



Interstices CHU Saint-Pierre asbl

Rapport d'Activités 2020

L'EQUIPE EN 2020	1
I. INTRODUCTION	2
II. PARENTALITE-ADDICTION / ESPACE ALIZES	3
1. Introduction	3
2. Parentalité-Addiction : 1 objectifs – 5 missions	5
2.1. L'accompagnement	5
2.2. Le soin	6
2.3. La prévention	8
2.4. La réinsertion	8
2.5. La liaison	9
3. Le travail social en temps de Covid	10
4. Les chiffres Parentalité-Addiction	13
4.1. Passages à Alizés	13
4.2. File active	14
5. La DEQ du secteur Parentalité-Addiction	14
5.1. Objectifs visés par la DEQ	14
5.2. Mise en œuvre : Activités témoignant d'une dynamique collective	14
5.3. Constats et effets produits par le projet DEQ	15
5.4. Perspectives pour 2021	15
III. LIAISON-ADDICTIONS (Alcool et/ou Toxicomanies)	16
1. Introduction	16
2. Chiffres & tendance 2020	18
3. Vignette clinique	23
4. La DEQ du secteur Liaison-Addictions	26
5. Le Dispositif Alcool intégré à la Liaison-Addictions	26
5.1. Introduction	26
5.2. Objectifs du Dispositif Alcool	26
5.3. Les 5 grands axes du Dispositif Alcool	28
5.4. Financement & missions	28
5.5. 2020, une année préparatoire	30
5.6. Le projet AS-OH	30
5.7. Objectifs du projet AS-OH	31
6. Liaison-Addictions : Conclusions générales & Perspectives	32
IV. URGENCES-TOXICOMANIES	34
V. LES FORMATIONS EN 2020	36
1. Équipe Parentalité-Addiction	36
1.1. Formations reçues	36
1.2. Formations données	36
2. Équipe Liaison-Addictions	37
Réunions dans le cadre des implémentations (Dispositif Alcool)	37

L'équipe en 2020 ...

Direction adm. & fin / Secrétariat	Marie Aubry Julie Sneiders
Médecins généralistes	Dr Lucy Dever Dr Florence Dupont
« Parentalité - Addiction / Espace Alizés »	Anne Robert, coordinatrice Bouchra Choulli, éducatrice Stefania Ciraco, psychologue Alexandra Delcroix, psychologue Aude Plissonneau, éducatrice Sabine Race, assistante sociale Dr Françoise Robberecht, pédiatre Nathalie Tonnon, psychologue Isabelle Vitry, éducatrice
« Liaison - Addictions » <i>(avec Dispositif Alcool intégré)</i>	Patricia Diederich, assistante sociale, coordinatrice Carine Devos, assistante sociale Frédéric Loboz, psychologue Jessica Top, psychologue
« Urgences - Toxicomanies »	Mélanie Anseau, psychologue

I. Introduction

Retour sur une année hors norme ...

Comme partout, et pour tout le monde, l'année 2020 aura été une année particulièrement chamboulée et, n'ayons pas peur des mots, difficile, parfois douloureuse et bouleversante ...

La crise sanitaire liée au Covid-19 n'a épargné personne ; elle a néanmoins particulièrement touché le public précaire au cœur de notre travail, ce qui nous a obligés à faire preuve de flexibilité, de résilience et d'agilité pour faire face, avec force et conviction, tous ensemble, aux contraintes contextuelles et réglementaires. Les équipes d'Interstices se sont adaptées et ont donné le meilleur d'elles-mêmes pour continuer à accompagner, soigner et orienter tout en tentant de limiter un maximum l'impact des mesures imposées par la situation sanitaire sur les missions qui font notre quotidien depuis plus de 25 ans.

En tant qu'institution exerçant des « activités essentielles », de nombreuses adaptations ont été mises en place, que ce soit par exemple l'organisation de permanences plus courtes, avec adaptations des horaires de chacun, ou encore le télétravail partiel pour les fonctions le permettant. Par contre, les activités de formation ont, elles, été totalement bouleversées ; il a fallu ajuster notre travail à la réalité de la situation du CHU Saint-Pierre.

Un chantier emblématique a néanmoins été quasi finalisé ; il s'agit du lancement du nouveau site Internet d'Interstices, même si certains textes doivent encore être rédigés (<https://interstices-stpierre.be>).

Les valeurs héritées du fondateur de l'institution constituent le socle qui nous a permis de continuer à avancer, de proposer des démarches innovantes, de nous questionner et de nous réinventer et, finalement, de poursuivre, encore, notre travail dans le respect des besoins de nos patients. C'est forts de ces valeurs, mais aussi de notre expertise, que nous évoluons continuellement, et que nous continuerons à le faire ...

Ce Rapport d'activités 2020 met en avant le travail, l'engagement et l'implication de chacun des membres des équipes. Qu'elles en soient ici chaleureusement remerciées !

Bonne lecture,

Marie Aubry

II. Parentalité - Addiction / Espace Alizés

1. Introduction

Faire équipe...

Sur la porte de l'Espace Alizés, espace d'accueil et de soins, est indiqué que seuls 2 patients (masqués bien sûr !) peuvent entrer en même temps.

Les patients sont ... patients : ils attendent leur tour pour entrer ... en patientant sur le trottoir où ils côtoient la file des clients de la pharmacie juste à côté ...

Les patients ont un masque, ou pas, propre, ou pas, bien mis, ou pas ...

Les intervenants, comme toujours attentifs, proposent un masque propre, du désinfectant pour les mains... et bien sûr le café, servi à présent dans un gobelet jetable et ... sans croque-monsieur : mesures d'hygiène s'imposent ...

Les patients ont faim. Ils reçoivent à présent des gaufres pré-emballées et des colis-repas à manger chez soi, ou ailleurs ... offerts par de généreux donateurs (merci aux Ladies Circle de Waterloo et aux paroissiens de l'église de Linkebeek!).

Les bébés ne sont pas en reste, vu les dons de « petits pots » et biscuits-goûters reçus pour eux.

Les patients respectent relativement bien les règles de distanciation sociale. La vie s'organise au sein de l'Espace Alizés : on sait plus ou moins qui vient quand, on met davantage de consultations sur rendez-vous, ainsi on régule le nombre de passages...

Puis, soudain, tout capote : plusieurs intervenants absents en même temps ... quarantaine, maladie ... en plus du télé-travail devenu obligatoire pour certains ... Comment faciliter l'accès aux soins quand l'accès au travail se complique ? Faciliter l'accès aux soins nécessite, si on veut garantir une certaine qualité, un certain nombre de travailleurs.

Clinique du soin par le lien : les intervenants de l'équipe Parentalité-Addiction ont dû, comme toujours, se montrer créatifs et audacieux pour garder le fil avec les familles.

Mais comment faire équipe quand on ne se voit plus ? Quand on ne sait pas qui de l'équipe sera présent le lendemain ? Comment faire équipe sans tous les rituels du quotidien qui font le lien ?

Notre difficile métier renforce le besoin d'appartenance, de soutien et de solidarité. Le sentiment d'appartenance est un facteur de protection puissant pour lutter contre la détresse psychologique et les

risques de burn-out.

Comment faire vivre le sentiment d'appartenance à l'équipe sans se voir, se toucher, sans se serrer la main, sans les bisous du matin, les repas pris en commun, ... Les masques obligatoires cachent une partie du visage ... même plus de sourire à voir ... seuls les mots et les regards se partagent.

L'équipe a dû composer avec les outils numériques (Whats'App, agenda électronique, visio-conférences, entretiens téléphoniques, ...) pour tenter de garder les connivences. Les mots, les regards éloquentes, les courriers échangés, les post-it déposés, ont souvent remplacé les gestes de réconfort et de soutien.

Quand on ne se croise plus aussi souvent, le rapport au temps change ... on post-pose certaines communications, on contient certaines émotions, ...

L'adaptation ne va pas de soi. Cela prend du temps de trouver comment dire les choses différemment et garder la proximité nécessaire pour pouvoir travailler ensemble et continuer à entourer les familles, elles-mêmes impactées par les contraintes liées au Covid.

L'équipe s'adapte, les collaborations s'établissent différemment mais sûrement. L'équipe se croise de multiples façons et échange à foison. Les familles restent bien entourées par une équipe toujours motivée.

Je mesure ma chance d'avoir une équipe si dévouée, qui peut, tout en pensant les choses, redéfinir les limites du cadre thérapeutique pour garantir l'accès aux soins et garder le lien avec les familles.

Anne Robert, coordinatrice de l'équipe Parentalité-Addiction

2. Parentalité-Addiction : 1 objectif - 5 missions

L'objectif du travail de l'équipe Parentalité-Addiction est double. Il s'agit d'une part d'aider les familles à découvrir et à soutenir leurs compétences parentales et, d'autre part, d'évaluer ces compétences et de mettre en place les alternatives nécessaires pour pallier aux carences familiales éventuelles.

Double objectif, double difficulté. En effet, les intervenants doivent trouver la juste distance avec les familles pour pouvoir tout à la fois tisser un lien de confiance et signifier les fragilités, les difficultés et les mesures d'aide (pas toujours considérées comme aidantes ou justes par les familles).

Difficile de tisser ce lien de confiance ... Bien souvent, les usagers de drogues éprouvent une certaine méfiance vis-à-vis des intervenants. Leurs activités, parfois illicites, mais surtout leurs « mauvaises » expériences antérieures de demandes d'aide les incitent à rester à distance ou sur leur garde. A un point tel que certains renoncent non seulement à demander de l'aide, mais ne savent plus ce dont ils ont besoin. Dès lors, l'équipe va devoir travailler AVEC cette méfiance et la particularité de la demande des familles. Les intervenants doivent aussi pouvoir dire à certaines familles ce qu'elles redoutent tellement d'entendre en essayant de ne pas rompre le lien parfois ténu.

La force des intervenants, c'est tout d'abord l'EQUIPE. L'équipe est un outil de travail précieux sur lequel chacun doit pouvoir s'appuyer. C'est un lieu d'échanges, de réflexion et d'élaboration. Les supervisions cliniques mensuelles d'équipe et les formations individuelles aident également à réfléchir aux différentes stratégies cliniques à adopter.

L'équipe aide chacun des collègues à trouver -et à rester dans- la bonne distance avec les familles. Ensemble, les collègues relativisent certaines difficultés des familles ou, au contraire, relèvent les fragilités importantes et parfois peu visibles. Ensemble, les collègues peuvent continuer à réfléchir, proposer, expérimenter les solutions les plus adaptées à chacune des situations. Chaque intervenant doit se sentir autorisé à développer sa créativité dans les prises en charges. L'équipe permet aussi à chaque thérapeute d'élaborer la part de lui-même qui peut être touchée par les situations.

Cet objectif se réalise au travers de 5 missions (la 6^{ème} mission est la formation et est dédiée aux professionnels et futurs professionnels).

2.1. L'accompagnement

Avec sa spécificité, chaque intervenant de l'équipe accompagne les patients en introduisant dans les entretiens, dans les rencontres, dans les visites à domicile, dans les coups de téléphone, un temps pour élaborer, pour penser à soi, à son enfant, son couple, sa famille, son lien social, ...

L'équipe accompagne les patients durant tout le temps de leur prise en charge, avant et après la naissance et durant le séjour à la maternité.

L'**assistante sociale** accompagne les patients dans les administrations, les services sociaux, ... Elle insère dans toutes les procédures techniques les modalités relationnelles qui permettront au patient de se sentir compris, de se faire comprendre, de se sentir soutenu sans être assisté, dans les méandres administratifs, juridiques et sociaux. L'assistante sociale accompagne les patients afin qu'ils s'approprient des repères sociaux qui leur permettront d'anticiper les démarches nécessaires au maintien du lien social minimal.

Les **psychologues** et les **médecins** accompagnent les patients dans la construction de leur parentalité. Cet accompagnement tient compte de la singularité du vécu, de l'histoire personnelle et familiale, des difficultés, des craintes et des appréhensions de chacun, et veille à mobiliser et valoriser les ressources propres à chacun. L'accompagnement est réalisé soit en ambulatoire, soit à domicile ou dans les différents lieux de vie des enfants.

La **sage-femme** accompagne les mamans tout au long de leur grossesse et, parfois, lors de l'accouchement, en leur donnant des outils pour les aider à connaître ou reconnaître leur corps parfois en survie depuis de nombreuses années. Si le père est présent, il sera invité à participer aux séances de préparation à l'accouchement.

Les **éducatrices** accompagnent les parents dans leur nouvelle fonction de parent. Elles se rendent à domicile ou les rencontrent dans l'Espace Alizés. Elles les accompagnent également dans toute une série de démarches et dans la découverte des ressources de leur quartier. Elles encouragent les parents à faire confiance en leur capacité à être parent et sujet à part entière.

Les intervenants accompagnent régulièrement les patients aux audiences et aux formalisations SAJ et SPJ. Ils sont alors des accompagnants de confiance qui soutiennent les patients dans ces moments éminemment stressants et angoissants.

Lorsque les parents quittent l'hôpital sans leur enfant, par exemple parce que celui-ci doit rester en néonatalogie car il présente un syndrome de sevrage ou parce qu'il y a un projet d'adoption ou de placement en famille d'accueil ou en pouponnière, les intervenants les accompagnent dans leur deuil de ne pas pouvoir être avec leur enfant. Une intervenante peut les accompagner lors des visites à la couveuse ou à la pouponnière.

L'Espace Alizés est un lieu où les intervenants accompagnent les patients dans la construction de leur identité de parent. L'équipe accompagne ces parents dans toute une série d'expériences positives et agréables avec leur enfant, leur permettant aussi de se poser, de rencontrer d'autres parents.

En définitive, chaque intervenant accompagne les patients en offrant à ces derniers un temps de rencontre qui peut faire émerger la confiance en l'autre, en soi, nécessaire pour avoir l'envie d'agir sur sa vie.

2.2. Le soin

Le dispositif d'aide et de soins est toujours repensé et réadapté afin de répondre le plus adéquatement possible à notre mission.

L'équipe pluridisciplinaire offre aux familles un accueil permanent au sein de l'Espace Alizés, des soins médico-psycho-sociaux appropriés, en liaison avec différents services hospitaliers et en collaboration avec le réseau d'aide et de soins. Cette prise en charge pluridisciplinaire va faciliter l'élaboration, l'organisation et la mise en place d'un projet individualisé qui respecte les besoins de l'enfant tout en tenant compte des capacités de ses parents. Des alternatives seront proposées (parfois avec le soutien du SAJ ou du SPJ) afin de répondre aux besoins de la famille.

La particularité du dispositif de soins est d'offrir un cadre soutenant et contenant, mais souple et diversifié. Nous avons systématisé les visites à domicile bi-hebdomadaires pour les situations à risques. Deux

intervenants de formations différentes effectuent ces visites ensemble. La pluridisciplinarité des intervenants offre un regard différent et complémentaire sur les familles. Ces visites se révèlent être de véritables outils d'évaluation et de soutien des compétences parentales.

Les visites à domicile permettent d'augmenter la fréquence des rencontres avec la famille dans son entièreté (les papas viennent moins souvent à Alizés) et d'appréhender différemment le cadre de vie familial. Les entretiens ne sont pas uniquement centrés sur la parole, il s'agit parfois de « partager » un moment de vie avec la famille.

Les visites à domicile sont parfois vécues de manière moins contraignante par les familles (les déplacements en métro avec poussette et biberons sont parfois compliqués ...). Ces familles souvent fort isolées socialement sont parfois contentes de pouvoir « recevoir » quelqu'un chez elles.

Les **médecins** travaillent selon deux axes : Le premier axe concerne la prise en charge de la toxicomanie. Ils évaluent les consommations et instaurent, ou poursuivent, un traitement médicamenteux (traitement de substitution aux opiacés, traitement psychotrope, ...). Ils informent clairement les parents des conséquences obstétricales des consommations.

Le deuxième axe de travail concerne les consultations où se posent les questions de double diagnostic (toxicomanie et psychose, toxicomanie et fonctionnement limite) et de dépression, ainsi que le travail psychothérapeutique de soutien.

Ils instaurent un cadre de travail souple et diversifié : consultations ambulatoires avec ou sans rendez-vous à l'Espace Alizés ou au CHU Saint-Pierre, interventions à l'hôpital lors de l'hospitalisation des patientes en gynécologie ou à la maternité et, plus exceptionnellement, visites à domicile.

Les **psychologues** soutiennent les parents et leur enfant dans l'établissement d'une relation entre eux. Les entretiens vont permettre aux parents de réfléchir à la place et à l'investissement qu'ils vont pouvoir donner à leur enfant, à leur identité de parents. Ils réalisent aussi des bilans de développement afin d'attirer l'attention des parents sur des soins éventuels à apporter à leur enfant.

Les **psychologues et les éducatrices** réalisent également des entretiens de guidance éducative durant lesquels sont abordés concrètement, entre autres, les repères et les rythmes à donner à l'enfant pour lui permettre d'évoluer, de mieux se situer et d'être rassuré.

La **sage-femme** propose un soin corporel pour renforcer le lien précoce entre l'enfant et ses parents. Ce soin corporel (massage bébé, techniques de portage, ...) est d'autant plus important à proposer aux parents qu'ils ont souvent une image très négative d'eux-mêmes. En effet, l'apprentissage de différents « bons » gestes peut leur donner la sensation de pouvoir faire quelque chose de bénéfique pour leur enfant, de trouver une distance plus juste, de trouver comment exprimer leur affection, leur sentiment de tendresse, d'éprouver du plaisir et de la douceur avec leur enfant. Toutes ces expériences favorisent la construction du lien précoce entre les parents et leur enfant. La sage-femme va également être attentive au suivi médical du bébé (ONE, pédiatre, ...).

La **pédiatre** assure un suivi ambulatoire lorsque les parents rentrent à domicile avec leur enfant. Elle assure le suivi pédiatrique classique (vaccins, pesées, ...), mais aussi, s'il y a lieu, le suivi du traitement de sevrage du bébé.

L'évaluation et le soutien du lien parent-enfant sont donc réalisés par tous les intervenants, avant la naissance,

lors du passage à la maternité et après la sortie de l'enfant.

Les intervenants vont, si possible en concertation avec les parents, déterminer un projet de sortie qui respecte les besoins du bébé en tenant compte des compétences de ses parents. Ils vont ensuite travailler avec ces derniers en soutenant leurs compétences et en travaillant avec eux leurs fragilités.

2.3. La prévention

La mission de prévention est réalisée par tous les intervenants de l'équipe via une écoute particulièrement attentive aux dommages sanitaires, sociaux, psychologiques et psychiatriques associés à l'usage de drogues et à la précarité afin de réduire au maximum les risques d'apparition ou d'aggravation des problèmes.

Les patients sont informés de l'influence du -ou des- produit(s) consommé(s) sur le développement du fœtus, sur les risques de syndrome de sevrage du nouveau-né, sur l'allaitement maternel, ... Ils sont également informés de leurs droits sociaux et sur l'importance d'anticiper certaines démarches afin de maintenir ou de restaurer certains de leurs droits.

Chaque situation est pensée dans sa singularité afin d'offrir le cadre le plus sécurisant et le plus adapté à chaque famille. Certaines situations sont suivies de manière intensive afin de soutenir et d'entourer la famille par un réseau d'intervenants.

La multiplicité des interventions (visites à domicile, consultations ambulatoires, observation au sein de l'Espace Alizés et collaboration avec le réseau extérieur d'aide et de soins (ONE, SIIF, SAIE, maisons maternelles, crèches, pouponnières, ...) permet un dépistage précoce des troubles du développement relationnel, psychomoteur et langagier. Les intervenants observent les enfants interagir entre eux ; ils observent également la qualité du lien parent - enfant. Ces observations permettent aux professionnels d'alerter les parents si leur enfant présente un trouble (et ainsi l'orienter vers un soin adapté) ou, au contraire, de rassurer les parents parfois inquiets ou fragilisés parce qu'habituellement considérés comme incompetents. Rapidement détectés, ces troubles pourront être traités. Les intervenants proposent des aides individualisées ou des relais extérieurs.

Alizés offre également un bel espace de prévention : la convivialité du lieu et la bienveillance des intervenants permettent de rompre l'isolement et la solitude des patients, ce qui prévient et minimise les dépressions et autres sentiments de découragement et de perte de confiance en soi qui génèrent parfois négligence et maltraitance.

La mission de prévention s'exerce également au travers des réunions de concertation entre les intervenants des différents services hospitaliers. Nous informons nos collègues de l'hôpital sur les particularités de notre public et sur l'importance de la réduction des risques, ce qui leur permet de détecter les facteurs de risques ou d'orienter vers notre équipe les patients toxicomanes.

2.4. La réinsertion

Dans le parcours de soin du patient toxicomane, il y a parfois un moment clé, une période charnière entre un passé chaotique et un futur différent. Cela peut être une grossesse, une naissance, une rencontre importante, ... qui va constituer un puissant levier de désir de changer. Notre équipe va alors soutenir le

patient tout en sachant que cela sera souvent un vrai « parcours du combattant ».

Parfois, le travail de réinsertion est réalisé par « petites touches ». L'équipe aide plutôt le patient à éviter les catastrophes. Le travail consiste alors en une réduction des risques plutôt qu'en une réelle réinsertion. L'arrêt des consommations entraîne parfois une plongée dans un réel très angoissant : dettes, solitude, difficultés à retrouver ses droits sociaux, un logement décent et abordable, ...

Les difficultés structurelles et conjoncturelles (pénurie de logements sociaux, de places en maison d'accueil, en maison maternelle ou en crèche, ...) se surajoutent aux difficultés des patients à « utiliser » les services sociaux. Ils développent parfois des stratégies déviantes (vols, deals, prostitution, ...) pour survivre et lutter contre leur précarité psycho-socio-économique, ce qui peut aggraver les difficultés à se réinsérer socialement. Le manque de perspectives positives plonge certains usagers dans un état de stress intense ou de dépression et de profond découragement. Le sentiment de honte « d'en être arrivé là » pétrifie certains d'entre eux et inhibe les tentatives de réinsertion sociale.

Les **guidances sociale, psychologique et / ou éducative** aident les patients à investir un projet personnel ou familial, à (re)trouver un statut social, une identité psychique et sociale, une dignité humaine.

Les **éducatrices** veillent à « élargir » le cadre de vie des patients souvent repliés sur eux-mêmes. Elles proposent de découvrir les potentialités de leur quartier : lieux culturels, parcs, plaines de jeux, magasins « bon marché » ou de seconde main, haltes-garderie, ... Elles invitent les patients à ne pas se réduire à l'identité de patient toxicomane ou de malade. Les patients osent parfois se poser différemment et adoptent des comportements et une attitude plus en lien avec leur fonction de parent.

L'**Espace Alizés** prolonge de manière évidente le travail de réinsertion : les rencontres informelles avec les intervenants et les autres parents permettent de se sentir en lien avec d'autres. Des invitations aux activités du quartier, le journal Le Ligueur, le Métro, ... « traînent » sur les tables et invitent à s'intéresser à « l'extérieur ».

2.5. La liaison

1. Activités de liaison au sein du CHU Saint-Pierre :

L'équipe collabore activement avec les soignants du CHU Saint-Pierre. Nous assistons aux réunions des différents services où nos patients sont hospitalisés et laissons des notes dans les dossiers médicaux.

L'équipe participe également aux réunions cliniques des services de Psychiatrie et de Périnatalité afin de renforcer les collaborations de travail. Elle est attentive à soutenir les soignants dans les prises en charge des patients usagers de drogues. En effet, ces prises en charge peuvent être émotionnellement lourdes et demander beaucoup de créativité et d'énergie.

L'équipe organise régulièrement de petites formations destinées aux soignants de l'hôpital afin de les sensibiliser aux drogues et à leurs effets, aux traitements (interactions avec d'autres médicaments, effets secondaires, posologies, ...) et attirer leur attention sur la fragilité psychique de certains patients, ce qui peut parfois engendrer une étrangeté dans leur manière d'être en relation.

Notons évidemment que nous sommes en lien avec nos collègues de la Liaison-Addictions. Des réunions entre les coordinatrices et la direction s'organisent plusieurs fois par an.

2. Activités de liaison extra-hospitalière :

La DEQ ayant pour thème la visibilité, différentes activités de liaison ont été réalisées afin de renforcer notre visibilité et favoriser / faciliter les collaborations. Ces activités sont décrites dans le chapitre concernant la DEQ.

Nous avons différentes conventions de collaboration en cours :

- Article 27 ;
- Nouveau 150 ;
- Épicerie sociale.

Une collaboration s'est également établie avec le service de médiation familiale du Planning Familial du CHU Saint-Pierre.

3. Le travail social en temps de Covid

Aux premiers temps du confinement, le mot d'ordre est au travail à domicile et au confinement de chacun dans des logements parfois bien trop modestes. Pour le travail social réalisé à Parentalité-Addiction, il devient rapidement évident que le défi sera de faire face à la fracture numérique grandissante.

En effet, tous les services sociaux, des services administratifs aux services d'aides, ferment, et l'utilisation de l'outil informatique devient la norme. Un smartphone, un ordinateur, un accès Internet, une carte d'identité bien sûr valable et l'inévitable code PIN, quelques connaissances et le tour est joué ...

La majorité des personnes que nous accompagnons au sein de notre service n'est pas outillée du tout. Le matériel, les référents culturels, les connaissances, ce monde numérique est tellement loin ! Étant aisément disponible de mon domicile et donc relativement confortable pour attendre des heures durant au téléphone au son des quatre saisons de Vivaldi (chose bien moins aisée pour l'utilisateur lambda muni d'une carte téléphone onéreuse), l'assistante sociale peut se rendre toute disponible et efficace pour prendre le relais nécessaire.

Pensant cette période transitoire, l'impératif est de se montrer efficace et rapide dans la résolution du problème. Mais la crise s'installe dans la durée et le système s'organise.

En filigrane, on observe que cette crise et la digitalisation généralisée d'accès aux services administratifs et aux services publics provoquent l'augmentation de la dépendance des personnes. C'est ce que d'aucuns nomment l'illectronisme (analphabétisme numérique). Les adaptations organisationnelles laisseront certainement des traces durables dans l'accès aux services administratifs, dans un mouvement de numérisation qui semble inéluctable. Dès lors, un service tel que le nôtre a à assurer, au cas par cas, un soutien à l'acquisition d'un minimum d'outil informatique (adresse électronique et inscription informatique aux services). La population fréquentée par le service ne permet sans doute pas de mettre le curseur très haut, mais l'idée de valoriser une autonomie émancipatrice semble pertinente ..., le tout étant dans l'individualisation du projet et dans la relation positive entretenue dans l'apprentissage.

Au fil des semaines, d'autres demandes récurrentes vont émerger de la part des patients. Il faudra un peu de temps pour dégager une vision globale des situations et pour pouvoir observer cet inévitable phénomène, celui du processus de paupérisation croissante des personnes suivies et des familles concernées. On peut clairement observer une augmentation des demandes d'aide alimentaire et de médiation de dettes. Parmi les causes évoquées pour expliquer cette situation de précarisation, les familles évoquent la perte de revenus (chômage, perte de travail au noir ...), diminution de la solidarité familiale, augmentation des coûts de la vie, augmentation des frais d'énergie liés au confinement, à la scolarité en distanciel, à l'obligation d'équiper les enfants d'un ordinateur ...

Le confinement aura également ajouté des frais annexes pour s'occuper des enfants lorsque les écoles étaient fermées : activités, jeux, bricolage ...

Bien sûr, ce processus de précarisation est terriblement angoissant et humiliant pour les personnes et les familles. A la difficulté contextuelle de la mise en mouvement, s'ajoute cette tendance que nous connaissons au sein de nos services, celle du repli sur soi et de la fuite. La continuité du travail à mettre en place est toujours plus ardue.

Également, et même si le phénomène devra être réévalué sur un temps plus long, on a vu des familles pour qui une solution aux déboires financiers ou administratifs fut de quitter, ou d'envisager quitter Bruxelles. Les chiffres officiels indiquent que 30% des départs de Bruxelles concernent des familles défavorisées. De fait, nous avons pu observer que le marché locatif hors de Bruxelles est bien plus avantageux et la disponibilité des services de première ligne facilitée. Cependant, on ne peut ignorer les risques d'isolement social, de dislocation des liens avec des services tels que le nôtre, et donc la mise à mal du travail engagé autour des familles et de la parentalité.

Étroitement liées au mal-logement et à la promiscuité des lieux de vie, des demandes ont émergé pour appuyer les possibilités de garderie pour les enfants lorsque les lieux étaient théoriquement réservés aux enfants de personnel soignant. Là aussi, le risque était de voir ces familles "exposées" dans leurs fragilités, stigmatisées par rapport au discours qui a pu émerger, de profiter de ce confinement pour retrouver l'essentiel. C'est que le plaisir de la fabrication du pain maison et de la peinture aux doigts est certes très sympathique dans l'intention, mais qu'il faut quand même une bonne dose de patience et de self contrôle que nos patients, englués dans leur fonctionnement et leurs difficultés, ont du mal à avoir.

Le confinement dans des lieux exigus a largement augmenté au mieux le stress, au pire la maltraitance et la violence intrafamiliale.

Un pas plus loin encore dans l'intimité des couples et des familles, on se retrouve, ni plus ni moins que les autres années, mais peut être de façon plus prégnante, confrontés aux limites de l'individuation des droits, qu'on pourrait imaginer sous l'idée du prix de l'amour. C'est à dire témoin de la difficulté pour les couples bénéficiaires d'allocations sociales, revenus d'insertion ou de chômage, de voir leurs choix de vie affective et sentimentale conditionnés par des contingences financières très nettes. Le statut cohabitant fait intrusion dans la vie privée, isole, brise les solidarités et les histoires d'amour et d'amitié. De plus, il augmente la pénurie de logements. Des choix de vie dont les conséquences financières sont déterminantes. S'engager, ne pas s'engager, dire, ne pas dire, vivre ce qui est à vivre ou pas, et prendre le risque de ce que d'aucuns disent fraudeurs fiscaux.

Bon nombre des personnes que nous accompagnons vivent dans des situations illégales, mais que dire de ces vies privées confrontées à des situations illégales discutables sur le principe ?

Finalement, les personnes sans-abri ont, elles, pu trouver des solutions plus confortables dans leur quotidien. En effet, la Région Bruxelloise et la Ville ont dû, pour respecter les règles de confinement, réquisitionner des hôtels alors fermés pour accueillir les personnes sans domicile fixe. Un hébergement confortable et gratuit, des règles à respecter, mais surtout un accès facilité au réseau d'aide qui a pu permettre à une patiente en situation de sans-abrisme de trouver un logement pérenne. Il convient ici de saluer le dynamisme et l'excellente collaboration des services sociaux de terrain. Ce fut humainement intense et professionnellement particulièrement mobilisateur.

Ce dispositif a montré une belle efficacité. Des moyens financiers importants ont été dégagés. On peut regretter que le relogement, souvent temporaire, se soit une nouvelle fois, tels les plans d'urgence hivernaux, vu être organisé dans l'urgence.

Pour être complet, il convient de citer ici le rôle central qu'a pu jouer la Fédération des Services Sociaux, pour son rôle ... fédérateur ... non seulement grâce à la participation de sa secrétaire générale, Céline Nieuwenhuys au sein du GEES (groupe d'expert en charge de la stratégie de sortie) et du GEGE (groupe en charge du management de la crise), mais aussi, beaucoup plus prosaïquement, du numéro vert mis en place et qui a permis de créer une synergie incroyable au service de la population en état de besoin par l'activation des services sociaux et des personnes désireuses de porter une aide concrète.

Ne pas oublier non plus la naissance, assez rapidement, du réseau de solidarité citoyenne qui a pu jouer un rôle essentiel également, notamment par l'aide alimentaire et le réseau d'entraide citoyenne au service de tous.

D'autre part, le service aura vu également une explosion des demandes d'hospitalisation, en service psychiatrique essentiellement, pour sevrage ou mise à l'abri. Mais comme le clament les intervenants de tous bords, la dégradation de la santé mentale liée à la crise du Covid est criante, les services hospitaliers bondés, le temps d'attente allongé. Il nous est revenu à plusieurs reprises que le climat y était particulièrement lourd (ambiance tendue, agressivité accrue ...), notamment à cause des règles internes mises en place pour palier à l'urgence sanitaire (limitation des sorties extérieures et des visites, mesures d'isolement à l'admission).

Dès lors, toutes les observations de ces derniers mois mettent en lumière des défis que le service social aura sans doute à assumer lorsque la vie reprendra un cours plus tranquille.

Ainsi, il conviendra de mettre en avant des projets permettant aux personnes de devenir un peu plus autonomes, afin de coller à la réalité de la vie quotidienne. Nous avons évoqué plus haut la nécessité de les soutenir dans l'acquisition de quelques outils informatiques, adresse électronique et inscriptions individualisées à différentes plateformes. Et toujours la nécessité d'impliquer au mieux chaque patient dans le soutien à leurs choix de vie.

On ne peut cependant pas terminer ce point sans parler de ce qui a pu être savouré durant ces mois de confinement : cette joyeuse efficacité du travail en réseau, parfois décontaminé de lourdeurs administratives et procédurières. De travailleur en travailleur, de salon en salon, de réseau en réseau, les contacts entre travailleurs sociaux se sont vus aussi plus directs, plus efficaces, parce qu'au plus près de la personne à aider.

Certains gros services à l'administration importante ont d'ailleurs partagé un constat de légèreté dans ces expériences innovantes et constructives.

Une fois cette crise passée, il y aura lieu de tirer des comptes de tout ceci, en tirer des enseignements et envisager de nouvelles pistes de travail, et cela se fera certainement avec l'ensemble des services sociaux. Ainsi, toute cette expérience a agi comme un amplificateur des défis sociaux à relever, le travail quotidien a été mis sous les projecteurs des choix politiques et des combats à mener. Un axe général qui titrerait "le droit d'accès à...", accès aux soins, au logement, à l'énergie, à l'alimentation, à un revenu minimum qui réponde à la dignité, à l'alimentation, à la culture, à la vie privée, à la dignité.

Enfin, il faut également évoquer cette santé mentale, largement évoquée dans les médias, et la mise en place de tant de cellules psy pour répondre à la souffrance endurée par tous.

Les choix politiques pour répondre à la crise ont été invariablement axés autour de l'école et du monde du travail. Comme si l'institution-école seule pouvait parvenir à maintenir la santé mentale des jeunes, et comme si le monde du travail était le socle déterminant de toute vie adulte. Des pans entiers de la vie se sont vus relégués à bien moins essentiel. Un monde réduit à sa capacité productive. Pourtant, on les connaît déjà les dégâts collatéraux, et il y aura à reconstruire, à soigner, à prendre soins et à imaginer du neuf.

Tant de choses à faire encore ...

Sabine Race, assistante sociale

4. Les chiffres Parentalité-Addiction

4.1. Passages à Alizés

Il y a eu 1142 personnes qui sont venues dans l'Espace Alizés en 2020 (1045 en 2019).

La pandémie n'a donc pas diminué le nombre de passages dans l'Espace, mais celui-ci a été investi différemment : les personnes y sont restées peu de temps et certaines sont venues sur rendez-vous.

L'Espace n'a donc pas rempli sa fonction de « contenant rassurant », mais a plutôt été investi comme salle d'attente pour les consultations sur rendez-vous.

4.2. File active

En 2020, l'équipe a travaillé avec 91 familles :

- Poursuite du travail : 72 familles ;
- Nouvelles demandes : 18 familles ;
- Retour : 1 famille ;
- Accouchements : 12.

5. La DEQ du secteur Parentalité-Addiction

Personne de contact pour la DEQ de Parentalité-Addiction : Anne Robert, coordinatrice (0473/61.82.62 – annerobert1966@gmail.com)

5.1. Objectifs visés par La DEQ

Optimaliser le réseau de collaborations afin de répondre davantage aux besoins des patients suivis.

5.2 Mise en œuvre : Activités témoignant d'une dynamique collective

6 tâches ont été identifiées en équipe :

- Site Internet ;
 - Organisation de rencontres avec le réseau ;
 - Relance de contacts par courrier ;
 - Demande d'informations ;
 - Organisation d'un colloque ;
 - Contacts avec la Fédito.
- a) Site Internet : 2 réunions coordination – direction avec une webmaster ont été organisées dans le but de réfléchir à la réalisation du site (forme + contenu). La coordinatrice a rédigé le contenu du site et chaque membre de l'équipe a relu et commenté ...
- b) Rencontres avec le réseau : Différents membres de l'équipe ont rencontré des partenaires du réseau de collaboration :

Réseau intra-hospitalier (CHU Saint-Pierre) :
Le service des Urgences ;
L'Unité 510 ;
Le CETIM.

Réseau extra-hospitalier :
Hôpital Erasme ;
Clinique Sainte-Elisabeth ;
Concertation Alcool (toute l'équipe) ;
Plate-Forme de la Santé Mentale (toute l'équipe).

- c) Relance par courrier : Des demandes de rencontres ont été faites par courrier. Cependant, vu la situation sanitaire, les rencontres prévues ont été postposées.
- d) Demande d'informations : Recherches Internet sur les réseaux existants (Hermès, Psy 107 ...).
- e) Organisation d'un colloque : Toujours dans le but d'améliorer les collaborations, l'équipe souhaite organiser un colloque. Pour réfléchir au contenu, appel a été fait au C.B.P.S. ; deux rencontres ont été organisées avec la présence de toute l'équipe. Ce projet est, en raison du Covid, pour l'instant à l'arrêt.
- f) Contacts avec la Fédito : La proposition d'un nouveau projet de loi en vue d'instaurer une protection juridique prénatale pour les enfants de mère toxicomane nous a donné l'occasion de prendre contact avec les différents membres de la Fédito.
En effet, ensemble, nous avons rédigé une réponse destinée au politique, ce qui nous a permis de mieux comprendre les enjeux socio-politiques des politiques de prévention en matière de toxicomanie.

5.3. Constat et effets produits par Le projet DEQ

La pandémie n'aura finalement pas trop impacté le travail de réflexion, de concertation et de rédaction prévue pour cette première année de la DEQ 2020 – 2023.

Nous pensons que déjà après un an de travail, notre service a gagné en terme de visibilité, tant auprès du secteur de la toxicomanie, que du réseau inter-hospitalier et du réseau de soin général. Cela permet une amélioration immédiate des collaborations au sein des différents réseaux.

Le choix du thème, mais aussi l'organisation du travail, a permis que toute l'équipe se sente concernée par la DEQ et participe à sa réalisation. Merci Eva !

5.4. Perspectives pour 2021

- Participation à diverses activités des différents réseaux afin de s'y intégrer encore davantage ;
- Poursuite du travail de rédaction à incorporer au site Internet ;
- Réflexions sur le contenu des flyers ;
- Réflexions autour du logo.

III. Liaison-Addictions (Alcool et/ou Toxicomanies)

1. Introduction

Sur fond de pandémie ...

Comme pour beaucoup d'équipes du social-santé, la crise du Covid-19 ne fut pas sans impact sur le travail de la Liaison-Addictions.

Comme vous pourrez le lire dans les commentaires des chiffres, nous avons dû inventer une nouvelle façon de travailler. Ne pouvant plus nous déplacer dans l'hôpital lors du premier confinement, nous sommes restés disponibles via des permanences téléphoniques.

Nous étions donc en appui pour les équipes et en soutien aux patients, et ce via notre numéro d'appel. Nous avons également maintenu les liens avec le réseau ambulatoire : certaines des équipes de ce réseau étaient à la recherche de patients qu'elles avaient "perdus" ou dont elles n'avaient plus de nouvelles.

Cependant, ce "télétravail" et une présence nettement moindre dans les unités de soins, nous a privés de ces temps informels dont nous sommes pourtant si coutumiers. Temps précieux de partages, de cohésion et d'appartenance à une /des équipes faisant réseau.

La façon dont chacun d'entre nous a vécu cette crise sanitaire a également eu un impact sur nos relations interpersonnelles.

Entre toutes les peurs (de ramener le virus à la maison, d'être malade - voire de mourir -, de prendre les transports en commun ...) et les réorganisations personnelles liées au confinement (avec crèches et écoles fermées un moment), les vécus très personnels des uns et des autres ont entraîné, voire exacerbé, des tensions probablement déjà latentes et en ont créé d'autres.

Cette crise sanitaire confronte le fonctionnement des équipes, questionne les fondements de nos interventions ainsi que les priorités de chacun.

Le travail en réseau et les indisponibilités du réseau à certains moments, ont également perturbé nos habitudes de travail, entravant parfois la continuité des soins.

Saturation des accueils bas-seuil qui ont également dû se réorganiser, n'accueillant plus de nouveaux patients à certains moments, fermeture de certaines institutions n'ayant pas les moyens de s'adapter aux mesures sanitaires ou fonctionnant sur du travail bénévole, ... Tout ce maillage institutionnel avec lequel nous avons, depuis si longtemps l'habitude de collaborer, s'est vu en partie détricoté.

Loin de nous l'idée de jeter la pierre à certains de nos collègues extra-hospitaliers ! Nous sommes persuadés que, comme nous, ils ont fait ce qu'ils ont pu pour assurer, même à minima, la continuité de leurs services.

2020 aura également été une année de transition pour le Dispositif Alcool (SPF Santé) intégré à la Liaison-Addictions, amenant doutes et questionnements sur la pérennité de certaines actions de ce projet. Nous avons perdu un mi-temps, c'était prévu, mais cette perte a un impact sur l'équipe de la Liaison-Addictions et sa présence sereine sur le terrain. Afin de renforcer le cadre de l'équipe et le redévelopper, nous avons, entre deux vagues de Covid, introduit auprès de la Cocof une demande de subside pour un projet « Réseau Alcool ». Cette demande n'a hélas pas abouti ...

En ce qui concerne la poursuite du subside destiné spécifiquement au Dispositif Alcool (SPF Santé), le doute a longtemps régné ; ce subside est finalement reconduit. De nouveaux hôpitaux seront implémentés en 2021 et, dans la foulée, tous les objectifs du projet seront relancés. Des pistes sont d'ores et déjà empruntées et des partenariats scellés.

Patricia Diederich, coordinatrice de la Liaison-Addictions

2. Chiffres & Tendances 2020

Historique des enregistrements TDI :

a) Nombre d'épisodes de traitement

Nombre d'épisodes de traitement	Année d'enregistrement									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
TOTAL	1	0	0	111	235	225	222	238	161	200
Par programme de traitement										
Liaison-Toxicomanie	1	0	0	111	204	194	206	81	58	0
Liaison-Addictions / Alcool								122	86	
Parentalité-Addictions					31	31	16	35	17	18
Liaison-Addictions										182

Malgré la crise Covid et le 1er confinement de mars 2020, nous pouvons constater une augmentation du nombre de patients vus par notre équipe.

Pourtant, lors du 1er confinement, nos activités ont été fortement réduites. Nous avons dû fonctionner avec un système de permanences téléphoniques ; nos interventions ne se faisaient donc plus en présentiel, mais par téléphone. Les demandes d'intervention faites par l'hôpital ont été réduites car les passages en salle devaient être minimisés le plus possible pour toutes les équipes mobiles, mais aussi, et peut-être de manière dommageable, certaines priorités ont changé pendant cette période de crise. Tout le système de l'hôpital a dû être revu, avec des unités transformées en unités Covid, la création d'une unité intensive supplémentaire, une filière Covid créée aux urgences, ... Des protocoles ont été mis en place pour les soins aux patients tout venants avec, à l'époque, un matériel restreint. Les masques, blouses, visières, tout était compté pour palier à une pénurie présente et éventuellement future. Dans ce contexte-là, il nous a été demandé de n'intervenir qu'en cas d'extrême nécessité sur place, auprès des patients. Nous nous sommes donc adaptés en travaillant avec ces derniers et les équipes soignantes par téléphone.

Par contre, lors des deux autres vagues, nous avons continué à travailler normalement puisque le matériel était là en suffisance et que le testing était efficace. Les difficultés que nous avons rencontrées lors de ces vagues étaient surtout liées aux changements d'affectation de certaines unités (ex : l'unité de gastro-entérologie est devenue une unité Covid), et donc de retrouver nos patients au sein de ces changements. Il nous fallait aussi recréer/créer du lien avec des équipes que nous connaissions moins bien car moins habituées à collaborer avec notre équipe.

b) Proportion des données inconnues

Variable	Proportion d'inconnus	Dénominateur
Sexe	0,0 %	200
Age	1,0 %	200
Domicile	4,5 %	200
Ménage	14,3 %	189
Enfant	29,1 %	189
Éducation	57,5 %	200
Travail	63,5 %	200
Revenu	22,0 %	200
Renvoi	6,5 %	200
Traitements antécédents	11,0 %	200
Traitement de substitution	17,3 %	104
Age du traitement de substitution	98,4 %	61
Substance principale	0,0 %	200
Mode de consommation	6,3 %	192
Fréquence de consommation	8,3 %	192
Age premier usage	80,2 %	192
Statut d'injection	46,0 %	200
Age d'injection	90,0 %	20
Dernière injection	5,0 %	20
Partage de seringues	75,0 %	20
Dernier partage de seringues	0,0 %	2

Certaines données restent inconnues en grande proportion car nos interventions ne se prêtent pas à un travail d'anamnèse long et exhaustif. Nous devons souvent aller à l'essentiel avec le patient car les temps d'hospitalisation sont courts et les situations parfois urgentes.

c) Caractéristiques

Total	200 - N	100 - %
Sexe		
Homme	149	
Femme	51	
Inconnu	0	
Age		
<15	1	0,5
15 - 19	4	2
20 - 24	10	5
25 - 29	13	6,5
30 - 34	21	10,5
35 - 39	32	16
40 - 44	25	12,5
45 - 49	26	13
50 - 54	28	14
55 - 59	15	7,5
60 - 64	11	5,5
>65	12	6
Inconnu	2	1

Domicile		
Dans un domicile fixe	106	53
Dans des logements variables	22	11
Dans la rue	51	25,5
En institution	11	5,5
En prison	0	0
Dans un autre type d'endroit	1	0,5
Inconnu	9	4,5
Ménage		
Pas d'application	11	5,5
Seul	104	52
En couple	38	19
Avec un/mes parent(s)	7	3,5
Avec d'autres membres de ma famille	6	3
Avec des amis (sans lien de parenté)	6	3
Autre	1	0,5
Inconnu	27	13,5
Enfant		
Pas d'application	11	5,5
Oui	16	8
Non	118	59
Inconnu	55	27,5
Éducation		
Aucun	3	1,5
Primaire	37	18,5
Secondaire	27	13,5
Supérieur / Université	18	9
Autre	0	0
Inconnu	115	57,5
Travail		
Emploi régulier	9	4,5
Emploi occasionnel	1	0,5
Au chômage	15	7,5
Écolier / Étudiant / En formation	1	0,5
Incapacité de travail	34	17
Homme / Femme au foyer	1	0,5
Pensionné / Prépensionné	11	5,5
Autre	1	0,5
Inconnu	127	63,5
Revenu		
Salaire / Revenus de travail	9	4,5
Allocation de chômage	14	7
Bourse d'étude	0	0
Indemnité pour maladie ou invalidité	42	21
Revenu minimum ou support CPAS	34	17
Allocations familiales (liées aux enfants)	0	0
Pension de retraite ou de survie	11	5,5
Aucun revenu propre	46	23
Autre	0	0
Inconnu	44	22

Traitements antécédents		
Pas d'application	0	0
Oui	104	52
Non	74	37
Inconnu	22	11
Traitement de substitution		
Pas d'application	96	48
Oui	61	30,5
Non	25	12,5
Inconnu	18	9
Substances		
Pas d'application	8	4
Opiacés (catégorie)	0	0
Héroïne	10	5
Méthadone (détourné)	16	8
Buprénorphine (détourné)	0	0
Fentanyl (illégal / détourné)	0	0
Autre opiacés	4	2
Cocaïne (catégorie)	6	3
Cocaïne en poudre	6	3
Crack	1	0,5
Autre cocaïne	0	0
Stimulants autres que cocaïne (catégorie)	1	0,5
Amphétamine	4	2
Méthamphétamine	2	1
MDMA ou dérivés	0	0
Méphédronne	0	0
Autre stimulant	1	0,5
Hypnotiques ou sédatifs (catégorie)	1	0,5
Barbiturique	0	0
Benzodiazépine	11	5,5
GHB / GBL	0	0
Autre hypnotique	0	0
Hallucinogènes (catégorie)	0	0
LSD	0	0
Kétamine	0	0
Autre hallucinogène	0	0
Inhalants volatiles	0	0
Cannabis (catégorie)	10	5
Marijuana (herbe)	1	0,5
Haschisch (résine)	2	1
Autre cannabis	0	0
Alcool	116	58
Autre	0	0
Statut d'injection		
Pas d'application	0	0
Oui	20	10
Non	88	44
Inconnu	92	46
Dernière injection		
Pas d'application	180	90

Les 30 derniers jours	7	3,5
L'année dernière	0	0
Il y a plus d'un an	12	6
Inconnu	1	0,5
Dernier partage de seringues		
Pas d'application	198	99
Les 30 derniers jours	0	0
L'année dernière	0	0
Il y a plus d'un an	2	1
Inconnu	0	0

74% de nos patients sont des hommes, une grande majorité a entre 30 et 54 ans. Seuls 53% bénéficient d'un logement fixe et 25% vivent dans la rue. 52% vivent seul et 59 % vivent sans enfant.

Nous pouvons observer que pour 63% des patients, leur situation de travail est inconnue. Cela s'explique par le fait qu'une partie de nos patients n'a tout simplement pas de situation (ex : certains sont illégaux).

Par contre, 17% sont en incapacité de travail et seuls 4% ont un emploi régulier. 23% de nos patients n'ont aucun revenu propre et 21% perçoivent des indemnités pour maladie.

Plus de la moitié des patients vus avaient déjà bénéficié d'un traitement avant leur hospitalisation et, parmi cette proportion, 30 % ont déjà reçu un traitement de substitution.

58% des patients ont été vus dans le cadre d'une consommation d'alcool, 8% pour des consommations de méthadone, 5% pour des consommations de cannabis et 5% également pour des consommations d'héroïne.

Nous pouvons constater également que plus de 5% de nos patients consomment des benzodiazépines. Il faut souligner qu'il y a une augmentation des consommations de Lyrica associée aux consommations de benzodiazépines. Cette substance ne se retrouve pas dans les données du TDI. Enfin, 6% des patients rencontrés consomment de la cocaïne.

3. Vignette clinique

Le cas que nous allons aborder est celui de Monsieur Y. âgé de 55 ans au moment de notre rencontre, de nationalité belge et d'origine marocaine. Son anamnèse nous indique qu'il a grandi avec ses parents, il a des frères et sœurs. Il nous raconte ne pas avoir eu une enfance très facile car ses parents le frappaient, « c'est comme ça qu'on éduque dans notre culture » nous a-t-il dit. A l'école, il était stigmatisé car il était étranger, les professeurs lui disaient qu'il n'allait pas réussir sa vie. Il commence, dès son adolescence, à fréquenter des personnes qui ont une mauvaise influence sur lui, il commet des délits. Monsieur a passé plus de 20 ans en prison pour des raisons qu'il ne nous dit pas explicitement, mais il a notamment une histoire de meurtre ou tentative de meurtre et est sorti il y a environ 1 an, en pleine période de pandémie Covid-19.

Au niveau de ses consommations, Monsieur Y est-ce que nous pouvons appeler poly-toxicomane : il prend de l'héroïne, de la cocaïne et a un traitement de substitution à la méthadone. Il recevait son traitement méthadone par un psychiatre de l'Asbl Babel qui le suit depuis de nombreuses années, avec des interruptions comme ça l'est actuellement.

Monsieur nous confie qu'il consomme surtout pour mieux supporter les autres, qu'il consomme énormément dans son squat avec ses colocataires. Cette consommation lui sert à diminuer son angoisse massive au regard de l'Autre.

Au point de vue social, Monsieur Y. semble fortement marginalisé depuis sa sortie de prison. Il ne fréquente plus Babel et il n'est donc plus suivi socialement. Sa situation semble assez précaire, en effet, il vit actuellement dans un squat avec des personnes qui consomment énormément d'héroïne et de cocaïne, ce qui incite Monsieur Y. à consommer car il ne supporte pas leur présence s'il ne le fait pas.

Monsieur Y. est hospitalisé le 9 mars 2020 à la suite d'une blessure à sa main : lors d'une bagarre, quelqu'un l'a mordu. Il a un abcès infectieux qui remonte tout le long de son bras. Il se présente aux Urgences car il ne peut plus gérer sa douleur. L'unité dans laquelle il est hospitalisé nous appelle en le présentant comme poly-toxicomane. Monsieur est, selon eux, difficile à gérer, il est dans la provocation avec le personnel soignant, réclame beaucoup de médicaments.

L'équipe de la Liaison-Addictions va rencontrer Monsieur à plusieurs reprises au cours de son hospitalisation. Nous interviendrons afin de calmer les tensions entre Monsieur et les équipes soignantes, nous tenterons de mettre en place un traitement pour gérer sa douleur. Monsieur Y. se montrera méfiant envers nous, mais il sera enthousiaste à l'idée qu'on vienne l'écouter et le soutenir dans sa demande de méthadone et d'antidouleur.

L'équipe de la Liaison-Addictions rencontre Monsieur Y. dans sa chambre pour la première fois le lendemain de son hospitalisation. Il est très nerveux, il a mal, n'a pas dormi depuis plusieurs jours. Il est dans la plainte. Il se plaint de l'équipe soignante car ils ne sont pas d'accord avec son traitement méthadone. Il ressent le manque et ne se sent pas confortable, il demande à recevoir 40mg de méthadone par jour. Il souffre de sa blessure à la main à s'en tordre de douleur. Il nous dit que si l'hôpital n'arrive pas à stabiliser la douleur, il va sortir et consommer de l'héroïne. Nous parvenons à lui faire entendre qu'on en discutera avec le médecin de l'unité. Nous tentons également de faire de la réduction des risques par rapport à ses consommations. Il semble s'apaiser car il remarque que nous ne voulons pas le laisser dans l'inconfort et que nous souhaitons qu'il reste à l'hôpital pour soigner sa main qui semble vraiment en mauvais état. Monsieur nous parle un peu plus de sa situation. Il nous confie qu'il est sorti de prison depuis environ 1 an, après une peine de plus de 20

ans. Il consommait un peu en prison, mais depuis qu'il est sorti, il est dans un pic de consommation, qui serait dû à ses fréquentations, notamment dans le squat où il vit.

Monsieur Y. nous paraît méfiant et dans l'attente de savoir ce que nous pourrions lui apporter.

La deuxième rencontre avec Monsieur se fait le lendemain, l'équipe soignante nous appelle en urgence car il a passé une mauvaise nuit, ils ont du mal à le gérer malgré le fait qu'ils lui ont administré son traitement de méthadone. Lorsque nous rentrons dans la chambre, Monsieur est somnolent, il nous dit qu'il a pris une gélule de 25mg de méthadone en plus qu'il avait encore sur lui. Il a eu mal à la main toute la nuit, il se tordait de douleur. Il nous confie être très angoissé à l'idée de perdre sa main. Nous demandons à l'équipe pourquoi ils n'ont pas augmenté son traitement antidouleur, ils disent que c'est parce qu'il est toxicomane et que ça risque de le rendre dépendant.

Lors de cette rencontre, Monsieur se livre un peu plus mais on sent qu'il est toujours méfiant, les acteurs psycho-sociaux ne lui veulent pas toujours du bien, on ne lui propose pas toujours des solutions pour lui. L'équipe soignante nous dit par la suite qu'avec le médecin de la douleur, ils ont mis en place un nouveau traitement en espérant que ça le soulage un peu plus.

Nous apprenons le lendemain que Monsieur Y. est sorti de l'hôpital sans prévenir. Il revient néanmoins aux Urgences le 16 mars car il avait trop mal à sa main. Il présente également une blessure à sa cheville car une voiture l'a percuté. A la suite de son passage aux Urgences, les médecins décident qu'il doit se faire opérer de la main pour éviter que l'infection continue de se propager.

Nous rencontrons Monsieur Y en unité de chirurgie orthopédique. L'équipe nous contacte car elle a vu dans son dossier que nous sommes allés le voir lors de sa première hospitalisation. La nuit s'est mal passée, Monsieur est menaçant envers le personnel soignant, il n'a pas dormi et s'est promené dans le couloir en se tordant de douleur.

Lorsque nous allons le voir, Monsieur semble assez content de notre venue, il commence par nous expliquer qu'il est sorti de l'hôpital car sa maman est décédée et qu'il souhaitait être auprès de sa famille et lui dire au revoir avant que son corps ne soit expatrié. Il nous dit qu'il souhaite revenir à son traitement médical de base, c'est-à-dire 30mg de méthadone ainsi que de reprendre le diazépam (2 gélules matin-midi-soir). Il est extrêmement anxieux, très agité et nerveux. Il angoisse à l'idée de se faire opérer, il a peur que l'opération se passe mal. Il dit être en manque, souhaite recevoir son diazépam. Nous lui expliquons que nous allons demander aux infirmières de lui en donner et Monsieur pensait que nous allions revenir en chambre avec. Lorsqu'il s'est rendu compte que non, l'anxiété de Monsieur est remontée, il nous suppliait de lui procurer du diazépam. Selon moi, nous avons à ce moment-là entravé l'autonomie de Monsieur en essayant de nous procurer son traitement, nous avons entretenu son indépendance au soignant (Zenoni, 2009).

Monsieur Y finit par se faire opérer, mais les contacts deviennent de plus en plus compliqués avec le personnel soignant, ils demandent un avis psychiatrique pour stabiliser le traitement de monsieur et un transfert vers l'unité psychiatrique est envisagé. Monsieur finit par signer une décharge et quitte l'hôpital.

Ce qui ressort de nos rencontres, c'est surtout le fait que Monsieur Y culpabilise de consommer autant depuis sa sortie de prison. Il ne se sent pas à l'aise dans la société, tout a changé, il n'était pas assez préparé pour affronter et s'adapter à la société telle que nous la connaissons aujourd'hui. Ce qui est important pour lui, c'est qu'il veut reprendre sa vie en main, il veut tout arrêter et reconstruire sa vie. Par ailleurs, nous le sentons assez fragile, sa situation n'est pas stable et tout peut dérailler en un instant. Il vit très mal sa sortie de prison

ainsi que ses passages en psychiatrie. Il dit ne pas supporter les contacts avec les autres résidents et finit par être agressif et violent avec eux.

Concernant son rapport à l'Autre, nous sentons que Monsieur Y. est très agressif et nerveux, il semblerait que ce mode de communication soit en réponse à un Autre qui lui veut du mal. Il se sent persécuté et est interprétatif à l'égard de ce que l'Autre lui renvoie de son image. Son agressivité pourrait être une réponse qu'il adopte pour se défendre de l'Autre, pour se protéger lorsqu'il se sent agressé et persécuté. Ce délire de persécution pourrait être un symptôme qui irait dans le sens d'une structure psychotique, notamment d'une structure paranoïaque.

Monsieur Y. nous a laissé entendre qu'il aurait commis des délits depuis sa sortie de prison. Il nous dit par ailleurs qu'il voudrait reprendre sa vie en main, peut-être commencer une formation ou trouver un emploi. Nous sommes amenés à penser qu'il aurait commis un délit car il ne reconnaît pas le monde extérieur. Il est sorti de prison en pleine pandémie, il y a le couvre-feu, moins de personnes dans les rues, le port du masque, etc. Ce schéma répétitif, accompagné de violence et d'agressivité, serait utilisé comme un mécanisme de défense. Se retrouver dehors sans aucun cadre de vie, sans structure, semble insoutenable pour Monsieur, la rupture entre la prison et le monde extérieur a été trop brutale.

Monsieur Y. semble avoir du mal avec le respect des normes, il vient toujours s'y confronter. Lorsqu'il consomme une gélule de méthadone en plus par exemple, ou qu'il descend pendant de longues heures en bas de l'hôpital, lorsqu'il insulte et menace le personnel soignant, il vient se heurter aux règles de l'hôpital. Il serait à la recherche d'un environnement dans lequel le cadre est bien présent mais auquel il peut se confronter. Il aurait été bénéfique qu'il fasse un petit séjour en psychiatrie comme il était convenu. Il aurait pu commencer à faire un sevrage comme il le souhaitait. Il aurait pu profiter de ce temps à l'abri de l'extérieur pour préparer au mieux sa réinsertion sociale, régler ses problèmes de CPAS et, pourquoi pas, chercher une communauté thérapeutique ou un appartement.

D'un point de vue extérieur, nous avons vécu le comportement des soignants comme étant le miroir du comportement de Monsieur. Il était agressif envers les infirmières et celles-ci répondaient à son agressivité par de l'agressivité. L'équipe de la Liaison-Addictions est souvent confrontée à ce genre de situation. Nous avons affaire à une population bas seuil, souvent stéréotypée et stigmatisée. Le rôle de notre équipe étant de pouvoir apporter un soutien à ses personnes, un regard non jugeant et bienveillant.

La situation extrêmement tendue entre Monsieur et le personnel soignant a joué un rôle dans sa sortie précoce. Nous n'avons pas pu aller au bout du travail avec lui, cette hospitalisation était vouée à l'échec. Dès sa première sortie, l'équipe de la Liaison-Addictions s'est rendue compte que nous ne pourrions rien faire pour améliorer la situation de Monsieur. Les moments où nous sommes allés le voir dans sa chambre, où nous nous sommes montrés non jugeants et bienveillants envers lui ont pu lui apporter une réelle bouffée d'air.

Par ailleurs, l'équipe de la Liaison-Addictions a pris contact avec Babel, l'institution qui a suivi Monsieur de nombreuses années afin d'avoir une confirmation de son traitement. Nous avons tenté de savoir pourquoi il n'y allait plus et si Babel était dans la capacité de reprendre un suivi avec lui. Bien que les liens soient rompus entre Babel et Monsieur, un éventuel retour dans ce centre ambulatoire semblait possible si Monsieur en fait la demande et se présente à ses entretiens de retour. Lors de nos passages, nous avons tenté de le lui faire entendre ; au premier abord, il ne semble pas vouloir y retourner, mais peut-être qu'avec un peu de recul, Monsieur Y. changera d'avis.

4. La DEQ du secteur Liaison-Addictions

Le thème choisi par notre équipe pour ce triennat est celui de la visibilité, essentiellement à travers la refonte et la mise à jour du site Internet d'Interstices.

Nous n'avons pas grand-chose à rajouter à ce chapitre puisque nous avons finalisé ce chantier fin 2019. Seule la page "Urgences" est toujours en construction et devrait être finalisée sous peu.

Par ailleurs, nous maintenons nos contacts avec les chargés de communication de l'hôpital afin de garantir notre visibilité en interne.

Cependant, dans ce contexte de pandémie, la communication véhiculée au CHU Saint-Pierre en 2020 fut principalement axée sur l'évolution du Covid-19 et les moyens mis en place pour enrayer l'épidémie.

5. Le dispositif « Alcool » intégré à la Liaison-Addictions

5.1. Introduction

Le Dispositif Alcool est financé par le SPF Santé Publique. La subvention du projet est attribuée à l'asbl IDA qui regroupe les trois organisations que sont la VAD, la FEDITO Wallonne et la FEDITO Bruxelloise, représentant des secteurs belges en matière de prévention, de Réduction des Risques et de traitements relatifs aux drogues et addictions. Interstices CHU Saint-Pierre asbl est l'institution initiatrice du projet.

La VAD est responsable de la coordination et du soutien des hôpitaux pour la Flandre et les hôpitaux flamands de Bruxelles. Interstices CHU Saint-Pierre asbl coordonne et soutient les hôpitaux francophones de Bruxelles et de la Wallonie.

5.2. Objectifs du Dispositif Alcool

Afin d'améliorer la détection et la prise en charge des patients usagers d'alcool, il a été décidé de former et de sensibiliser le personnel soignant des hôpitaux à la problématique « alcool ». Et ce, tant au niveau des services des Urgences que des unités somatiques via le développement d'outils spécifiques pour la création d'un circuit de soins en intra- et en extra-hospitalier.

L'objectif du Dispositif Alcool est de valoriser l'acquisition pour le personnel soignant de « bons savoir-faire » en matière d'alcoologie.

Le dispositif aide également à fournir des outils de base (arbre décisionnel pour le circuit de soins, brochures sevrage et infos soignants/patients, ...) pour amener les soignants vers une « sensibilité » en matière d'alcoologie, en valorisant le développement des ressources internes à leur hôpital respectif.

Dès 2009, le projet a d'abord été initié et testé au sein du CHU Saint-Pierre de Bruxelles sous l'appellation de « Liaison-Alcool ». Depuis 2014, le projet s'est exporté dans d'autres structures hospitalières du pays, en fusionnant avec le projet « Urgences-Alcool » et en se redessinant au fil du temps.

Le projet connexe intitulé « Urgences-Alcool » consistait en un dispositif de screening via la détection précoce et une intervention brève (DIBA : Diagnostic - Intervention Brève - Aiguillage) destiné aux personnes fréquentant les Urgences et pouvant présenter une consommation d'alcool potentiellement nocive pour la santé.

Entre 2009 et 2020, le projet a été implémenté dans 8 structures hospitalières du pays :

- CHU Saint-Pierre, Bruxelles (depuis 2009) ;
- C.H.R. Citadelle, Liège (depuis 2013) ;
- AZ Groeninge, Courtrai (depuis 2014) ;
- Centre de Santé des Fagnes, Chimay (depuis 2014) ;
- UZ Gent (depuis 2016) ;
- Ziekenhuis Oost-Limburg (depuis 2016) ;
- Centre Hospitalier de Jolimont (depuis 2016) ;
- Hôpital Princesse Paola, Marche-en-Famenne (depuis 2016).

Le Dispositif Alcool a été implémenté dans ces différentes structures hospitalières en 4 salves distinctes et selon différentes étapes de financement. Il s'agissait d'hôpitaux universitaires, non universitaires, ruraux, à site unique ou multiples. Ces hôpitaux disposaient de ressources parfois fortement dissemblables.

Les implémentations ont donc été régulées par des variables internes, rendant des résultats parfois peu homogènes. Les objectifs et la méthodologie ont également sensiblement évolué lors de ces différentes salves d'implémentation suite aux recommandations qui émanaient des terrains hospitaliers. Les différentes évaluations réalisées par les coordinations régionales et l'analyse globale du SPF Santé Publique réalisée en 2019 ont alors permis aux coordinateurs d'établir un nouveau modèle de projet « standardisé » durant l'année 2020 en vue de nouvelles implémentations prévues en 2021.

De cette analyse globale, il est ressorti que le Dispositif Alcool est perçu par les soignants comme étant une réelle plus-value. Ainsi, 92% des soignants formés ayant répondu à une enquête sont satisfaits des apports du Dispositif Alcool.

Les formations ont eu un effet favorable sur une série de points :

- Une meilleure attention concernant les usages d'alcool de la part des soignants ;
- Les questions sur les consommations d'alcool sont plus souvent posées ;
- De nombreux outils (brochures, guidelines, affiches, circuit de soins, échelle de sevrage, ...) ont été mis en place, diffusés et implémentés dans les pratiques quotidiennes des soignants ;
- Il y a une meilleure détection des « cas cliniques alcool » ;
- Les patients sont plus rapidement orientés ;
- On observe une intensification des collaborations entre professionnels via la formalisation du circuit de soins alcool (meilleure synergie inter-services) ;
- Une amélioration significative des connaissances concernant les concepts de base en alcoologie ;

- Une meilleure gestion des sevrages physiques d'alcool ;
- La diffusion de brochures de sensibilisation vers les patients et les soignants ;
- Il y a une évolution positive de la communication des soignants autour des questions relatives aux usages d'alcool.

5.3. Les 5 grands axes du Dispositif Alcool

- Sensibiliser les soignants des hôpitaux généraux ;
- Former les soignants des hôpitaux généraux ;
- Appuyer les équipes soignantes des hôpitaux généraux ;
- Agencer des circuits de soins alcool au sein des hôpitaux généraux ;
- Organiser des synergies régionales dans un cadre national.

5.4. Financement et missions

Pour la mise en œuvre du projet, un financement en deux phases et sur une période de six ans est prévu pour chaque structure hospitalière.

Phase d'implémentation : Financement pendant les 3 premières années d'un 0.5 etp pour un poste de gestionnaire alcool (le CHU Saint-Pierre a encore bénéficié de ce subside jusque mai 2020, le gestionnaire Alcool faisait partie de l'équipe d'Interstices. Avant 2021, cette phase a été plus longue pour certains hôpitaux).

Un gestionnaire Alcool est engagé dans chaque hôpital et celui-ci a pour mission :

- D'organiser des formations et/ou formations continues en matière de détection et prise en charge des problèmes d'alcool du personnel médical et paramédical ;
- De sensibiliser le personnel (notamment en étant présent lors des réunions d'équipe) ;
- De répondre aux questions des intervenants de soins concernant les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients alcool ;
- De mettre en place un circuit de soins alcool :
 - Établir des procédures et des guidelines ;
 - Déterminer le trajet de soins (que faire et où orienter) d'un patient avec un problème d'alcool en renforçant notamment les partenariats possibles ;
 - Développer, diffuser et promouvoir les outils d'aide (certains outils sont déjà développés, mais il sera important de tenir compte des spécificités de l'hôpital).
- De mettre en place un groupe de travail alcool au sein de l'hôpital regroupant les partenaires alcool les plus pertinents. Les objectifs de ce groupe seront notamment :
 - Recenser les ressources nécessaires et disponibles autour de l'hôpital et favoriser les partenariats en interne ;
 - Concertations pour réfléchir à comment mettre en œuvre le projet le plus adéquatement possible ;
 - Établir des protocoles de collaborations en aval et en amont du séjour hospitalier.

- De favoriser le réseau externe alcool pour améliorer les orientations ;
- De participer à l'évaluation du projet :
 - Communiquer l'état des lieux tous les 3 mois (réunions régulières avec les coordinateurs et suivi des statistiques demandées) ;
 - Rédiger les rapports d'activités selon le template déterminé par le SPF Santé Publique ;
 - Répondre aux demandes ponctuelles d'informations de la coordination générale (rapports spécifiques).
- De participer aux concertations inter-régionales et nationales organisées par les coordinateurs.

Phase de pérennisation : Financement d'un poste de clinical leader (0.10 etp) durant les années 4-5 et 6
(le CHU Saint-Pierre dispose de ce subside depuis juin 2020, cette fonction est assurée par un membre de l'équipe d'Interstices).

A la fin de la troisième année de financement, un clinical leader est officiellement désigné par la direction afin d'assurer la pérennisation du projet. Ce clinical leader a pour mission de s'assurer que l'effet du projet puisse subsister en dehors de tout financement (après 6 ans).

On entend par « clinical leader » une personne motrice, formée et largement sensibilisée en matière d'alcool, qui incite les autres membres du personnel à s'impliquer dans la problématique alcool.

Les missions du « clinical leader » seront les suivantes :

- Pérenniser le circuit de soins mis en place durant les 3 premières années (ou plus pour les plus anciens hôpitaux associés au projet) ;
- Participer à une formation continue en matière d'alcool et à des interventions organisées par les coordinateurs et solliciter les coordinateurs en vue d'un soutien et de conseils personnalisés ;
- Favoriser la continuité de la sensibilisation du personnel en matière d'alcool et promouvoir le recours aux outils Alcool déjà développés ;
- Entretien des liens avec les partenaires Alcool, la direction et les coordinateurs du projet.

Tout au long de ces 6 années, la coordination générale, établie à Interstices pour la partie francophone du projet, apporte le soutien nécessaire pour le bon déroulement du projet. Les missions des coordinateurs sont les suivantes (en 2020, les 8 hôpitaux du projet ont été concernés par la phase implémentation jusqu'au mois de mai, puis par la phase de pérennisation) :

Phase implémentation (pendant les 3 premières années) :

- Accompagner régulièrement les gestionnaires Alcool dans la mise en place du projet ;
- Évaluer tous les 3 mois la mise en place du projet par les gestionnaires alcool ;
- Organiser des interventions (par rôle linguistique) et une journée de réflexion commune avec tous les hôpitaux impliqués dans le projet ;
- Assurer la cohérence et l'harmonisation du projet dans l'ensemble des hôpitaux ;
- Communication avec le SPF Santé Publique (comité d'accompagnement et synthèse de l'état des lieux dans chaque hôpital).

Phase de pérennisation (années 4-5 et 6) :

- Soutenir les clinical leaders dans leurs missions ;
- Organisation de formations continues et d'intervisions sur le thème de l'alcool (au moins une fois par an) ;
- Stimuler l'implication du personnel des hôpitaux.

Suivi du travail réalisé par le clinical leader 2021.

5.5. 2020, une année préparatoire

Le projet a été modifié pour les futures implémentations qui débiteront en 2021, selon les modalités présentées ci-dessus. Il est défini dans un manuel (rédigé par les coordinateurs du projet en 2020). Ce manuel reprend en détail, les objectifs poursuivis, le phasage préétabli trimestre par trimestre durant les 3 ans de la mise en place du projet, ainsi que les impératifs qui incombent aux gestionnaires Alcool, clinical leaders et aux directions. Tout au long des implémentations, un suivi des processus et de l'atteinte des objectifs est assuré via des protocoles établis par les coordinateurs.

Pour obtenir plus d'informations et obtenir le manuel :

- Pour les francophones : Frédéric Loboz – Interstices CHU Saint-Pierre asbl
 - frederic.loboz@stpierre-bru.be ou 02/535 30 52
- Pour les néerlandophones : Lyssa Toyinbo – VAD
 - Lyssa.Toyinbo@vad.be ou 02/423 03 36

En 2021, 7 nouveaux hôpitaux seront sélectionnés pour une implémentation du projet « Dispositif Alcool ». La sélection des hôpitaux sera effectuée sur base d'un appel à projet et d'une série de conditions basée sur un protocole élaboré en 2020.

5.6. Le Projet AS-OH

En 2020, l'équipe de la Liaison-Addictions a souhaité étendre son activité en rentrant un dossier de demande d'agrément pour les réseaux en santé. Ce dossier n'a hélas pas été accepté.

5.7. Objectifs du projet AS-OH

Le réseau AS-OH avait le souhait d'améliorer l'accès aux soins des patients présentant des troubles de la consommation d'alcool en soutenant et en fluidifiant les liaisons possibles au sein du réseau ambulatoire « bas-seuil » existant via le développement de synergies et de supports cliniques.

Réseau AS-OH Réseau de liaison pour faciliter l'accès aux soins des usagers d'Alcool

Finalité

Le réseau AS-OH a pour finalité d'améliorer l'accès aux soins des usagers d'alcool via l'agencement de supports cliniques opérants de proximités au sein du secteur ambulatoire bas-seuil tout en développant des synergies entre les différents acteurs de celui-ci

Objectifs Généraux

Améliorer l'accès aux soins Offrir des supports cliniques Développer des synergies Penser l'alcool et le bas-seuil

Objectifs Opérationnels

Soutenir & Développer

Former & Sensibiliser

Aiguiller & Organiser

Analyser & Promouvoir

Activités

- Détecter les typologies de pratiques et les aborder avec les membres du réseau
- Soutenir dans les difficultés via des postures de proximités
- Développer des réponses cliniques avec les membres du réseau
- Développer une pratique mobile
- Soutenir le réseau via des permanences cliniques stratégiques
- RDR

- Former et sensibiliser à l'alcoologie les membres du réseau
- Proposer des cycles d'interventions et/ou de supervisions
- Développer des outils conjoints entre membres du réseau
- Mettre en place des pratiques « alternatives » adaptées au public bas-seuil

- Gestion d'un groupe de travail composé de membres du réseau
- Faciliter le passage des usagers vers les espaces de soins les plus adéquats
- Organiser les échanges entre institutions partenaires
- Développer et ajuster le réseau en fonction des besoins du terrain et des membres
- Cartographier le réseau et ses agencements

- Analyse des activités du réseau et des typologies de prises en charges
- Evaluation contenue des objectifs
- Développer et ajuster le réseau en fonction des analyses quantitatives et qualitatives
- Promouvoir une approche bas-seuil en alcoologie et engager des acteurs
- Réaliser des journées d'études et publications

Une convention de partenariat avait été signée entre différentes institutions (Sampas asbl, Le Projet Lama, la M.A.S.S. de Bruxelles, le Samu Social, les Services de Psychiatrie du CHU Saint-Pierre et du CHU Brugmann). Aujourd'hui, ce projet n'est pas sur pieds. Toutefois, les échanges entre ces institutions, et d'autres, perdurent. Depuis, des partenariats se sont même mis en place, comme le cycle de sensibilisation organisé par l'équipe de la Liaison-Addictions auprès de l'ensemble des travailleurs du Samu social durant l'année académique 2021-2022 ou des échanges, comme des Tables Rondes organisées par la Plateforme en Santé Mentale Bruxelloise. Pour notre équipe, l'idée reste de vouloir instaurer une dynamique dans ce champs d'action. Pour ce plan, c'est donc partie remise ...

6. Liaison-Addictions : Conclusions générales & Perspectives

Dans ce contexte difficile, nous avons néanmoins poursuivi nos missions : accompagnement des équipes soignantes dans la prise en charge des patients ayant des conduites addictives, accueil et soutien aux patients et leur entourage, RdR et limitation des dommages, interface entre l'hospitalier et l'ambulatoire.

Malgré les adversités, nous avons adapté nos interventions en tenant compte des mesures sanitaires. Lors du premier confinement, et sans pouvoir clairement l'objectiver, nous avons eu l'impression qu'une partie de nos patients avaient déserté l'hôpital. Pour nombre d'entre eux, le CHU Saint-Pierre reste un point de repère, tant au niveau de son service d'Urgences que des Unités de soins.

D'après nos contacts avec le réseau ambulatoire, il semblerait que la peur de la contamination en a éloigné plus d'un. Par ailleurs, le contexte de crise sanitaire a surtout mis l'accent sur la prise en charge de l'épidémie, parfois au détriment des autres pathologies et des dimensions psycho-sociales de la santé.

En tout cas, il semble évident que cette crise sanitaire a fragilisé les plus vulnérables, socialement et psychologiquement. Les conditions de vie et la santé mentale de certains de nos patients se sont détériorées, poussant nos patients dans des situations de plus en plus inextricables.

Comment rester confiné quand on vit à la rue ? Visibilité accrue de leur présence dans des lieux publics rendus vides par l'épidémie avec renforcement des contrôles policiers dont ils ont pourtant l'habitude.

Fermeture de certains services subvenant aux besoins primaires (douches, colis alimentaires ...) et impossibilité de faire la manche dans des rues vides de tout passant. Plus possible non plus de faire des petits boulots de débrouille, vu la fermeture de nombre de commerces, horeca ...

Le seul bénéfice secondaire de cette crise réside dans l'élargissement notoire des places d'accueil et d'hébergement (Croix Rouge, Samu, MSF, hôtels et auberges de jeunesse ...); ce qui a permis à bon nombre de nos bénéficiaires de ne pas passer l'hiver dehors.

Dans ce cadre, nous avons eu des contacts réguliers avec le Samu Social, confronté à des consommations d'alcool dans ses lieux d'accueil. Nous avons d'ailleurs convenu d'animer, chez eux, des séances d'intervention autour de cette problématique : « Consommation d'alcool et/ou de drogues dans les lieux d'hébergement ». Celle-ci devraient débuter dans le courant du mois de septembre.

Mais à l'heure d'écrire ces lignes et à un moment où des jours meilleurs s'annoncent enfin, les portes se referment. Là où on devrait tendre à la mise en logement pour tous, on remet à la rue nombre d'hébergés (220 personnes ont vu cette semaine les portes du Samu Social se fermer pour eux).

C'est le retour à l'errance, la galère et la débrouille avec toutes les conséquences sanitaires (médico-psycho-sociales) que l'on connaît, ayant des impacts non négligeables sur la santé tant en terme de santé publique que de santé individuelle.

“La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie”, déclarait en 1986 la Charte d’Ottawa (OMS- La Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé : [www. Euro.who.int.](http://www.euro.who.int))

Nombre d’acteurs du social-santé insistent depuis longtemps déjà sur les déterminants sociaux de la santé. Tirons les leçons de cette crise sanitaire tant qu’il en est encore temps et avant de revenir à l’(a)normal.

Nous sommes témoins quotidiennement, dans notre travail à l’hôpital, de l’importance de ces déterminants qui, s’ils ne sont pas réellement pris en compte par nos décideurs, ne feront que creuser les inégalités sociales au grand désespoir de nos bénéficiaires ET des intervenants qui tentent de les réduire ou de pallier à leurs carences ...

Patricia Diederich, coordinatrice de la Liaison-Addictions

V. Urgences-Toxicomanies

L'équipe d'Interstices présente, depuis de nombreuses années, un point d'accroche privilégié et indispensable au cœur des Urgences du CHU Saint-Pierre. En effet, un travailleur d'Interstices est étroitement intégré au sein même des Urgences psychiatriques. Cette intégration a une fonction essentielle. Elle permet, entre autres, à l'équipe d'Interstices d'avoir une action directe à l'intérieur de la fréquente -et parfois unique- porte d'entrée des personnes toxico-dépendantes, à savoir le service d'urgence d'un hôpital général.

La présence de ce travailleur permet également, avec son tropisme spécifique pour le domaine de la toxicologie, de sensibiliser et d'informer les équipes soignantes. En effet, ces équipes se sentent souvent dépourvues et/ou épuisées face à la prise en charge des patients usagers de toxiques (patients chroniques, difficiles à « accrocher » à un projet thérapeutique, ...).

Le service des Urgences psychiatriques est globalement composé d'une équipe pluridisciplinaire. En effet, il est constitué d'un assistant en psychiatrie (PG) et de quatre psychologues, dont celle détachée par Interstices. Par ailleurs, une assistante sociale est également présente au sein du service. Cette multidisciplinarité est essentielle étant donné l'intrication souvent multiple et complexe des problématiques présentées par les patients toxico-dépendants.

En 2020, en raison de la situation sanitaire d'une part, et de sa situation personnelle et familiale d'autre part, la psychologue détachée aux Urgences psychiatriques a été absente durant certaines périodes, parfois longues de plusieurs mois. Il n'a dès lors pas été possible de quantifier de manière précise la fréquentation des Urgences spécifiquement liée aux addictions.

Vous trouverez néanmoins ci-dessous les caractéristiques générales que présentent les patients rencontrés.

Parmi les patients vus aux Urgences psychiatriques, beaucoup de personnes présentent un trouble lié à l'usage d'une ou de plusieurs substances. Notons que ces patients toxico-usagers ne sont pas nécessairement venus aux Urgences pour ce problème de substances en première intention (mais se sont par exemple présentés pour une problématique somatique, un problème d'anxiété, ...).

L'arrivée aux Urgences peut en effet être à l'origine de demandes très diversifiées. Par ailleurs, pour un certain nombre de ces patients, les services d'urgences représentent la porte d'entrée principale, voire unique, vers les secteurs de la santé en général, et de la santé mentale en particulier. La nécessité d'une prise en charge spécifique de ces patients par des professionnels sensibilisés à la problématique de la toxicomanie (au sens large) est dès lors essentielle. Par là-même, l'enjeu de la présence d'un membre de l'équipe Interstices au sein des Urgences transparaît de manière flagrante.

Le type de substance le plus souvent rencontré lors des interventions aux Urgences psychiatriques concerne les problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool. Notons que les interventions liées à l'alcool réalisées aux Urgences psychiatriques concernent essentiellement trois types de situations :

- Premièrement, les états d'éthylisme aigu, souvent associés à des troubles du comportement. Pour

ces patients, l'intervention psychologique immédiate n'est généralement pas possible. Le repos est avant tout nécessaire, avec ou sans médication associée, tout en effectuant une surveillance régulière des paramètres vitaux (tension, pouls, ...). Lorsqu'un contact clinique est à nouveau possible avec le patient, le sens de cet état éthylique est notamment abordé avec lui : Est-ce « une erreur de parcours » ponctuelle ou un phénomène récurrent ? Quelles en sont les conséquences ? Y a-t-il un désir de changement ?

- Le deuxième type d'intervention liée à l'alcool concerne les demandes de sevrage en urgence. Cette demande émane soit du patient lui-même, soit de sa famille ou de ses proches, soit, enfin, du médecin traitant. Un travail clinique motivationnel est alors réalisé.
- Enfin, le troisième et dernier type d'intervention concerne la consommation d'alcool généralement en grande quantité, souvent associée à une prise de médicaments, dans un contexte de tentative de suicide. L'entretien clinique permettra d'évaluer la problématique, notamment la présence ou non d'un trouble psychiatrique, l'ampleur des idées suicidaires ainsi que les antécédents du patient. Cette évaluation débouchera parfois sur la nécessité d'une hospitalisation.

L'autre type de substance rencontrée aux Urgences est associé aux opiacés. Une majorité de ces demandes concerne les dépannages pour un traitement de substitution par méthadone. A propos de ces dépannages méthadone, nous évitons, dans la mesure du possible, de prescrire ce genre de traitement aux Urgences, afin, essentiellement, d'éviter de fidéliser les patients au service d'urgence, mais plutôt de tenter de les insérer dans une structure de soins permettant un suivi plus spécifique et continu (à la MASS de Bruxelles, par exemple). Nous tentons de limiter ce genre de prescription aux situations telles que l'hospitalisation du patient dans un service médical de l'hôpital via les Urgences, la demande via les autres secteurs d'Interstices (la Liaison-Addictions ou Parentalité-Addiction) ou lorsque le patient doit être incarcéré (les « vus et soignés »).

Par ailleurs, précisons qu'avant chaque prescription de méthadone, un travail préalable de vérification du dosage est toujours réalisé auprès des services délivrants habituels du patient (médecin traitant, pharmacie, ...).

D'autres substances pour lesquelles les patients se présentent aux Urgences sont les benzodiazépines, notamment le Rivotril® que les patients se procurent généralement au marché noir. Nous évitons de faire ce type de prescription et orientons les patients vers des centres plus spécialisés. Malheureusement, ces patients ont parfois du mal à accepter ce refus et peuvent alors montrer une certaine agressivité envers nous.

VI. Les Formations en 2020

1. Équipe Parentalité-Addiction

1.1. Formations reçues

- Du 16/01 au 16/06/2020 : 11 modules de 2 heures – « Récits de vie » à l’UCL Institut de recherche en sciences psychologiques, S. Race ;
- 27/01/2020 : Article 27 – « Le réseau en action », S. Race ;
- 28/01/2020 : Colloque – « Les occupations temporaires : actualités & perspectives » à l’Institut de recherches interdisciplinaires, Bruxelles, S. Race ;
- Les 24, 25, 26 & 27/08/2020 : « Massage de la femme enceinte », au centre Le Cœur sur la Main, A. Maerten ;
- 10/09/2020 : Supervision clinique par M-P Durieux, pédopsychiatre, toute l’équipe ;
- 07/10/2020 : Rentrée académique du réseau médico-psychologique du CHU Saint-Pierre, A. Maerten & A. Robert ;
- 16/10/2020 : Conférence par M. Labbe (webinaire), « La ville nous appartient : l’architecture du mépris » ;
- 20/11/2020 : Présentation du rapport du délégué aux droits de l’enfant par B. Devos (webinaire).

1.2. Formations données

- 27/01/2020 : « Impact des consommations sur le fœtus & le nouveau-né » au service de néonatalogie de l’hôpital Érasme, par le Dr F. Dupont & A. Robert ;
- 23/10/2020 : « Particularités de la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes » à l’Iseï par A. Maerten & A. Robert.

2. Équipe Liaison-Addictions

Réunions dans Le cadre des implémentations (Dispositif Alcool)

- 27/02, 02/04, 25/06, 17/09, 13/10 : Réunion groupe des psychologues du CHU Saint-Pierre ;
- 28/01, 10/03, 17/06, 10/09, 05/10 : Réunion Dispositif Alcool IDA ;
- 08/09, 10/09, 11/09, 24/09, 06/10, 22/10 : Réunion GTA (Circuit de Soins Alcool CHU) ;
- 14/01, 31/01, 20/02, 05/03, 11/05, 04/05, 20/05, 28/05, 14/09, 24/09, 19/10, 26/10, 07/12, 11/12 : Réunion gestionnaires Alcool / Clinical Leader ;
- 02/03, 17/03, 15/09, 21/09, 15/10 : COMA SPF ;
- 24/11 : Réunion projet coopération Samu Social ;
- 15/09 : Rencontre avec psychologue tabac ;
- 21/01, 11/02, 27/03 : Réunion fête du personnel du CHU Saint-Pierre (stand Alcool) ;
- 04/09 : Réunion groupe Alcool, Plateforme Bruxelloise Santé Mentale.