer la participation active de la personne à son processus de revalidation psychosociale
 - Favoriser la symbolisation en utilisant, outre la mise en mots, différents modes de communication non verbaux (sensorialité, mouvement, geste créateur, gestuelle de communication, ...)
 - Viser la modification ou l'adaptation de l'environnement social (voire sociétal)
- **L'équipe** est nécessairement pluridisciplinaire⁸ et travaille en interdisciplinarité⁹

Chaque intervenant se doit d'être positif, optimiste et de croire aux potentialités de l'usager. Il est présent, attentif et disponible dans le 'quotidien' du centre. Il personnalise et adapte ses interventions en fonction de chaque usager tout en veillant à la dynamique générale du groupe en tant que bain relationnel positif et bienveillant.

Il se fonde sur l'histoire de l'usager comme celui-ci la relate, reconnaît et stimule les compétences personnelles de l'usager, le reconnaît dans sa singularité et son altérité, envisage et stimule celui-ci comme acteur de sa vie et donc aussi de sa revalidation.

Ceci implique que chaque intervenant accepte :

- De procéder par essais / erreurs d'interventions
- D'être un accompagnateur
- Les rechutes éventuelles (la revalidation est un processus qui peut se révéler déstabilisant en raison de la nécessaire (re)mobilisation intensive de l'usager).

➤ **Le cadre administratif/ les modalités de subventions**

Le cadre administratif nécessaire à la mise en œuvre de la revalidation psychosociale doit forcément tenir compte des impératifs de mise en place du processus et notamment :

- Garantir le maintien d'une équipe stable, avec un personnel en nombre suffisant et formé

⁷ Remarque : lorsqu'il existe des contraintes extérieures (cf. conditions de sorties à l'essai dans le cadre de la défense sociale, exigences des familles et des lieux d'hébergement, ...), des modalités spécifiques sont mises en œuvre afin de permettre à l'usager de poser un acte volontaire quant à son inscription au centre.

⁸ Ergothérapeute, kinésithérapeute, artiste, psychologue, psychiatre, éducateur, assistant social, etc.

⁹ La pluridisciplinarité aborde un objet d'étude selon les différents points de vue de la juxtaposition des regards spécialisés. L'interdisciplinarité met en place un dialogue et des échanges entre les disciplines. Il ne s'agit plus d'une vision morcelée mais d'un enrichissement à partir des différentes disciplines.

- Des locaux adaptés (maison banale) inscrits dans la cité
- Permettre une prise en charge temporaire mais d'une durée suffisante
- Permettre de maintenir les acquis d'inscriptions sociales préexistants à la prise en charge (cf. garder le médecin psychiatre traitant)
- Inclure dans le temps de prise en charge au quotidien, certaines démarches « hors les murs » comme la mise en ordre administrative ou le droit de visite aux enfants, ...
- Autoriser les interactions avec l'environnement (sortir des murs) et le travail en partenariat avec différents secteurs : santé mentale, culture, emploi, social,...
- Maintenir des diversités de structures de revalidation avec des projets thérapeutiques différents, ce qui permet aux patients de poser des choix mais aussi d'éviter autant que possible les exclusions de certains patients de cette offre de soins
- Garantir le traitement simultané de patients ayant des problématiques variées (diagnostics différents) avec ou sans co-morbidité afin que le groupe soit hétérogène
- Soutenir les actions permettant d'agir sur l'environnement, de lutter contre la discrimination (Expositions artistiques, collectifs de réflexion d'utilisateurs, etc.)
- Favoriser les partenariats qu'ils soient dans le champ de la santé mentale, du social, du culturel, ... Il convient donc que le cadre du personnel permette de faire (aussi) du travail « hors les murs » = tenir compte du temps nécessaire aux partenariats.
- Elargir la liste des diagnostics autorisés : ouvrir à de nouveaux diagnostics afin de suivre l'évolution sociale et l'émergence de nouveaux problèmes psychiatriques, comme par exemples, les conséquences de l'exil ou de stress post-traumatiques. Assouplir le cadre actuel.



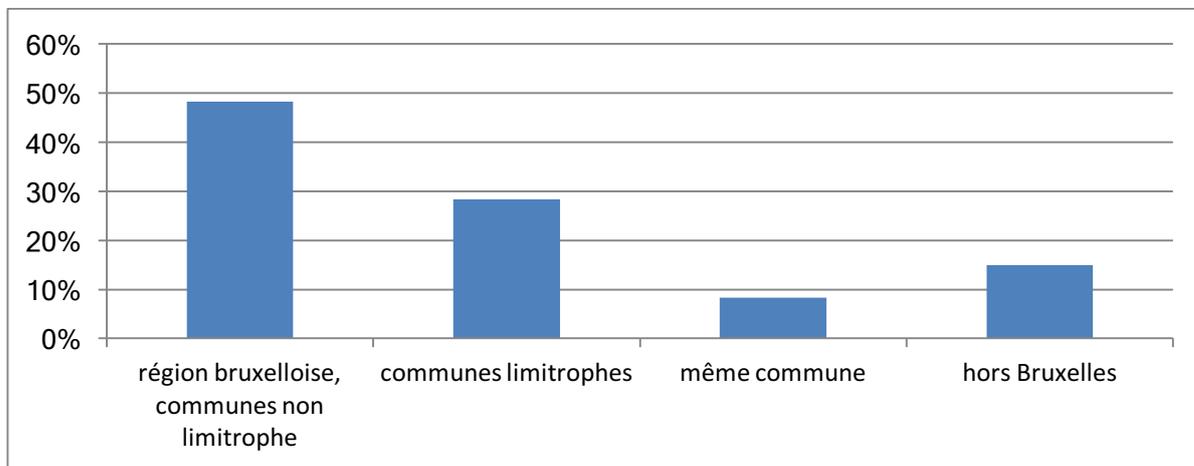
A ce sujet, nous pouvons relever que dans le rapport du secteur Santé établi par la COCOM suite à la concertation avec les travailleurs du terrain, les constats suivants ont été exprimés :

- Durée des interventions prévues pas toujours en lien avec les besoins
- Difficultés de prises en charge du public hors assurabilité
- Interdiction de cumul entre centres de même type
- Difficultés de recrutement de certains prestataires (médecin psychiatre, infirmier,...)
- Pas de méthodologie d'évaluation claire et transparente – piste de solution : développer des indicateurs de qualité
- Polyvalence des interventions en amont, en aval et en parallèle du traitement.
- Ces centres (conventions INAMI) impliquent de facto un travail important en réseau, on parle de développer un métier d'accompagnateur des patients pour faire le lien avec les autres structures, permettre un meilleur accès, dont notamment au logement, au travail.

Statistiques 2015¹⁰

Remarque préalable: Les données reprises représentent des tendances constantes, en tous cas pour la période 2000-2015.

➤ Notre centre s'adresse principalement à la population de la Région Bruxelles-capitale :



L'implantation « locale » du centre est bien une réalité. Par ailleurs, cette est particulièrement bien desservie en transports en commun et facilement accessible.

Notons que la catégorie « hors-Bruxelles » concerne :

- Des personnes domiciliées dans des communes limitrophes à la commune ou à la région, mais situées en Flandre (Vilvoorde, Kraainem, Woluwe-Saint-Etienne,...)
- des personnes encore domiciliées dans une autre région, mais ayant migré vers Bruxelles pour y trouver une offre de soins adaptée.

➤ Notre convention (ex-INAMI) fixe une capacité maximale de 22 personnes par jour et 5.001 forfaits journaliers par an.

En restant dans ces limites, nous pouvons moduler les programmes individuels et, par exemple, admettre des prises en charge à temps partiels, donnant à la personne la possibilité de maintenir et/ou développer un ancrage social, de façon progressive, dans le cadre de son programme de revalidation.

Le nombre de personnes prise en charge annuellement par le centre est d'à peu près 60 (62 en 2015). Le nombre de demandes (d'admission) qui nous sont adressées est également stable (autour de la centaine).

➤ Le rapport entre le nombre de demandes et le nombre d'admissions effectives s'est situé, durant ces 15 dernières années, entre 30 et 40%, à deux exceptions près (2005 et 2012)

En 2015, 108 personnes ont fait une demande d'admission et 37 d'entre elles ont été admises, soit un « taux d'admission » dans les normes (34%).

La procédure d'admission comprend un entretien et une journée d'essai. Le délai entre ces deux étapes et l'admission peut être bref, ce qui correspond à notre volonté d'être à même de proposer un

¹⁰ Patrick Fabry

accueil à bas seuil, lorsque cela est nécessaire.

Les procédures qui n'aboutissent pas à une admission effective sont en grande majorité le fait des candidats eux-mêmes, qui, après avoir été informés de la teneur de ce type de prises en charge, préfèrent renoncer et éventuellement chercher une autre forme d'aide. Ce en quoi nous les assistons, dans la mesure du possible.

Certaines demandes ne peuvent aboutir pour des raisons uniquement « administratives ». Par exemple, notre convention « ex-INAMI » n'autorise pas la prise en charge de patients faisant déjà l'objet d'une prise en charge dans une autre structure conventionnée. Ainsi, une personne résident dans une structure d'hébergement « INAMI » ne peut être admise dans un centre de jour.

Cet exemple illustre comment des partenariats nécessaires aux patients s'avèrent malheureusement impossibles, alors même que leur principe est au cœur de la réforme des soins en santé mentale (dite 107). Ceci est d'autant plus regrettable que les manques en matière de logements adaptés et compatibles avec un programme de revalidation retardent les sorties d'hôpital pour de nombreux patients et prolongent les procédures d'admission.

D'autres refus sont liés au statut des candidats (pas de couverture mutuelle ou autres).

Enfin, un nombre croissant de personnes ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge car elles présentent des troubles non inclus dans les nomenclatures admises par notre convention. Et même, dans certains cas, non reprise par le manuel DSM, qui sert de jusqu'ici référence. Nous pensons notamment à la problématique du « burn-out » ou encore à celles liées aux bouleversements sociaux actuels (crise économique, paupérisation, immigration, attentats,...).

De façon plus large, les liens entre des données socio-économiques et l'occurrence des troubles mentaux¹¹, ainsi que la particularité de notre région à ce sujet ont déjà été relevés par ailleurs:

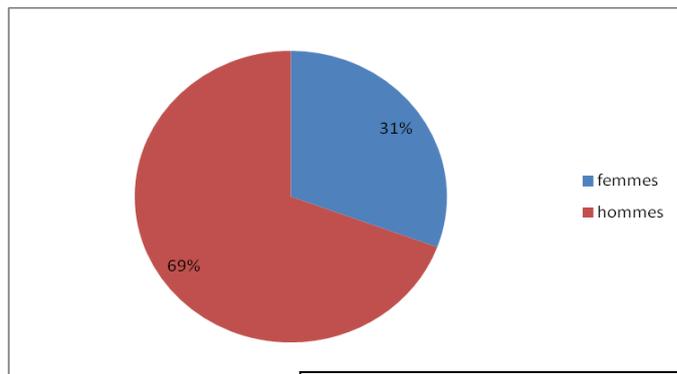
*« Les troubles mentaux sont la première cause d'invalidité chez les bruxellois »
« Le taux d'admission pour schizophrénie et autres troubles psychotiques est beaucoup plus élevé pour les Bruxellois que pour les habitants des autres régions »
« Parmi les facteurs associés à une fréquence plus élevée de psychoses on retrouve la précarité socio-économique et une moindre cohésion sociale »
« La fréquence de psychose est aussi plus élevée dans certains groupes de migrants (études menées aux Pays-Bas et au Royaume-Uni) »*

*Voir : Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise, 2010,
Commission Communautaire Commune de la Région Bruxelloise*

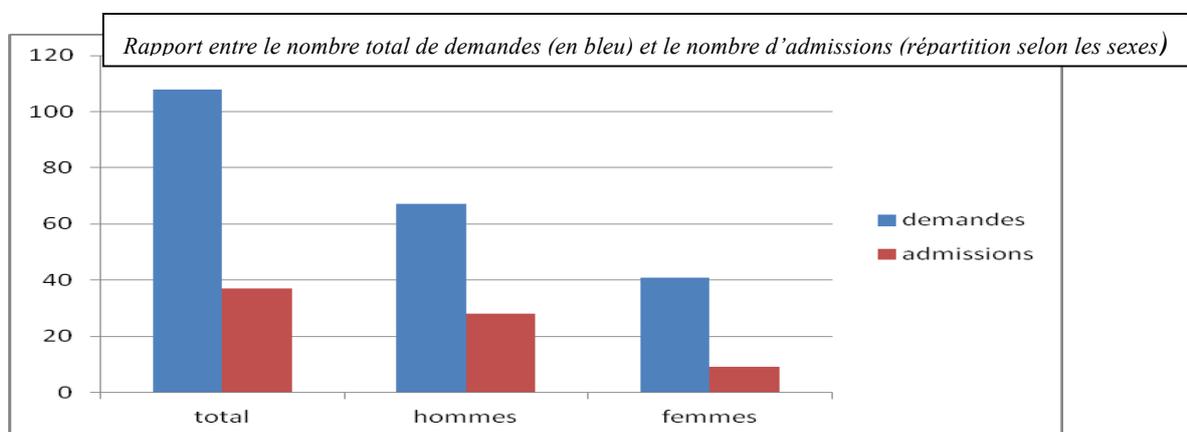
Notre projet thérapeutique a pour objectif d'être le plus accessible possible et en phase avec les besoins actuels de la population. Dès lors, nous estimons que les contraintes actuelles de notre convention, décrites ci-dessus, doivent pouvoir être dépassées (ou pour le moins mieux adaptées à ce contexte spécifiquement bruxellois).

¹¹ Notons par exemple que, dans une très large majorité, les personnes prises en charge dans notre centre bénéficient du statut BIM ou OMNIO (71% en 2015).

➤ Toujours en ce qui concerne le « taux d'admission », notons que les femmes, qui sont déjà moins nombreuses à se présenter à l'admission, renoncent également plus souvent à leurs candidatures. Ceci se traduit évidemment dans la répartition hommes/femmes des prises en charge effectives :



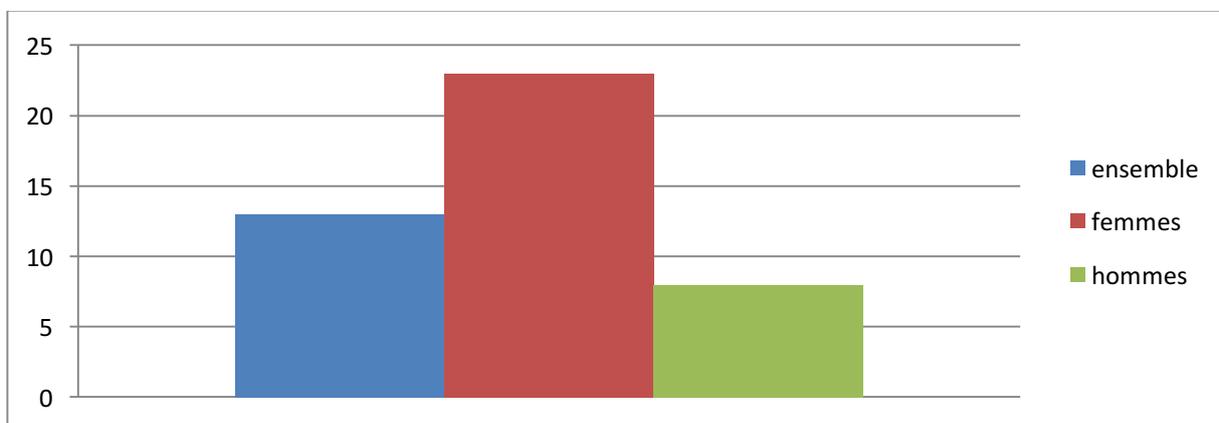
Prise en charge 2015 : Admis en 2015 + déjà pris en charge en 2014



En résumé, il apparaît donc que nous prenons en charge une majorité d'hommes, les femmes étant moins nombreuses à nous adresser une demande et plus nombreuses à ne pas aller jusqu'au bout de la procédure d'admission.

Cette tendance s'est « tassée » durant ses dernières années, mais reste néanmoins prégnante.

Les durées moyennes de prises en charge expliquent en partie ce « tassement » : elles sont nettement plus élevées pour les femmes.



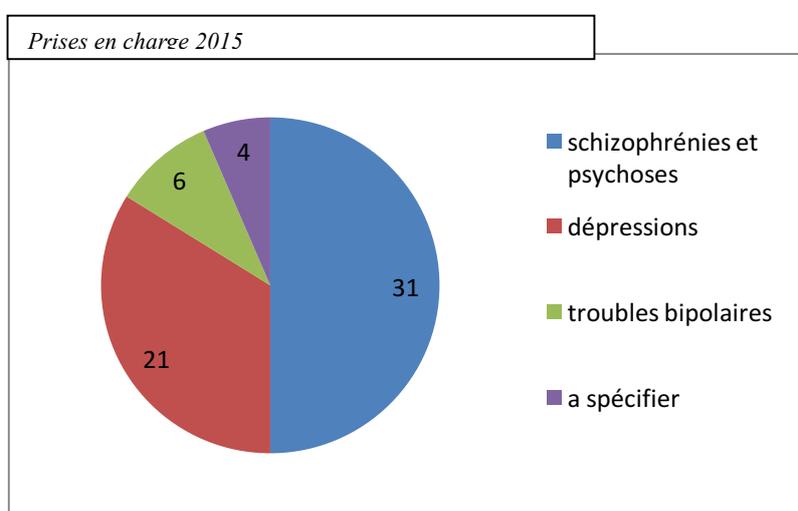
Départs en 2015 : durées moyennes de prises en charge

Pour l'ensemble de la population, la durée moyenne des prises en charge est de 13 mois.

Relevons toutefois que, parmi les 33 départs en 2015, 19 sont survenus moins de 6 mois après l'admission (58%). Or, notre projet thérapeutique initial est basé sur une durée optimale se situant entre 6 mois et 2 ans. Les raisons de cette évolution font l'objet de plusieurs hypothèses et modifient évidemment notre pratique.

➤ Comme nous l'indiquons plus haut, notre convention « ex-INAMI » limite nos interventions à certaines pathologies.

Dans l'état actuel des choses, les personnes s'adressant à nous manifestent majoritairement deux types de troubles :



Cette répartition des diagnostics fait écho aux données du « Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise » publié en 2010 : « La dépression est l'un des troubles de santé mentale les plus fréquents » et d'autre part « Le taux d'admission pour schizophrénie et autres troubles psychotiques est beaucoup plus élevé pour les Bruxellois que pour les habitants des autres régions »¹²

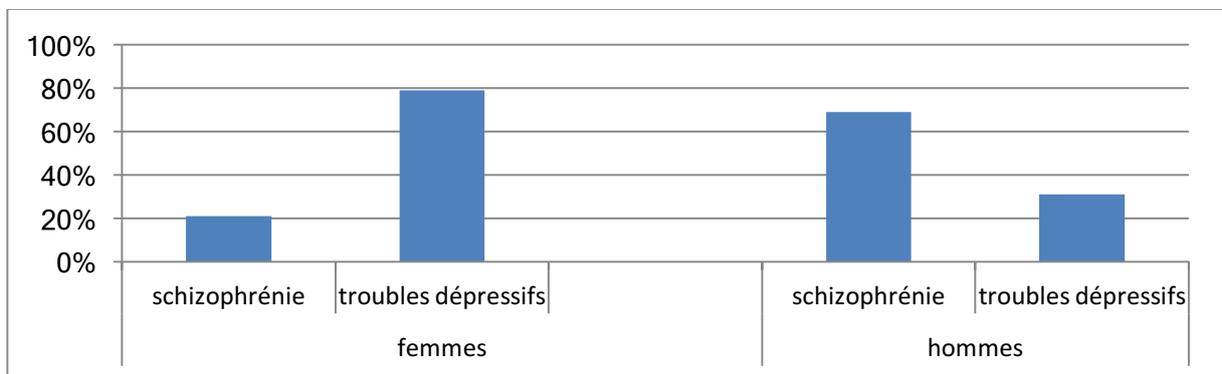
En ce qui nous concerne, cette répartition entre schizophrénie et troubles dépressifs reste stable d'une année à l'autre. Il est toutefois à noter que les troubles dépressifs tendent à augmenter au sein de notre population, ce qui pourrait être mis en rapport avec une augmentation des facteurs de stress dans notre société et particulièrement dans les « grandes villes ».

¹² Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise, 2010, Commission Communautaire Commune de la Région Bruxelloise

Au sein de ces deux grandes catégories, ce sont les axes spécifiés qui varient parfois d'une année à l'autre.

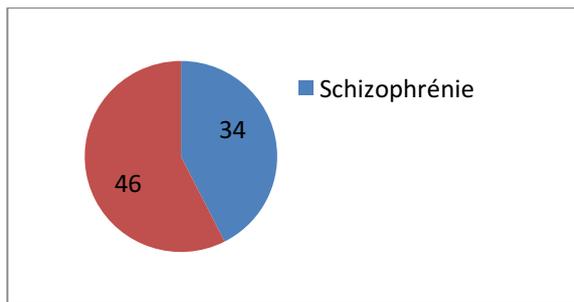
<p><u>À titre d'information :</u> <u>Spécifications en 2015</u></p> <p><u>schizophrénie</u> schizophrénie de type paranoïde, épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes schizophrénie de type paranoïde, épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes schizophrénie de type désorganisé, épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes schizophrénie de type indifférencié -> continue</p> <p><u>psychose</u> Trouble psychotiques non spécifié</p> <p><u>troubles dépressifs</u> troubles dépressifs moyens sans caractéristiques psychotiques troubles dépressifs majeurs récurrents sans caractéristiques psychotiques troubles dépressifs majeurs récurrents avec caractéristiques psychotiques troubles bipolaires I, léger ou moyen, épisode le plus récent : maniaque sans caractéristiques psychotiques troubles bipolaires I, sévère avec caractéristiques psychotiques</p>

➤ La répartition en fonction des diagnostics (2015) est également liée à l'âge et au sexe :

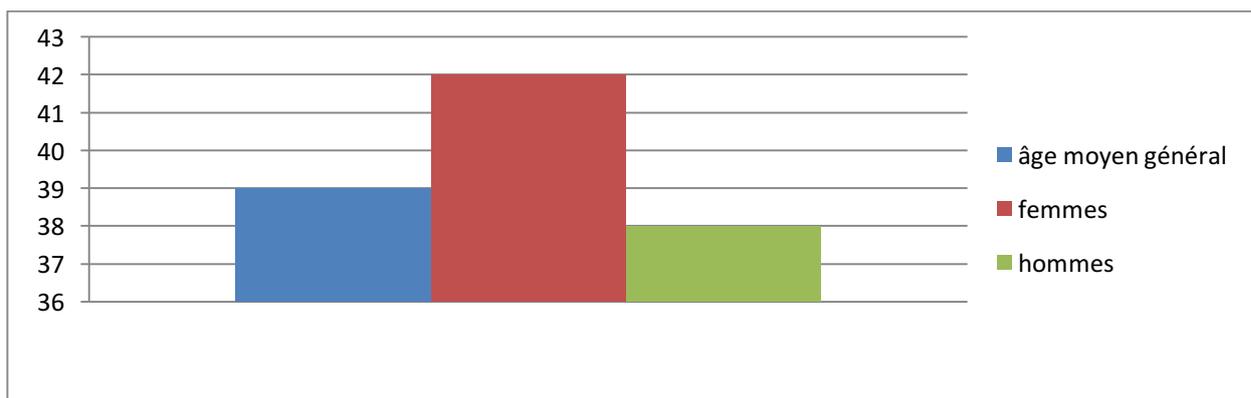


Les prises en charge concernent donc plus souvent des hommes souffrant de schizophrénie et des femmes atteintes de troubles dépressifs.

En même temps, la moyenne d'âge des personnes souffrant de dépression, prises en charge dans notre centre, est plus élevée et il en va de même pour la moyenne d'âge des femmes.



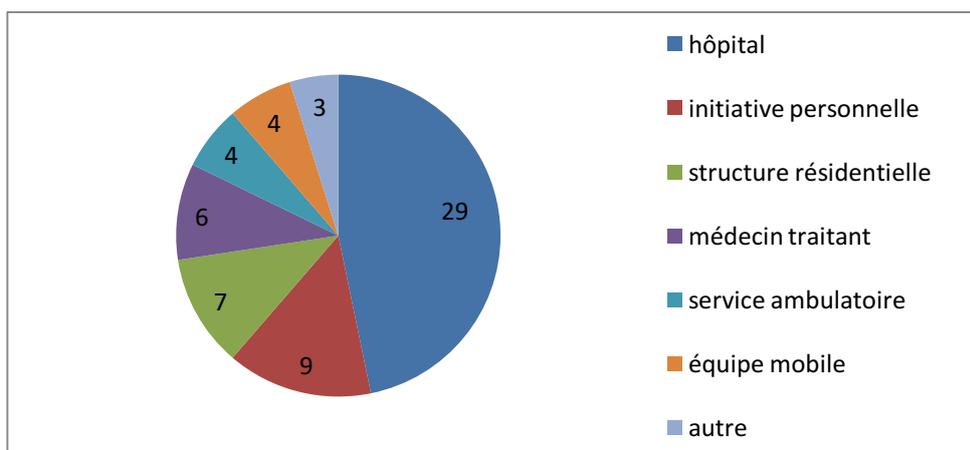
2015 : âges moyen en regard des diagnostics principaux



Les études montrent que les troubles dépressifs touchent plus souvent les femmes, alors que les hommes sont plus nombreux à souffrir de troubles schizophréniques.

➤ Les personnes prises en charge souffrent de troubles graves, dont les symptômes les plus invalidants sont stabilisés au moment de l'admission. Elles éprouvent toutefois des difficultés à s'insérer ou se réinsérer dans la société, et formulent une demande de revalidation psycho-sociale pour résoudre ces difficultés.

Majoritairement, ces personnes ont été prises en charge dans une autre structure de soins, avant de s'adresser à notre centre :



Ainsi, en 2015, 62 personnes ont été prises en charge. Pour 29 d'entre elles, la demande en revalidation s'est faite au départ d'un hôpital psychiatrique ou du service psychiatrique d'un hôpital général. En additionnant à ce nombre les demandes adressées via un autre type de services de soins (ambulatoire, médecin traitant, etc.), nous atteignons le nombre de 50 (79% des prises en charge).

✚ Nos prises en charge sont individualisées. Chaque personne, outre sa symptomatologie, vient avec une histoire, un environnement,... qui lui sont propres.

À partir de tout cela, nous établissons avec lui un projet de vie qui va aussi différer d'une personne à l'autre. Certains viseront l'insertion dans une activité professionnelle ou assimilé : formation, bénévolat,... d'autres ont besoin de s'inscrire dans un processus qui leur permet de se stabiliser dans leur milieu (famille, quartier,...), en évitant ainsi le phénomène des ré-hospitalisations successives.

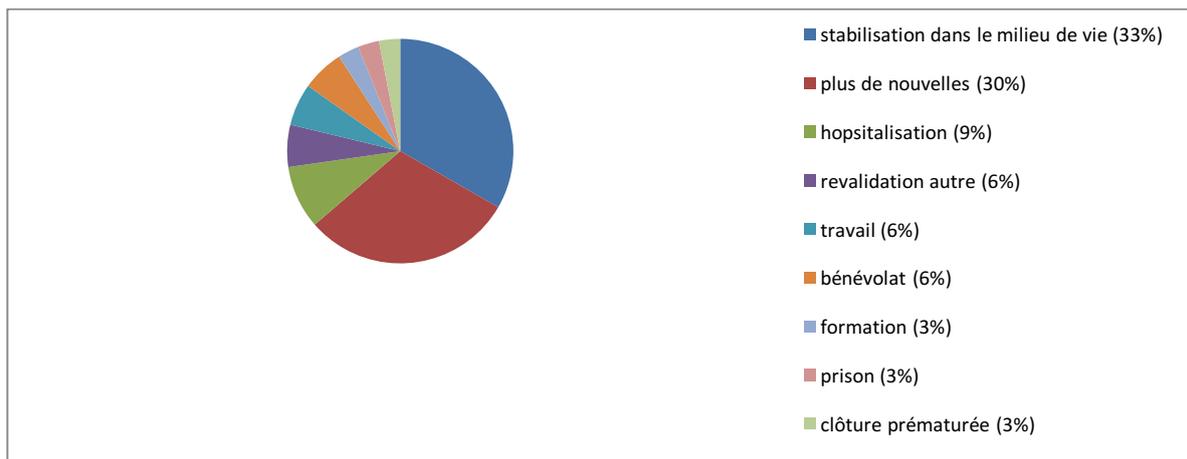
Les prises en charge sont globales : la revalidation portera à la fois sur les aspects psychiatriques, sociaux, familiaux. Elle visera une stabilisation « extrahospitalière » en même temps que la recherche d'activités sociales valorisantes.

L'interprétation des données relatives à la « sortie » doit tenir compte de cette complexité. Comme elle doit également tenir compte d'une éventuelle progression « en plateau », qui entraînera éventuellement une ré-hospitalisation, sans que celle-ci doive être considérée comme un échec, mais plutôt comme un moment de répit, dans un programme de revalidation souvent exigeant pour les personnes qui le suivent.

Chaque année, un nombre important de personnes estiment être en mesure de mettre fin à leur programme, mais ne nous donnent par la suite aucune information quant à la réussite (ou l'échec) de leur projet de revalidation. Nous ne disposons pas des moyens nécessaires pour mener des évaluations « post sorties ».

D'une année à l'autre, les tendances majoritaires quant au devenir à la sortie restent la « stabilisation dans le milieu de vie » et « l'absence d'information après la sortie ».

Il en va de même en 2015 :



Mais, rappelons-le, il est trop schématique d'opérer des classements en fonction de catégories lapidaires, alors que nous parlons de réalités humaines, donc fatalement complexes...

Un Centre de Jour, pour quoi ?¹³

Au-delà de la demande spécifiquement relative au soin de revalidation psychosociale, il est intéressant de se pencher sur ce que les patients nous disent de leurs attentes lors de la procédure d'admission et sur quoi porte « leur » revalidation psychosociale. Il faut rappeler que c'est à partir de leurs demandes que nous envisageons leur admission au centre pour leur permettre de travailler sur leurs difficultés.

Pour l'année 2015, sur 34 candidatures qui ont abouti à une prise en charge, 6 types de demandes récurrentes ont pu être isolés et permettent une « photographie » de ce que les patients attendent du Centre de Jour (plusieurs demandes par personne peuvent évidemment être formulées):

- 1) Rencontrer des gens, ne pas être seul...
- 2) S'occuper, faire des activités...
- 3) Bouger, avoir un rythme de vie, sortir de chez soi...
- 4) Demandes plus spécifiques : aller mieux, retrouver l'autonomie, se stabiliser, se soigner, retrouver confiance en soi, trouver une direction, se structurer...
- 5) Trouver un travail, une formation...
- 6) Demandes associées à des tiers (médecin, familles...), conseils, contraintes...

Types de demandes	1	2	3	4	5	6
Nombre/34	21	18	14	16	12	20

A la lecture de ces chiffres, il apparaît que souvent (20/34) les candidats viennent au centre suite à un conseil plus ou moins appuyé de leur entourage médical ou familial, ou encore suite à une obligation de fréquenter un centre de jour (postcures, contraintes). Dans ces cas, la demande initiale peut être celle d'un tiers qui peut elle-même déteindre sur le discours du candidat.

Ensuite, comparer ces demandes à travers le temps permet de lire ces chiffres avec un plus grand recul et d'intégrer un contexte évolutif lié une certaine époque ou à une génération. Comme point de départ, nous avons choisi l'année 1995 qui est la première année après notre nouvelle convention INAMI.

	Types de demandes	1	2	3	4	5	6
1995	Nombre/34	4	21	2	4	12	17
2000	Nombre/34	14	21	6	9	11	19
2105	Nombre/34	21	18	14	16	12	20

Il faut rester prudent et ne pas déclarer de grandes vérités à partir de ces chiffres notamment parce qu'ils sont basés à partir de notes prises par différentes personnes à travers le temps.

¹³ Matthias Vanneste

Néanmoins voici ce qui semble se dégager :

1. Les personnes candidates nous disent vouloir rencontrer des gens ou ne pas être seules beaucoup plus aujourd'hui (21/34) que par le passé (4/34).
2. La demande à « s'occuper », « faire quelque chose de leurs journées » reste fort présente et stable à travers le temps.
3. Les candidats manifestent sensiblement plus leur désir de « bouger », « avoir un rythme de vie » en 2015 que pour 1995 et 2000.
4. De manière générale, les demandes se diversifient au fil du temps.
5. Les demandes liées à l'emploi ou à une formation sont constantes et il faut les entendre plus comme projets de vie, donc après le centre de jour.
6. La remarque formulée plus haut sur la 6^{ème} catégorie reste valable pour les années 1995 et 2000.

Le quotidien¹⁴

Dans la prise en charge telle que la conçoit le Gué, le médiateur thérapeutique prend toute sa place dans le quotidien.

Ce quotidien est inspiré des thérapies institutionnelles qui considèrent que c'est l'institution, dans son ensemble, qui engendre une action thérapeutique. Dans ce sens, l'institution cesse d'être le lieu où l'on est soigné pour devenir le lieu par lequel on est soigné.

Jour après jour, un processus unique se répète mais pas de la même manière. Ce qui se répète quotidiennement, c'est la création d'un groupe composé pratiquement des mêmes personnes ayant des interactions singulières.

« Interaction », en ce sens le quotidien, se situe en opposition à « l'inaction ». S'inscrire dans le quotidien c'est faire, produire de la communication, qu'on le veuille ou non.

C'est être dans l'ici et maintenant, c'est immédiat et toute action aura des effets instantanés sur la réalité de l'autre, du groupe.

Le quotidien se construit donc comme un lieu de vie, d'échanges relationnels entre membres (Usagers, Patients), animateurs et stagiaires (Equipe) et permet au groupe, à la communauté de prendre forme. Les membres de cette communauté sont considérés dans leur individualité comme sujets responsables. Cette notion est à considérer en opposition à celle d'un patient qui serait l'objet du savoir des travailleurs.



Dans le même registre, le travailleur ne se positionne pas en fonction de sa « spécialité, son diplôme mais en fonction de son statut dans la journée : « Permanent », « animateur d'activités », ce rôle pouvant varier de jour en jour.

Le travailleur est donc quelqu'un qui doit continuer à se définir socialement et non quelqu'un dont le rôle social est prédéfini comme celui du spécialiste qui sait tout sur le trouble psychiatrique et la manière de le soigner.

Cette manière de faire apporte à chaque membre des possibilités d'identification, de réappropriation de soi et de sentiment d'appartenance à un groupe, à une communauté, ce qui peut servir de base, de tremplin pour la récupération des compétences de socialisation et d'autonomie.

Ceci implique qu'il faut toujours tenir compte, en fin de prise en charge, que celle-ci nécessitera un certain travail d'acceptation de la perte de ce lieu et de ce groupe, de la vie en communauté.

Afin d'organiser notre travail dans l'optique décrite ci-dessus, nous avons défini notre cadre de prise en charge autour de différents moments de la journée (structuration du temps), accueil, activités,

¹⁴ Sur base d'un texte de Claude Penninckx.

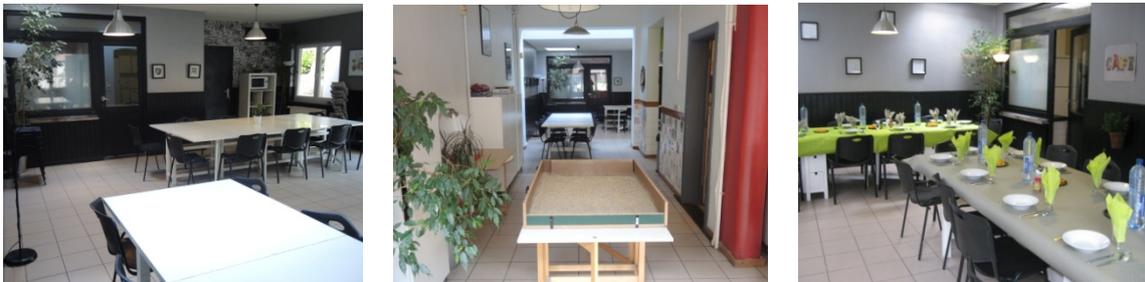
moments intermédiaires où interviennent des personnes distinctes : animateurs d'activités/d'ateliers et permanents qui assurent le déroulement de la journée.

Le bain relationnel ambiant (communauté thérapeutique) intègre aussi, évidemment, les autres travailleurs présents (assistant social, travailleur assurant la maintenance, direction, médecin psychiatre, assistante administrative, direction) mais ceux-ci n'ont pas de rôle prédéfini dans le quotidien.

Les permanences¹⁵

Les permanents, au nombre de deux par jour (un homme, une femme) sont en quelque sorte les « balises » de la journée. Ils assurent le bon déroulement de la journée (gestion du quotidien, veillent à la dynamique du groupe tout en étant attentifs à chaque membre dans son individualité.

Présents tout au long de la journée, ils possèdent l'histoire de celle-ci et celle des jours précédents grâce au carnet de bord remplis quotidiennement par les différents binômes de permanents, ce qui permet la cohérence des interventions.



Leurs interventions se situent tant au niveau du respect des normes pratiques de la vie commune (respect des locaux, hygiène,...) qu'au niveau des relations interpersonnelles. Ils sont disponibles pour tous tant au niveau collectif (gestion du groupe, de son ambiance) qu'individuel, notamment, si nécessaire, par des entretiens de soutien pour l'un ou l'autre membre.

Ils sont également attentifs à encourager les membres à entrer en relation avec les autres, à participer aux activités ou à les interroger sur le sens de leur non participation aux activités ou sur leur position de retrait par rapport au groupe. Ils seront attentifs aussi au bien-être psychique, c'est une évidence, mais aussi physique de chaque membre : se nourrir, boire, temps d'exposition au soleil l'été, habillement adapté à la saison, etc. Le cas échéant, ils interpellent les membres à ces sujets afin d'attirer leur attention sur ces notions de base mais aussi pour vérifier que chacun dispose bien des moyens nécessaires à une vie décente et ce, tant sur le plan financier que de leur autonomie ou de leur état psychique.

Le rôle des permanents est complexe car il s'agit de 'veiller à' et parfois de 'veiller sur' sans pour autant surveiller, de faire des interventions sans pour autant être interventionniste, d'être sans arrêt dans la relation tout en passant pour la 3^{ème} fois consécutive la serpillière dans les toilettes inondées et de garder tout au long de la journée le sens de l'humour propre au Gué pour déjouer les tensions naissantes et créer la proximité relationnelle indispensable pour mener à bien nos missions.

¹⁵ Sur base d'un texte de Claude Penninckx

Les activités¹⁶

Chaque matin et chaque après-midi, une activité est proposée. Elles sont assurées par les animateurs qui les élaborent en fonction de leurs compétences, intérêts et spécificités mais aussi, en fonction du groupe de membres du moment.

Elles peuvent prendre des formes et contenus les plus divers, qu'elles soient artistiques, sportives ou culturelles. Le planning de la semaine veille à répartir les activités pour que chaque membre puisse y trouver son compte et pour qu'il y ait un certain équilibre entre activités physiques, intellectuelles ou artistiques, entre activités calmes et plus « agitées ».



Le but des activités est certes de remobiliser la personne, de lui permettre de se (re)mettre en action mais pas seulement ... Les activités sont aussi des « supports » à la relation. C'est une autre façon d'être ensemble que celle du quotidien, celle du « faire » et du « faire ensemble ».

De reprendre conscience de ce qu'on est capable de faire soi mais aussi de comment articuler son action à celle de l'autre. De réapprendre à écouter, par exemple, des consignes, les comprendre et les mettre en œuvre, notamment en ce qui concerne les sports (volley, ping-pong, les jeux de société, ...) mais aussi les techniques relatives aux ateliers artistiques. (Ré)expérimenter sa capacité à fixer son attention sur un sujet, (re)trouver le goût du débat, des échanges de vue, de chercher de la documentation sur un thème (C.R.I., réunion des membres,...) etc.



Par ailleurs, les activités permettent aussi de structurer la journée et la semaine, elles permettent d'anticiper sa journée mais nécessitent aussi, pour certaines, de s'y préparer et prévoir comme pour le volley, la piscine, ou le ping-pong, des vêtements, un maillot ou des chaussures ad hoc.

Pour autant, l'un des objectifs prioritaires des activités est de permettre aux membres de retrouver du plaisir, plaisir à faire, plaisir à être ensemble, plaisir à créer, plaisir à être en faisant ensemble.

Il ne s'agit pas de viser la réussite, un résultat en termes de production mais de privilégier le processus, la remise en mouvement, la reconquête de soi, de ses compétences et le plaisir qui en découle : « *Le but, c'est le chemin* »(Goethe).

¹⁶ Rédaction collective de l'Equipe

Quelques exemples d'activités

C.R.I¹⁷ : Le CRI (Collectif de Réflexion sur l'Information), est une activité menée en partenariat avec la maison de jeunes « Le Gué ». Cette activité se propose d'organiser un collectif de réflexion ayant pour objectif d'instaurer une réflexion critique sur des thèmes d'actualité et/ou des enjeux sociétaux et la manière dont cela influe sur notre mode de vie. Chaque thème est débattu et décortiqué sur plusieurs séances à l'aide de différents supports (internet, livres, magazines, dvd...).

Réunion des membres¹⁸ : Cette activité permet aux membres de se réunir de manière formelle afin d'échanger ensemble sur des sujets qu'ils choisissent eux-mêmes et qui portent sur des thèmes d'actualité, de société, de la vie quotidienne, etc. Par ailleurs, c'est le moment dans la semaine où les membres sont informés de ce qui se passe au centre de jour jusqu'à la semaine suivante. Essentiellement ces informations portent sur la vie du centre, sur les activités, certains événements...

Projection de films¹⁹ : Les films sont diffusés via un projecteur sur grand écran et une installation type « home cinéma » de telle manière à offrir un certain confort et une qualité audiovisuelle favorisant une attention et une concentration maximale. Le choix des films est assuré par l'animateur et s'effectue selon un fil conducteur ou une thématique particulière. Ce qui permet d'approcher le 7^{ème} art sous ses différentes facettes : fictions, drames ou comédies, films d'auteurs ou grand public..., documentaires (didactiques, artistiques, historiques, biographiques...), films d'animation, courts métrages, etc. Ces projections visent à informer, sensibiliser, distraire « intelligemment » et en tous les cas éveiller ou garder éveillée la curiosité de chacun.

Découverte²⁰ est une activité dont le contenu change tout au long de l'année en fonction des idées, des envies, de la météo, des événements (fête de fin d'année). C'est un moment pour expérimenter, pour s'essayer à... On travaille souvent par modules de quelques semaines. Quelques exemples : Origamis, déco de la fête de fin d'année, papier mâché, jeux de société via une ludothèque, visite d'expos, collages, etc.



Les activités du mercredi après-midi, activités du centre de jour avec la maison des jeunes « Le gué » : Ces activités permettent la rencontre des membres du centre de jour avec ceux de la maison des jeunes et inversement. C'est donc la rencontre d'un public qui est dans la sphère psychiatrique avec un public qui n'est pas, plus ou pas encore (selon chaque cas particulier) dans cette sphère.

¹⁷ Claude Penninckx

¹⁸ Claude Penninckx et Matthias Vanneste

¹⁹ Matthias Vanneste

²⁰ Kirane Legrand

Ces activités se caractérisent donc par un changement de lieu (extra muros,), la rencontre de publics différents et d'un pôle d'animation original mais avant tout, elles s'envisagent comme le développement d'un capital social et culturel de la personne et de la communauté, une articulation, dans un réseau ouvert, avec des acteurs du champ de la santé mentale et des acteurs du champ culturel et un échange réciproque entre membres et la vie culturelle et sociale. Cette activité est certes un reliquat de la philosophie de base du Gué qui est que le thérapeutique est indissociable du culturel « *en ce qu'ils mettent en jeu des questions essentielles et existentielles pour la personne en tant qu'individu et citoyen.* »²¹



L'accompagnement emploi²²

L'accompagnement emploi s'inscrit dans la suite logique de la revalidation psychosociale mais aussi dans l'actualité de notre société où il a été constaté que trouver ou reprendre un emploi s'avère particulièrement difficile surtout lorsqu'on a vécu des problèmes de santé mentale.

Il s'adresse à toute personne présentant une affection psychiatrique stabilisée et souhaitant, sur base volontaire, reprendre une activité professionnelle et ce, en accord avec son psychiatre traitant.

L'accompagnement a pour objectif de soutenir ces candidats dans leurs démarches pour intégrer un emploi, créer des ponts entre les mondes du travail et de la santé mentale et élaborer avec eux « les coups de pouce » qui leur permettront de tenir bon dans leur recherche ou dans leur emploi.

Cet accompagnement et ce soutien se font en complémentarité avec les réseaux, de la personne, déjà existants. Il a pour autre objectif, la sensibilisation à la santé mentale et la dé-stigmatisation de ses usagers auprès des employeurs et de la société civile en général.

L'accompagnement emploi est prévu sous deux formes :

- L'accompagnement de parcours qui comprend les différentes démarches dans le cadre d'une recherche d'emploi, incluant les contacts avec le secteur de l'emploi et celui de la santé mentale.
- L'accompagnement de carrière qui vise le maintien à l'emploi du travailleur par le biais d'entretiens individuels, de contacts avec son milieu professionnel ou encore avec son réseau en santé mentale.

²¹ Le Gué, Rapport d'activité, « Le pont culturel et thérapeutique » 1994, p.12

²² Katya Spallina

Cadre du personnel en 2015

Bihin Sophie, animatrice artistique : 16h/sem. +3h RTT + en 2015 : 9,5h =28h30

Fabry Patrick, psychologue: 19h/ sem.

Legrand Kirane, ergothérapeute : 31h/sem.

Lewkowicz Ilana, psychiatre: 12h/sem.

Leyssens Jérémie, assistant social : 19h/sem. + 13h. RTTT = 31h

Limet Olivier, kinésithérapeute : 19h/sem.

Nguyen Thien Huong, éducatrice spécialisée : 28h30/sem. + 2h RTT = 30h30

Notte Valérie, assistante administrative (Poste ACS): 38h/sem.

Penninckx Claude, psychologue : 35h30/sem.

René-Joly Ousmane, ouvrier de maintenance : 19h (Maribel) + 9h30 (Maribel social) + 9h30 (cadre INAMI) = 38h

Spallina Katya, accompagnante emploi : 38h/sem.

Van den Eynde Michèle, psychologue : 19h/sem.

Vanneste Matthias, psychologue : 24h/sem. + 1h RTT = 25h

Responsabilité médicale : Dr Ilana Lewkowicz

Direction : Van den Eynde Michèle (thérapeutique) et Patrick Fabry (administratif financier)



Merci à toute l'équipe,

Merci à Juliette Hills, Betty Zoltan et Gaëlle Maigret qui ont assuré les remplacements pour congés de maternité de deux animatrices,

Merci au Dr Ludger Hebborn qui a assuré le remplacement d'Ilana Lewkowicz durant son repos de maternité,

Merci aussi aux stagiaires qui nous ont rejoints en 2015.

« La meilleure façon d'anticiper l'avenir est de bien comprendre le présent » (Peter F. Drucker) ... mais ...



« Le meilleur moyen de prédire l'avenir, c'est de l'inventer » (Alan Kay) ...

A notre créativité pour 2016 donc !