

# RAPPORT D'ACTIVITE 2019

2019

Unité Clinique résidentielle de postcure  
pour personnes toxicomanes et/ou  
alcooliques subsidiée par l'INAMI et la  
Région Wallonne

ALISES Asbl/Unité Clinique Ellipse  
Rue du Houssu 99 7141 Carnières  
Tél : +32(0)64/44 17 20-21  
Fax : +32(0)64/44 17 22

Email : [secretariat.medical@alises.be](mailto:secretariat.medical@alises.be)

N° d'identification : 77301674

## TABLE DES MATIERES

|   |    |
|---|----|
| Chapitre 1 : Identification du service .....                                  | 3  |
| 1.1 Dénomination et coordonnées .....   | 3  |
| 1.2 Coordonnées d'une personne de contact .....                               | 3  |
| 1.3 Description de l'équipe .....   | 3  |
| 1.4 Changements éventuels apportés au statut du service .....                 | 3  |
| Chapitre 2 : Les demandes de préadmission .....                               | 5  |
| Chapitre 3 : Prises en charge 2019 et données épidémiologiques.....           | 6  |
| 3.1 Sexe .....  | 6  |
| 3.2 Nationalité .....   | 7  |
| 3.3 Etat civil.....   | 8  |
| 3.4 Enfants.....  | 8  |
| 3.5 Origine géographique.....   | 9  |
| 3.6 Lieux de provenance .....   | 9  |
| 3.7 Niveau de scolarité .....   | 11 |
| 3.8 Nombre de nouveaux « cas ».....   | 11 |
| 3.8.1 Premier traitement .....  | 12 |
| 3.8.2 Premier séjour à Ellipse.....   | 12 |
| 3.9 Ressources des personnes entrées en 2019.....                             | 12 |
| 3.10 Consommation produit principal.....                                      | 13 |
| 3.11 Age du début de la consommation.....                                     | 13 |
| Chapitre 4 : Durée des séjours et des fins de contrat.....                    | 14 |
| 4.1 Fin de contrat (données arrêtées au 31/12/19).....                        | 14 |
| 4.2 Durée moyenne des séjours terminés en 2019 .....                          | 14 |
| Chapitre 5 : Taux d'occupation.....   | 16 |
| Chapitre 6 : Les aspects médico-psychosociaux résidentiels et familiaux ..... | 17 |
| 6.1 Travail en prison.....  | 17 |
| 6.2 Aspect médical .....  | 17 |
| 6.2.1 Modalités.....  | 17 |
| 6.2.2 Anamnèse .....  | 17 |
| 6.2.3 Examen clinique.....  | 18 |
| 6.2.4 Biologie.....   | 18 |
| Quelques remarques .....  | 18 |
| 6.3 Suivi psychiatrique.....  | 18 |
| 6.4 Le travail familial .....   | 20 |
| 6.5 Le travail Psy.....   | 23 |
| 6.6 Le travail social .....   | 26 |
| 6.6.1 La réinsertion et la 3 <sup>ème</sup> phase .....                       | 27 |
| 6.6.2 Les groupes .....   | 27 |
| 6.6.3 Participation du service social aux réunions et formations .....        | 28 |
| 6.6.4 Animation d'atelier .....   | 29 |
| 6.7 La « communauté thérapeutique » dans un centre de postcure.....           | 30 |
| Chapitre 7 : Mécénats et projets .....  | 32 |

## Chapitre 1 : Identification du service

### 1.1 Dénomination et coordonnées

ASBL ALISES unité clinique Ellipse – Centre résidentiel de postcure pour personnes toxicomanes et/ou alcooliques.

Le centre résidentiel de postcure pour personnes toxicomanes et/ou alcooliques de l'ASBL ALISES est l'unité clinique Ellipse, anciennement Ellipse ASBL subsidiée par l'INAMI et agréé par la Région Wallonne.

#### Adresse du siège social

Rue du Houssu 99  
7141 Carnières  
Tél : +32(0)64/44 17 20-21  
Fax : +32(0)64/44 17 22  
Email : [secretariat@alises.be](mailto:secretariat@alises.be)

Site : [www.ellipsecentre.be](http://www.ellipsecentre.be) – [www.alises.eu](http://www.alises.eu)

#### Adresse et coordonnées de l'institution

Rue du Houssu 99  
7141 Carnières  
Tél : +32(0)64/44 17 20-21  
Fax : +32(0)64/44 17 22  
Email : [secretariat@alises.be](mailto:secretariat@alises.be)

### 1.2 Coordonnées d'une personne de contact

#### Personnes de contact

Monsieur Stephan LUISETTO – Directeur  
Madame Delphine VIGNY – Responsable Résidentiel  
Monsieur Willy-Herman SAMAIN – Directeur Médical, Psychiatre

### 1.3 Description de l'équipe

L'équipe est composée : d'un médecin psychiatre, d'un médecin généraliste, d'un directeur, de treize éducateurs spécialisés, de cinq psychologues dont un thérapeute familial, de cinq assistants sociaux, d'une équipe administrative et d'une équipe technique.

### 1.4 Changements éventuels apportés au statut du service en 2018 :

Ellipse est une institution qui s'est constituée en association sans but lucratif le 14 décembre 1992. Les statuts publiés au Moniteur Belge ont été revus le 30 novembre 2005.

Depuis le mercredi 19 novembre 2014, Ellipse Asbl, l'Ancrage Asbl et le centre psychiatrique de jour pour adultes Alba ont fusionné afin de devenir une seule et même entité « ALISES Asbl » (cfr. [www.alises.eu](http://www.alises.eu)).

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017, après un appel à projet lancé par le Ministère de l'Aide à la Jeunesse, le Service d'Accueil et d'Aide Educative (SAAE) le Biseau voit le jour dans l'Asbl Alises et développe son activité.

L'association a pour but la promotion d'un travail en vue d'apporter une aide spécialisée telle que définie par le décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la Jeunesse.

ALISES est la nouvelle appellation de l'Asbl et reprend intégralement tant l'objet social d'Ellipse que son agrément en tant que service agréé en assuétudes tant au niveau fédéral (INAMI) que régional (suivant le Code de l'Action Sociale et de la Santé).

### Article 3 : but

*« L'association a pour but le traitement de la toxicomanie et toute forme d'aide aux personnes toxicomanes et/ou alcooliques et à leur entourage. En vue d'atteindre ce but, l'association a pour objet :*

- 1) D'organiser et assurer une aide médicale, psychologique et sociale ;*
- 2) D'organiser et de développer des activités de prévention, de traitement et de réinsertion.*

*L'association peut accomplir toutes opérations accessoires se rattachant à ses buts et objets principaux.*

*L'association peut devenir membre ou administrateur de personnes morales ayant un objet social compatible avec le sien ».*

## Chapitre 2 : Les demandes de préadmission

| Période                    | Nombre de demandes de préadmission | Pas venu à la préadmission | Nombre de demandes effectuées | Nombre d'entrées |
|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|------------------|
| 1 <sup>er</sup> trimestre  | 80                                 | 37                         | 53                            | 9                |
| 2 <sup>ème</sup> trimestre | 118                                | 51                         | 67                            | 19               |
| 3 <sup>ème</sup> trimestre | 94                                 | 31                         | 63                            | 16               |
| 4 <sup>ème</sup> trimestre | 113                                | 41                         | 72                            | 18               |
| <b>Total</b>               | <b>405</b>                         | <b>160</b>                 | <b>255</b>                    | <b>62</b>        |

### Constatation :

15,3% (62) des demandes téléphoniques initiales (405) aboutissent à une entrée dans le centre.

Ce chiffre passe à 24,3% (62) en partant des préadmissions effectives (255) (taux de rétention).

|                       | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019      |
|-----------------------|------|------|------|------|-----------|
| <b>Nbre d'entrées</b> | 60   | 45   | 51   | 61   | <b>62</b> |

## Chapitre 3 : prises en charge 2019 et données épidémiologiques

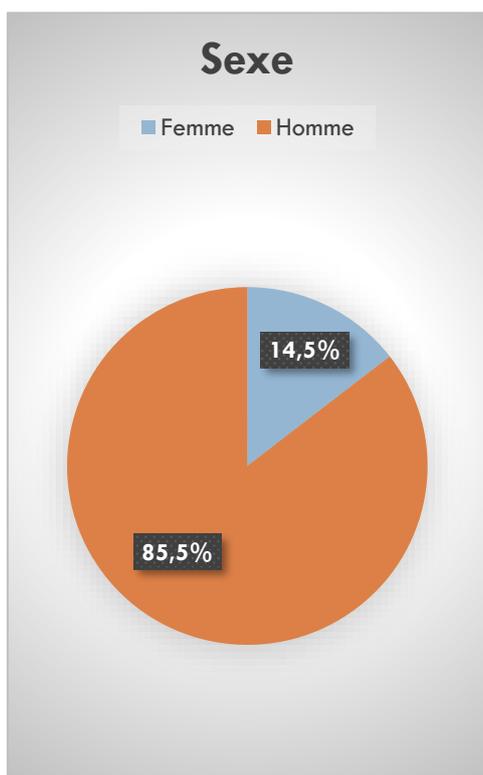
62 patients sont entrés en postcure à Ellipse en 2019.

En tenant compte des 20 présents au 01/01/2019, cela représente **82 prises en charge**.

Signalons que la moyenne d'âge de nos patients pour l'année 2019 est de 40 ans (du plus jeune, 22 ans, au plus âgé, 60 ans).

Signalons la moyenne d'âge stable de nos patients.

### 3.1 Sexe

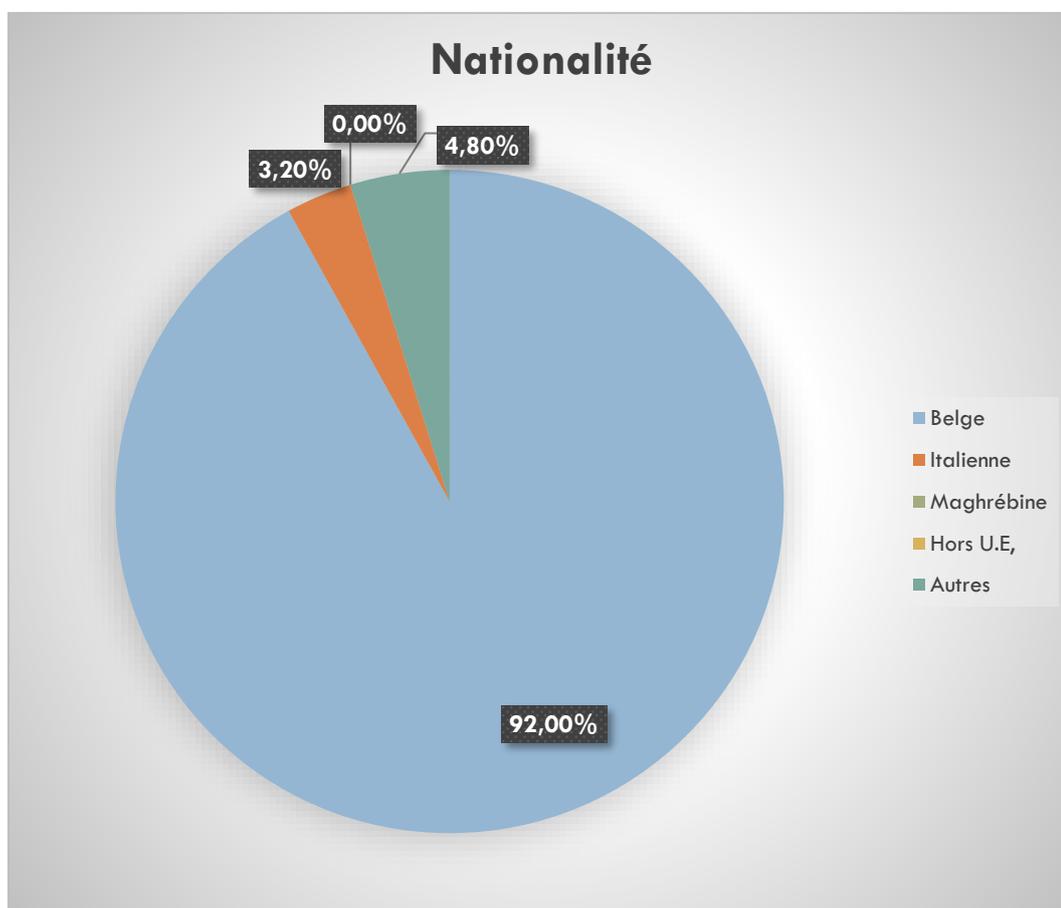


| Sexe         | Nombre absolu | 2019        |
|--------------|---------------|-------------|
| Femme        | 9             | 14,5%       |
| Homme        | 53            | 85,5%       |
| <b>Total</b> | <b>62</b>     | <b>100%</b> |

Le nombre de patientes au centre résidentiel reste stable par rapport à l'année 2018 (14,75%)

| Sexe         | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Femme        | 13,3%       | 13,4%       | 15,6%       | 14,75%      | 14,5%       |
| Homme        | 86,7%       | 86,6%       | 84,4%       | 84,25%      | 85,5%       |
| <b>Total</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> |

### 3.2 Nationalité



| Nationalité  | Nombre absolu | 2019        |
|--------------|---------------|-------------|
| Belge        | 57            | 92%         |
| Italienne    | 2             | 3,2%        |
| Maghrébine   | 0             | 0%          |
| Hors U.E.    | 0             | 0%          |
| Autres       | 3             | 4,8%        |
| <b>Total</b> | <b>62</b>     | <b>100%</b> |

Sur l'exercice 2019, 92% de nos patients sont de nationalité belge.

| Nationalité | 2015 | 2016  | 2017  | 2018  | 2019 |
|-------------|------|-------|-------|-------|------|
| Belge       | 85%  | 86,7% | 82,4% | 93,5% | 92%  |
| Italienne   | 3,3% | 2,2%  | 1,9%  | 1,6%  | 3,2% |
| Maghrébine  | 6,7% | 6,7%  | 11,8% | 0%    | 0%   |
| Hors U.E.   | 1,7% | 2,2%  | 0%    | 1,6%  | 0%   |

|              |             |             |             |             |             |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Autres       | 3,3%        | 2,2%        | 3,9%        | 3,3%        | <b>4,8%</b> |
| <b>Total</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> |

### 3.3 Etat civil

| Etat civil     | Nombre absolu | 2019         |
|----------------|---------------|--------------|
| Célibataire    | 48            | <b>77,4%</b> |
| Marié          | 1             | <b>1,6%</b>  |
| Séparé/divorcé | 13            | <b>21%</b>   |
| <b>Total</b>   | <b>62</b>     | <b>100%</b>  |

| Etat civil     | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019         |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Célibataire    | 78,3%       | 84,5%       | 78,4%       | 80,3%       | <b>77,4%</b> |
| Marié          | 1,7%        | 2,2%        | 3,9%        | 3,3%        | <b>1,6%</b>  |
| Séparé/divorcé | 20%         | 13,3%       | 17,7%       | 16,4%       | <b>21%</b>   |
| <b>Total</b>   | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b>  |

Les patients sont principalement célibataires.

### 3.4 Enfants

| Enfants      | Nombre absolu | 2019        |
|--------------|---------------|-------------|
| Oui          | 23            | <b>37%</b>  |
| Non          | 39            | <b>63%</b>  |
| <b>Total</b> | <b>62</b>     | <b>100%</b> |

| Enfants      | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Oui          | 36,7%       | 66,7%       | 41,1%       | 47,5%       | <b>37%</b>  |
| Non          | 63,3%       | 33,3%       | 58,9%       | 52,5%       | <b>63%</b>  |
| <b>Total</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> |

Moins d'une personne sur deux a un ou plusieurs enfants en 2019.

### 3.5 Origine géographique

| Origine         | Nombre absolu | 2019        |
|-----------------|---------------|-------------|
| Liège           | 3             | 4,8%        |
| Bruxelles       | 7             | 11,3%       |
| Charleroi-Namur | 12            | 19,4%       |
| Mons            | 1             | 1,6%        |
| Centre          | 9             | 14,5%       |
| Autres          | 19            | 30,6%       |
| Sans adresse    | 11            | 17,8%       |
| <b>Total</b>    | <b>62</b>     | <b>100%</b> |

| Origine         | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Liège           | 15%         | 6,6%        | 11,8%       | 8,2%        | 4,8%        |
| Bruxelles       | 20%         | 20%         | 23,5%       | 11,5%       | 11,3%       |
| Charleroi-Namur | 21,7%       | 26,7%       | 15,7%       | 34,4%       | 19,4%       |
| Mons            | 5%          | 0%          | 9,8%        | 3,3%        | 1,6%        |
| Centre          | 20%         | 8,9%        | 13,7%       | 13,2%       | 14,5%       |
| Autres          | 6,7%        | 17,7%       | 9,8%        | 14,7%       | 30,6%       |
| Sans adresse    | 11,6%       | 20%         | 15,7%       | 14,7%       | 17,8%       |
| <b>Total</b>    | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> |

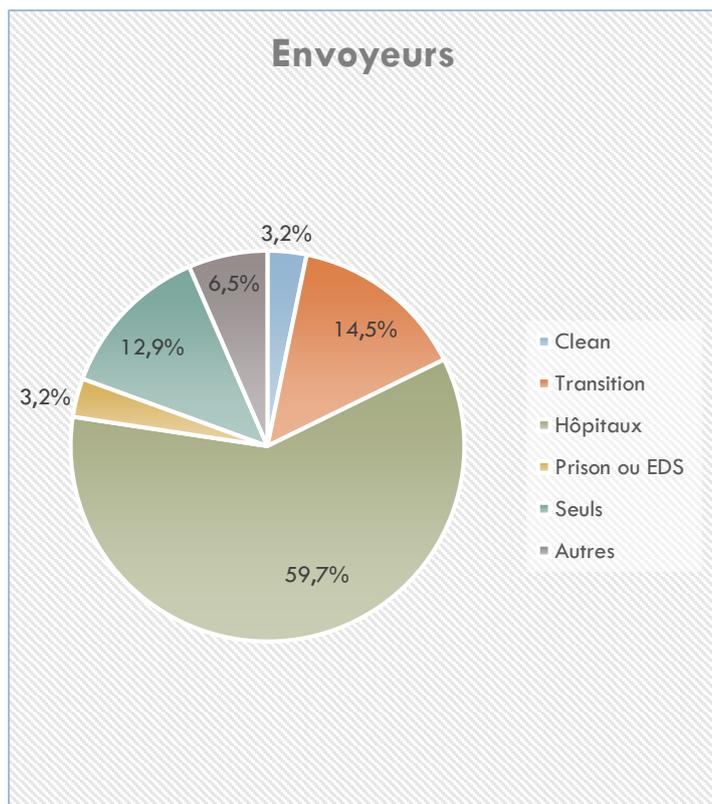
33,9% viennent de Charleroi-Namur et de la région du Centre, 11,3% viennent de Bruxelles.

Autres : 30,6% sont originaires d'autres régions du pays et 17,8% n'ont pas d'adresse.

### 3.6 Lieux de provenance

| Envoyeurs     | Nombre absolu | 2019        |
|---------------|---------------|-------------|
| Clean         | 2             | 3,2%        |
| Transition    | 9             | 14,5%       |
| Hôpitaux      | 37            | 59,7%       |
| Prison ou EDS | 2             | 3,2%        |
| Seuls         | 8             | 12,9%       |
| Autres        | 4             | 6,5%        |
| <b>Total</b>  | <b>62</b>     | <b>100%</b> |

| Envoyeurs     | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Clean         | 0%          | 6,6%        | 0%          | 1,7%        | 3,2%        |
| Transition    | 21,7%       | 17,8%       | 15,7%       | 4,9%        | 14,5%       |
| Hôpitaux      | 48,3%       | 44,5%       | 58,8%       | 55,7%       | 59,7%       |
| Prison ou EDS | 5%          | 4,5%        | 5,9%        | 8,2%        | 3,2%        |
| Seuls         | 21,7%       | 15,5%       | 11,8%       | 16,4%       | 12,9%       |
| Autres        | 3,3%        | 11,1%       | 7,8%        | 13,1%       | 6,5%        |
| <b>Total</b>  | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> |



6,5 % des patients viennent seuls, c'est-à-dire qu'ils ont quitté une unité de soins depuis plus de 30 jours. (Pour les informations concernant le lieu de provenance, nous tenons compte des items repris dans la fiche BTDIR (Belgian Treatment Demand Indicator Register) transmis à l'Europe.

Un commentaire s'impose sur ce chiffre ; il met en exergue la difficile adéquation entre un séjour hospitalier ou en centre de crise et une entrée effective à Ellipse.

Nous constatons une stagnation des prises en charge émanant « indirectement » de la prison. Rappelons qu'Ellipse ne pratique pas de prise en charge immédiate à partir de la prison. Des projets comme ceux développés par la FEDITO Wallonne et son projet « Step by Step » ont augmenté et amélioré la prise en charge.

### 3.7 Niveau de scolarité

| Niveau de scolarité        | Nombre absolu | 2019        |
|----------------------------|---------------|-------------|
| Primaire                   | 20            | 32,3%       |
| Secondaire                 | 14            | 22,6%       |
| Supérieur ou universitaire | 3             | 4,8%        |
| Inconnu                    | 1             | 1,6%        |
| Autre (prof. Ens. spécial) | 24            | 38,7%       |
| <b>Total</b>               | <b>62</b>     | <b>100%</b> |

32,3% de nos patients se sont arrêtés aux études primaires et 61,3% aux études secondaires terminées (professionnelles, techniques, apprentissage).

4,8% des patients ont terminé des études supérieures ou universitaires.

Pour les informations concernant la scolarité, nous tenons compte des items repris dans la fiche BTDIR (Belgian Treatment Demand Indicator Register).

### 3.8 Nombre de nouveaux « cas »

#### 3.8.1 Premier traitement

| Premier traitement | Nombre absolu | 2019        |
|--------------------|---------------|-------------|
| Oui                | 1             | 1,6%        |
| Non                | 61            | 98,4%       |
| <b>Total</b>       | <b>62</b>     | <b>100%</b> |

Les patients en sont rarement à leur premier traitement.

On peut inférer qu'il n'y a pas de prise en charge unique et en une seule fois dans la « clinique du toxicomane ». Ce serait toxique de le penser.

Les statistiques des autres centres montrent évidemment cette tendance.

| Premier traitement | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Oui                | 10%         | 0%          | 0%          | 6,5%        | 1,6%        |
| Non                | 90%         | 100%        | 100%        | 93,5%       | 98,4%       |
| <b>Total</b>       | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> |

## 3.8.2 Premier séjour à Ellipse

| <b>Premier séjour à Ellipse</b> | Nombre absolu | <b>2019</b> |
|---------------------------------|---------------|-------------|
| Oui                             | 18            | <b>29%</b>  |
| Non                             | 44            | <b>71%</b>  |
| <b>Total</b>                    | <b>62</b>     | <b>100%</b> |

Nous constatons que 71% des patients entrés en 2019 en sont à leur première expérience de traitement à Ellipse.

Inversement, on note que 29% en sont (au moins) à leur 2<sup>ème</sup> séjour.

## 3.9 Ressources des personnes entrées en 2019

| <b>Type de ressources</b>           | Nombre absolu | <b>2019</b>  |
|-------------------------------------|---------------|--------------|
| CPAS                                | 9             | <b>14,5%</b> |
| Mutuelle                            | 38            | <b>61,3%</b> |
| Divers (art.14, handicapé, chômage) | 12            | <b>19,4%</b> |
| Pas de revenu à l'entrée            | 3             | <b>4,8%</b>  |
| Inconnues                           | 0             | <b>0%</b>    |
| <b>Total</b>                        | <b>62</b>     | <b>100%</b>  |

| <b>Type de ressources</b>           | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | <b>2019</b>  |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------|
| CPAS                                | 23,3% | 37,8% | 21,6% | 26,2% | <b>14,5%</b> |
| Mutuelle                            | 61,7% | 48,9% | 64,7% | 59%   | <b>61,3%</b> |
| Divers (art.14, handicapé, chômage) | 11,7% | 8,9%  | 9,8%  | 11,4% | <b>19,4%</b> |
| Pas de revenu à l'entrée            | 3,3%  | 4,4%  | 3,9%  | 3,3%  | <b>4,8%</b>  |
| Inconnues                           | 0%    | 0%    | 0%    | 0%    | <b>0%</b>    |
| <b>Total</b>                        | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | <b>100%</b>  |

La mutuelle et les CPAS pourvoient aux besoins de 75,8% de nos patients.

Rappelons que nous sommes encore conventionnés avec l'INAMI et que le bon ordre d'assurabilité est obligatoire à l'admission à Ellipse.

### 3.10 Consommation produit principal

| Type de produits                | Nombre absolu | 2019        |
|---------------------------------|---------------|-------------|
| Cocaïne                         | 23            | 37%         |
| Héroïne                         | 7             | 11,3%       |
| Alcool, et/ou pharmacodépendant | 26            | 42%         |
| Autres                          | 6             | 9,7%        |
| <b>Total</b>                    | <b>62</b>     | <b>100%</b> |

Ellipse accueil 48,3% (37+11,3%) de patients héroïnomanes, et/ou cocaïnomanes.

La plupart sont poly-toxicomanes et annoncent un ou plusieurs produits d'élection qui peut varier dans le temps... Nous tenons ici compte de la dépendance aux produits précédant leur entrée dans notre structure.

Remarquons 42% de patients alcooliques et/ou pharmacodépendants sur cet exercice.

Nous n'avons pas de demande concernant les nouvelles drogues de synthèse ou les assuétudes aux jeux contrairement à d'autres structures mais de type ambulatoire...

De même, il n'y a pas encore de communauté thérapeutique au long cours avec patients sous méthadone.

Notons pour cet exercice 2019, dans les « autres » une augmentation de consommation de cannabis.

| Type de produits                | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Cocaïne                         | 20%         | 31,1%       | 37,2%       | 32,8%       | 37%         |
| Héroïne                         | 41,7%       | 31,1%       | 33,4%       | 27,9%       | 11,3%       |
| Alcool, et/ou pharmacodépendant | 38,3%       | 31,1%       | 23,5%       | 37,7%       | 42%         |
| Autres                          | -           | 6,7%        | 5,9%        | 1,6%        | 9,7%        |
| <b>Total</b>                    | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> |

### 3.11 Age du début de la consommation

| Début de la consommation | Nombre absolu | 2019        |
|--------------------------|---------------|-------------|
| 8-14 ans                 | 6             | 9,7%        |
| 15-18 ans                | 28            | 45,2%       |
| 19-25 ans                | 19            | 30,6%       |
| + 25 ans                 | 9             | 14,5%       |
| <b>Total</b>             | <b>62</b>     | <b>100%</b> |

| Début de la consommation | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 8-14 ans                 | 11,7%       | 11,1%       | 19,6%       | 24,5%       | 9,7%        |
| 15-18 ans                | 40%         | 44,5%       | 37,2%       | 27,9%       | 45,2%       |
| 19-25 ans                | 31,7%       | 33,3%       | 27,5%       | 32,8%       | 30,6%       |
| + 25 ans                 | 16,6%       | 11,1%       | 15,7%       | 14,7%       | 14,5%       |
| <b>Total</b>             | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> |

54,9% des patients situent leur consommation alors qu'ils étaient toujours mineurs d'âge.

On notera que, l'âge de début de consommation a sensiblement augmenté pour les tranches 15-18 ans.

## Chapitre 4 : Durée des séjours et des fins de contrat

Rappel : 62 patients sont entrés en postcure à Ellipse en 2019.

En tenant compte des 20 présents au 01/01/19, cela représente 82 prises en charge.

Nous avons 59 sortis en 2019.

### 4.1 Fin de contrat (données arrêtées au 31/12/19)

| Fin de contrat                           | Nombre absolu | 2019        |
|--|---------------|-------------|
| Fini la cure                             | 10            | 16,7%       |
| Départ lors de la 3 <sup>ème</sup> phase | 8             | 13,6%       |
| Départ lors de la 2 <sup>ème</sup> phase | 17            | 28,9%       |
| Départ lors de la 1 <sup>ère</sup> phase | 24            | 40,8%       |
| <b>Total</b>                             | <b>59</b>     | <b>100%</b> |

30,3% quittent l'institution lors de la réinsertion ou en fin de programme thérapeutique.

A l'inverse, 69,7% quittent le programme plus tôt.

### 4.2 Durée moyenne des séjours terminés en 2019

| Durée moyenne des séjours sur 59 sortis | Nombre absolu |                      | 2019 |
|---|---------------|----------------------|------|
|   | En jours      | En mois et semaine   |      |
|   | 138           | 4 mois et 3 semaines |      |

La durée moyenne des séjours des 59 patients sortis d'Ellipse en 2019 est de 138 **jours**.



| <b>Durée moyenne des séjours en jours</b> | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | <b>2019</b> |
|---|------|------|------|------|------|-------------|
|   | 137  | 110  | 153  | 197  | 122  | <b>138</b>  |

## Chapitre 5 : Taux d'occupation

Rappelons que nous sommes agréés pour 20 lits.

Nous observons une occupation annuelle de 99,78%.

### Moyenne d'occupation mensuelle en 2019

| Mois                   | Jours d'occupation | Moyenne occupation | Moyenne en lits |
|------------------------|--------------------|--------------------|-----------------|
| Janvier                | 605                | 108,26%            | 21,72           |
| Février                | 526                | 94,43%             | 18,89           |
| Mars                   | 494                | 88,69%             | 17,74           |
| Avril                  | 528                | 94,79%             | 18,96           |
| Mai                    | 557                | 100%               | 20,00           |
| Juin                   | 623                | 111,85%            | 22,37           |
| Juillet                | 635                | 114%               | 22,80           |
| Août                   | 511                | 91,74%             | 18,35           |
| Septembre              | 531                | 95,33%             | 19,07           |
| Octobre                | 483                | 86,71%             | 17,34           |
| Novembre               | 521                | 93,54%             | 18,71           |
| Décembre               | 655                | 117,59%            | 23,52           |
| <b>Moyenne globale</b> | <b>6669</b>        | <b>99,78%</b>      | <b>19,96</b>    |

## Chapitre 6 : Les aspects médico-psychosociaux résidentiels et familiaux dans la prise en charge

Les sphères judiciaires et thérapeutiques doivent rester étanches.

Rappelons que nous ne prenons pas en charge directement au départ de la prison. Le traitement ne peut être la condition de sortie immédiate de la prison.

### 6.1 Travail en prison

La collaboration avec la FEDITO (Fédération des Institutions pour Toxicomanes) a permis la création d'un service répondant à la demande toujours présente d'orientation des personnes dépendantes incarcérées. Le Service restant actif sur Lantin, nous avons repris certaines visites dans les prisons les plus proches.

Les personnes intéressées par notre centre sont ainsi orientées adéquatement et renseignées sur notre procédure d'admission.

Ce travail aboutit à de meilleures entrées au résidentiel avec une information adéquate.

Nous insistons toujours sur l'importance d'une transition institutionnelle avant l'entrée au résidentiel.

En parallèle, nous restons impliqués dans la recherche de réponses plus adéquates en termes de soins pour les personnes détenues rencontrant des problèmes de dépendance et restons attentifs à la problématique de l'internement psychiatrique.

### 6.2 Aspect médical

#### 6.2.1 Modalités

Un dossier médical est élaboré pour chaque résident.

Tout nouveau résident est vu par les médecins (psychiatre et/ou généraliste) le jour de son entrée.

Une consultation médicale ouverte est assurée chaque semaine par le médecin généraliste. De plus, chaque résident peut demander une visite médicale ou se rendre à la consultation en fonction de la nécessité.

#### 6.2.2 Anamnèse

Une anamnèse rigoureuse et détaillée est réalisée lors de la consultation du médecin généraliste. Elle porte essentiellement sur :

- Les antécédents familiaux ;
- Les antécédents chirurgicaux et traumatiques ;
- Les antécédents médicaux : neurologiques, cardio-vasculaires, pulmonaires (TBC), gastroentérologiques (hépatite(s)), urologiques (MST) ;
- La trajectoire socioculturelle du patient et son « histoire » liée à l'assuétude ;
- Les vaccinations (mise en ordre).

### 6.2.3 Examen clinique

Un examen clinique complet est réalisé pour chaque patient et consigné dans le dossier médical. Une attention particulière est portée sur l'état général, la tension artérielle, l'état cardiovasculaire et pulmonaire, les téguments et la sphère buccale.

### 6.2.4 Biologie

Une biologie est réalisée chez la grosse majorité des résidents (> 80 %). Elle n'est pas systématique, mais répond, soit à une problématique médicale (hépatite, MST, infection, ...) soit à une demande du patient. Le résident reçoit les résultats des examens biologiques et autres qui ont été demandés pour lui.

#### Quelques remarques :

- Les affections cutanées (eczéma, pustuloses, acné, ...) sont très fréquentes (> 80 %).
- Les affections de la sphère ORL sont une cause très importante de consultations : angines, rhinites, rhino-pharyngites.
- Des caries dentaires sont présentes chez presque tous les résidents lors de l'examen initial. La collaboration avec le dentiste est nécessaire et fructueuse.
- Pour la population des résidents à Ellipse en 2019, on constate différents problèmes hépatiques, ce qui pose avec acuité le problème de la vaccination systématique contre l'hépatite B.
- Un rappel de tétanos (Tevax pro Adulte) est systématiquement réalisé, le cas échéant.

## 6.3 Suivi psychiatrique

Le Médecin Psychiatre est le garant du projet thérapeutique, à ce titre, il supervise les réunions cliniques et coordonne avec l'ensemble des intervenants l'accompagnement pluridisciplinaire des résidents.

Régulièrement des rencontres sont organisées avec l'équipe de psychologues, rencontres au cours desquelles sont traitées les problématiques intéressant la structure.

Le suivi psychiatrique régulier des résidents présentant une psychopathologie est assuré également.

En ce sens, le Médecin Psychiatre analyse les demandes avec les psychologues dans le travail de préadmission et s'occupe plus particulièrement des patients candidats au départ d'une structure hospitalière (institut psychiatrique, hôpital général, Défense Sociale, centre de cure).

La nécessité d'une coordination avec ces établissements est exigée par la communication de renseignements médicaux et ce, en respectant la loi du 22 août 2002 sur les droits du Patient.

Le Médecin Psychiatre intervient dans la gestion de crise en collaboration avec l'ensemble des intervenants. Une action coordonnée avec le Médecin Généraliste, est régulière.

Le Médecin Psychiatre assure une disponibilité permanente pour tout avis ou intervention.

En outre, en réponse au recueil épidémiologique fédéral et européen, le Médecin Psychiatre remplit la fiche BTDIR (Belgian Treatment Demand Indicator Register) à chaque séjour résidentiel.

Ces données confidentielles et anonymes sont transmises à l'OEDP (Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies).

NB : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, nous communiquons nos informations sur un serveur au SPF Santé Publique. Cet outil d'enregistrement est obligatoire. Il s'appelle BTDIR (Belgian Treatment Demand Indicator Register), et est anonymisé.

## 6.4 Le travail familial

1) Le travail avec l'entourage du résidant est l'un des 4 axes de la prise en charge thérapeutique au centre résidentiel Ellipse. Parallèlement à la référence éducative, psychologique et sociale, le résidant qui le souhaite peut entamer un suivi avec la thérapeute familiale.

Dans un premier temps, une rencontre avec la thérapeute familiale du centre est proposée à chaque résidant afin de faire connaissance avec celle-ci, de discuter ensemble du cadre de travail proposé et de construire une prise en charge commune. Lors de cette rencontre, l'accent est mis sur le sens que peut trouver le sujet au sein du travail familial. Régulièrement, plusieurs entretiens individuels sont mis en place afin de prendre le temps de développer ces différentes questions. Ce temps est essentiel pour construire une relation de confiance et développer ensemble un travail familial futur. En effet, la dynamique familiale dans laquelle chaque résidant se trouve est souvent teintée de difficultés et d'incompréhensions qui nécessitent un temps d'élaboration.

Dès que le dispositif familial ou conjugal des entretiens est mis en place, celui-ci sera privilégié aux entretiens individuels afin que se déploie pour chacun le travail thérapeutique.

Toutefois, dans certaines circonstances, la prise en charge individuelle orientée vers la question familiale envisagée lorsque l'entourage est absent, ne souhaite pas s'investir dans de tels entretiens ou encore lorsque le contexte trop conflictuel ne permet pas sa présence. Lorsque le travail familial concerne des enfants et leur parent résidant à Ellipse, une alternance entre les rencontres familiale et individuelles peut également être mise en place afin de développer une réflexion sur la position paternelle ou maternelle du sujet.

La fréquence des entretiens familiaux varie selon les protagonistes investis. Cette question est discutée avec le résidant et ses proches. En ce qui concerne les entretiens individuels, leur fréquence est également réfléchi au cas par cas et en accord avec le sujet.

Le travail familial propose un lieu de parole, d'écoute et de soutien favorisant l'établissement ou le rétablissement d'un dialogue entre les membres de la famille. Les séances permettent d'exprimer le vécu et le ressenti de chacun.

D'orientation psychanalytique, les entretiens familiaux sont guidés par des concepts tels que l'inconscient, la répétition ou le transfert. L'entretien familial est ici vu comme un espace transitionnel tel un espace de création où s'entrechoquent défenses, désirs et angoisses. La position subjective de chaque protagoniste ainsi que son rapport au langage sont notoires dans la réflexion psychanalytique élaborée avec la thérapeute familiale.

### Analyse de l'année 2019

- a) 31 entretiens familiaux ont été réalisés au cours de l'année 2019 : dans ces 31 entretiens, 9 résidants avec leur famille ont été reçus.

| Type d'entretiens familiaux | Nombre d'entretiens familiaux |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Résidant-parent(s)          | 13                            |
| Résidant-fratrie            | 3                             |
| Couple                      | 2                             |
| Résidant-enfant             | 13                            |
| <b>Total</b>                | <b>31</b>                     |

La fréquence des entretiens familiaux varie de 1 entretien à 13 entretiens. Ces chiffres sont relatifs dans le sens où des entretiens familiaux se chevauchent sur l'année 2018-2019 et 2019-2020. De plus, le départ anticipé de certains résidents peut mettre un terme au suivi familial entrepris. La variation de ce nombre d'une année à l'autre s'explique également en fonction de la diversité des problématiques et vécus de chaque sujet ainsi que de leur demande.

- b) 349 entretiens individuels centrés sur des questions familiales ont été menés. La fréquence de ces suivis varie de 1 entretien à 21 entretiens. En moyenne, le suivi d'un résident se fait à raison d'une séance par semaine.

Ce nombre est conséquent par rapport aux entretiens familiaux et cela pour diverses raisons :

- La venue des proches au sein de l'institution n'est pas toujours possible (parents âgés, problèmes de santé, manque de moyen ... (ou souhaitée, que cela soit du côté du résident ou du proche.
- Beaucoup de résidents sont parents et souhaiteraient entamer un travail familial avec leur enfant mais cela reste compliqué lorsqu'ils n'ont plus la garde ou que les relations avec leur ex-compagnes/compagnons sont tendues
- Certains résidents ainsi que leurs familles ont parfois déjà entamé un suivi familial dans une institution précédente et ne désirent pas réitérer l'expérience.
- Des familles peuvent également être en demande de « résultat » c'est-à-dire un arrêt de la consommation et ne sont dès lors pas en demande d'élaborer une réflexion quant à la dynamique familiale.
- Les résidents en venant à Ellipse sont dans une démarche thérapeutique, cela ne veut pas dire que leur famille se situe dans la même dynamique.
- ...

Ces raisons sont un aperçu général des difficultés rencontrées dans la mise en place d'entretiens familiaux proprement dit.

Dès lors, les entretiens individuels centrés sur des questions familiales prennent tout leur sens. En effet, pour des raisons évoquées ci-dessus, une majorité des résidents se dirigent vers des entretiens individuels au cours desquels ils désirent entre-autre, réfléchir sur :

- Leur dynamique familiale et la place occupée dans cette dynamique.
- Leur parentalité c'est-à-dire leur place de parent qui s'est avérée compliquée dans la consommation.
- La reprise de contacts avec des proches perdus de vue depuis un temps plus ou moins long.
- L'écriture de lettre visant une mise en mot difficile à élaborer dans un face-à-face avec leur proche.
- Le développement de leur vie affective.
- La difficulté à entamer des entretiens familiaux et sur ce qui est angoissant pour eux à ce sujet.

Plusieurs entretiens individuels sont souvent nécessaires dans la mise en place d'entretiens familiaux futurs.

La demande du patient et le respect de son rythme sont notoires dans le travail familial. Au vu du nombre d'entretiens recensés, l'investissement dans une réflexion familiale est conséquent de la part des résidents.

| Fréquence des entretiens | Nombre de résidants |
|--------------------------|---------------------|
| 1-5                      | 24                  |
| 6-10                     | 13                  |
| 11-25                    | 6                   |
| 16-25                    | 6                   |
| <b>Total</b>             | <b>49</b>           |

- c) « Le groupe famille », groupe de parole destiné aux proches de patients toxicomanes et/ou alcooliques a lieu le 3<sup>ème</sup> mardi à raison de tous les deux mois au sein de l'Antenne Ambulatoire à La Louvière. Il est co-animé par la thérapeute familiale et une assistante sociale de l'Antenne Ambulatoire.

Les proches des résidants du centre résidentiel y sont conviés si ces derniers donnent leur accord en ce qui concerne l'envoi d'une invitation pour ce groupe.

Comme beaucoup de groupes de parole, une certaine inconstance est constatée.

Il a été décidé fin 2019 que ce groupe ne reprendrait pas pour l'année 2020.

## 6.5 Le travail Psy

Psychanalyse et institution : le « colloque singulier » !

Il reste certain aujourd'hui que l'évaluation, pose un problème épistémique en fonction des perspectives même de la psychothérapie psychanalytique : l'éventuel *gain* obtenu durant la « postcure » n'a de sens que considéré subjectivement et non dans une fallacieuse objectivation comportementale dont le monde pseudo scientifique et politique semble friand. Nous faisons nôtres en tout cas, ces paroles de Roland Gori <sup>(1)</sup> : « le reflux de la psychanalyse dans les médias et la culture procède de ce que la psychanalyse ne cesse de rappeler que la pensée est avant tout mémoire et qu'elle s'actualise comme chemine dans le dire ».

A moins que les psychanalystes ne cèdent à la tentation de réduire la psychanalyse à une pure technique, cumulable avec d'autres dans la panoplie des thérapeutiques visant à guérir le sujet de sa part humaine. Cette dérive ne saurait être pour nous une option à retenir ! Notre travail s'inscrit en effet, à plus d'un titre dans le champ, plus vaste, de *la santé mentale*. De toute façon, il nous paraît important de souligner ou de rappeler une fois encore quelques particularités de la position de l'intervenant « psy » dans le cadre spécifique d'Ellipse, et plus spécifiquement dans ce qu'il est convenu d'appeler le « colloque singulier » - ou les « entretiens psy », en d'autres termes, en position de psychothérapeute. Dans ce registre, il est bon de tenir compte de la dimension, mise en exergue par « Ellipse », d'une double référence à la psychanalyse et à *la thérapie institutionnelle* : nous souscrivons dès lors à ce choix théorique de prendre l'ensemble du *processus* institutionnel dans la perspective thérapeutique, chaque dimension (éducative ou résidentielle, sociale, médicale et psychologique –*individuelle* ou familiale, etc) devant idéalement être articulée, dans toute sa complexité, avec les autres ...

Ce n'est pas à nous qu'il revient d'évaluer la pertinence pratique de ce choix, mais de rendre compte de la manière dont il nous est restitué par ceux qu'il convient aujourd'hui d'appeler « les bénéficiaires ». Le choix d' « Ellipse » se distingue d'autres institutions devant s'entendre sans aucune hiérarchisation dans l'ordre thérapeutique : c'est bien de la conjugaison des disparités entre les positions thérapeutiques qu'est envisagé l'effet de cure.

De la sorte, la position de *psychothérapeute* institué, pour être suffisamment originale et produire sa spécificité, doit être entendue dans sa pleine disparité d'avec l'axe proprement éducatif, sans aucun *a priori* ni hiérarchisation aucune : dans ce sens, nous dirions que la position de psychothérapeute se définit, à « Ellipse », non pas en contradiction mais en parallèle de la position éducative.

Pour donner une idée de cet écart, on pourrait caricaturer la position du « psy » comme celle qui consisterait à *dégager des possibilités*, tandis que la démarche éducative ou sociale prendrait sa consistance dans le repérage de *l'inscription*, de la *réalisation* de ces possibilités ou de certaines impasses dans la réalité. Aucune incompatibilité donc, mais une disparité essentielle.

Pour le dire autrement, conformément à l'éthique de la psychanalyse qui guide notre action, la position du « psy » se situe à l'envers de la *normalisation*, et doit permettre d'en interroger les impasses. Dès lors, loin de donner une *réponse (a fortiori normative)*, l'acte psychothérapeutique dégage la multiplicité des possibilités offertes et construites par le *sujet*. Cette position radicalement en marge d'une normalisation paraît la plus à même de dénouer à long terme les liaisons pulsionnelles trop rigides ou trop invalidantes.

---

<sup>1</sup> *La destitution de la preuve par la parole dans les sciences modernes, In La science au risque de la psychanalyse, Erès, Ramonville Saint-Agne, 1999, 286.*

Cet acte reste alors, de toute façon, à articuler à la perspective « pédagogique » ou sociale, qui pousse plutôt à la réalisation d'un objectif précis ou spécifique ; la question reste alors en suspens, pour le thérapeute, de pouvoir rendre compte, dans le cadre d'une posture, de la manière dont opère la thérapie si, comme on sait, la *guérison* n'est que de surcroît, surtout compte tenu de la brièveté de la cure et de la difficulté de la réorientation du transfert vers d'autres structures. Cette question est particulièrement brûlante, si l'on veut bien considérer que, lors de l'entrée dans l'institution, le premier moteur, relayé par les idéaux du bon sens courant, l'abstinence, étayée par l'institution dans son rôle de protection, se substitue proprement - tant réellement qu'imaginativement, et pas seulement parmi les résidents - au recours à la drogue. Or ce recours apparaît le plus souvent lui-même comme de premier secours face à des débordements d'angoisse ou des déferlements symptomatiques.

Au départ d'une *impossibilité*, épinglée déjà par Freud (l'éducation et la psychanalyse), il faut continuer de souligner la gageure institutionnelle qui est bien ici (cf. *supra*) l'articulation de ces deux positions qui n'entrent pas, en elles-mêmes, dans la même logique. L'*étrangeté* des deux situations conduit bien souvent à des impasses institutionnelles, auxquelles nous n'échappons certes pas, mais dont nous tentons de faire le ferment d'une pratique originale – sous la réserve de pouvoir en espérer une continue remise en cause, au quotidien.

Pratiquement, la régularité des entretiens - la contrainte matérielle ne permet guère plus de deux (trois, au maximum) séances par semaine - doit permettre, au long et au fil de la (post)cure, de dégager la possibilité d'un espace de confiance et de confidentialité absolue (l'une n'allant pas sans l'autre) qui doit dès lors lui-même générer un espace, proprement transitionnel, entre la temporalité pédagogique et la réalité psychique; mais aussi entre la servitude de la drogue et la possibilité d'une thérapie, soit aussi de remettre fondamentalement en cause les identifications ou les brèches narcissiques qui se situent *au-delà* de l'usage de psychotropes.

C'est dire aussi que ce qui est en jeu du désir du « psy » doit se situer à tout le moins *au-delà* du désir de guérir - sinon, comme le souligne Lacan, de guérir des illusions, pour être capable de soutenir le désir dans un suspens : entre l'abstinence et le social; mais aussi entre la posture et l'analyse.

L'arrêt de la drogue ne signe de toute évidence pas, pour qui y réfléchit un peu, la fin de la thérapie ; au contraire, elle en ouvre seulement quelques possibilités...

Soyons clairs : si c'est avant tout un choix *institutionnel* que 1° de prendre la psychanalyse comme référent théorique, bien que s'inscrivant dans un cadre légal de « rééducation fonctionnelle »; 2° de prendre des psychanalystes en place de psychologues; c'est tout de même bien de la responsabilité de chacun qui accepte ce « défi », qui s'avance dans ce champ « miné » que de maintenir quelque chose de la spécificité de la psychanalyse que nous nous efforçons de rendre intelligible..

*Au-delà* de ce « défi » proprement interne, nous continuons à affirmer que l'orientation psychanalytique est, sur le plan clinique et pratique, compte tenu des exigences éthiques que nous entendons défendre dans l'institution et leur intégration critique dans une politique de santé mentale, de loin l'orientation la plus adéquate pour la nécessaire déconstruction, et ensuite la reconstruction d'une dynamique psychique autre. On soulignera une fois encore l'obsolescence des prétendues évaluations comportementales que nous avons déjà dénoncées, qu'elles se posent en termes de « taux de réussite » ou de statistiques dont rien ne permet de valider les résultats ne serait-ce qu'à moyen terme.

Nous continuons dès lors à refuser *tout type* d'évaluation quantitative qui ferait l'impasse sur la dimension du sujet, parce qu'il s'appuie sur des analyses surannées qui, sans réelle valeur proprement scientifique, ont été vidées de leur sens, et s'inscrivent dans une vision politique réactionnaire.

Dans ce cadre, *au-delà* des illusions, il nous faut souligner que, loin de représenter des contraindications à notre action, les rechutes existent et elles doivent s'analyser dans l'ensemble du parcours du sujet comme en étant un élément constituant sans en constituer une finalité.

Ce qui distingue, radicalement, une orientation psychanalytique – ou fondée dans et par la psychanalyse, c'est essentiellement la position du psychanalyste, soit sa capacité à (se) soutenir (du) le discours analytique, qui fait l'originalité de la position et de la situation. La question de savoir s'il pourrait y avoir une « cure type » en institution ne peut en aucun cas être tranchée, chaque acte thérapeutique devant précisément s'extraire d'un *type* pour s'entendre dans la singularité d'un « cas par cas » qui ne serait pas de convention. C'est ainsi que nous nous sommes ailleurs distingués de ceux qui voudraient une position « d'exception » pour « le » psychanalyste, en soulignant l'importance de continuer à *inventer* les possibilités pour la psychanalyse *dans le social* !

Il nous paraît pertinent de réitérer une autre remarque, destinée à nous préserver des dogmatismes mondains ou en vogue : il ne saurait être question ici de se réfugier derrière une prétendue « clinique du sujet », laquelle n'est qu'illusion, ni derrière aucun autre mythe d'une psychanalyse embourbée dans la mythification du dire lacanien - ou, *a fortiori*, anti-lacanien.

Disons-le tout net : pour nous, il n'y a pas de « psychanalyse appliquée » - pas plus à la toxicomanie qu'à d'autres « pathologies »; nous entendons par là qu'il n'y a pas de prévalence d'un diagnostic sur une pratique qui s'autorise avant tout de la *libre association et de la parole*.

Répétons donc que, dans notre travail à « Ellipse », *il ne s'agit pas* d'une « application » (plus ou moins réussie) de la psychanalyse à tel symptôme ou à tel type de symptôme, voire à telle « structure », mais de la mise en œuvre des déterminants inconscients à partir de la règle fondamentale de l'association libre - à savoir : s'essayer à « tout » dire, quel que soit le point de départ, et en dépassant l'enracinement dans la réalité, fût-elle particulièrement invalidante : il ne s'agit aucunement de la *réduction* comportementale de telle conduite. Nous soutenons donc, *dans et par* notre travail, qu'il n'y a, à notre sens, aucune *indication* ou *contre-indication* particulière au travail psychanalytique, seulement conditionné à la présence aux séances.

A partir de cette position principielle, la gageure (qui n'est pas mince!) demeure la même : ne pas dévoyer la psychanalyse aux fins d'idéaux - fussent-ils médicaux, scientifiques ou psychopathologiques, par exemple.

Il s'agit, par contre, de soutenir *une clinique de la parole*, soit du signifiant, qui doit être une clinique qui s'affranchit des bonnes intentions, du signifié et de sa prise dans le discours courant en termes de bien-être dont on sait les airs de consommation. Dès lors, nous continuons à défendre une clinique qui s'émancipe de l'illusion d'une pseudo-réussite d'un « traitement » duquel on anticipe tel résultat en termes d'adaptation. Une clinique fondée sur la logique de l'inconscient se doit d'ouvrir sur *du non-réalisé*, comme tel immaîtrisable et remettant fondamentalement en cause les idéaux sociaux « préfabriqués ».

En conclusion, nous insistons sur la mise en évidence du côté éminemment *créatif* de chacun, pour pouvoir déconstruire les éléments (du passé, de l'histoire familiale, de ce qui se vit dans la communauté, de la psychothérapie, etc.) pour les *retisser* dans une élaboration qui, *forcément*, est inscrite dans la répétition, mais évite, au maximum – c'est-à-dire *sans garantie* – celle du *même*...

## 6.6 Le travail social

**Le travail consiste à proposer un accompagnement** se fondant sur l'autodétermination du patient visant à faciliter sa réinsertion, à améliorer sa qualité de vie et à réduire ses conduites à risques.

Le travail social à Ellipse a pour finalité la « réinsertion » ou la meilleure « réinsertion » sociale et/ou professionnelle du patient.

Les objectifs poursuivis dans le cadre du travail social seront édictés par le sujet lui-même. Il y a donc autant de projets que de patients. Il faut laisser la possibilité à la personne d'énoncer son propre désir et ses propres objectifs.

Cet accompagnement tentera de permettre à la personne d'accéder à ses droits, de clarifier ses besoins, de comprendre les fondements de ses difficultés et d'envisager des solutions adaptées à son projet et à son environnement en mettant à sa disposition les outils nécessaires.

**Au cours de la cure**, un ensemble de démarches sociales est travaillé. Citons quelques exemples :

➤ Au niveau financier :

une réflexion quant à la gestion des revenus est abordée ainsi que le rapport à l'argent. Ce travail s'élabore lors des demandes de sorties, « d'argent de poche », de budgets exceptionnels, du paiement de l'institution, de la médiation de dettes, ... mais aussi lors de la préparation d'un capital pour la sortie du centre.

➤ Au niveau administratif :

avec le résidant, une régularisation des documents d'identité, du domicile, des inscriptions auprès des différents organismes (mutuelle, syndicat, C.P.A.S, ...) est effectuée si nécessaire et ce, dans le cadre d'un accompagnement individualisé.

➤ Au niveau judiciaire :

obtention d'un avocat pro-deo, contacts avec les avocats, comparution(s) devant les tribunaux, rencontre(s) avec les assistants de justice et les services de police, ...  
Il est important de souligner qu'il s'agit d'un accompagnement ; nous n'intervenons pas dans la gestion des relations entre le patient et la justice.

➤ Au niveau familial :

le travail relationnel avec les familles est pris en charge par le thérapeute familial. Néanmoins, les travailleurs sociaux sont amenés à répondre à toutes demandes d'informations quant aux formalités éventuelles liées au divorce, aux pensions alimentaires, aux allocations familiales, aux droits de garde des enfants, ...

### 6.6.1 La réinsertion et la 3<sup>ème</sup> phase

Durant les trois mois que compte celle-ci, le patient peut bénéficier de démarches sociales, d'après-midi et de soirée.

Il n'est pas rare de constater des résistances à acter certaines choses (par exemple : trouver un appartement, une activité, obtenir la garde de l'enfant).

Le travail social consiste alors à aider la personne à comprendre et à constater la raison de cette réaction négative.

Les entretiens individuels de référence ont pour objectif d'organiser toutes les démarches sociales et d'établir une bonne relation à l'accompagnement vers la sortie.

### 6.6.2 Les groupes

Les travailleurs sociaux animent et co-animent les groupes dits de phase et un groupe social.

Lors du groupe social et en fonction de chaque projet individuel, les informations sur la législation et les aides qui seront nécessaires aux résidents sont présentées ainsi que les institutions, les services et les centres de formations.

La préparation de la sortie nécessite d'acquérir ou de retrouver des notions d'organisation, de constance, de priorité, de prévoyance, de patience, de temporalité, de responsabilités et d'obligations. Travailler ces notions dans le groupe par l'apport des interventions « des pairs » offre une richesse dans le travail social réalisé à Ellipse.

Dans ce groupe, les aspects d'organisation de la 3<sup>ème</sup> phase sont mis au regard des pairs et travailleurs afin qu'une appropriation de méthode de gestion et d'organisation du temps puisse être réalisée par les résidents.

De manière hebdomadaire, le résident complète un planning des activités, des démarches, des week-ends, ... celui-ci est évalué la semaine suivante en présence de la responsable résidentielle. Cet outil permet de réajuster le projet et les démarches à réaliser.

Au-delà des apports d'informations en vue de la réinsertion, les aspects émotionnels, d'expériences personnelles sont exprimés, discutés et pris en compte dans la mise en place du projet de réinsertion individuelle.

Des activités de réinsertion, animées en groupe, avec des intervenants extérieurs ont lieu.

## L'ESPACE CULTUREL

En collaboration avec l'équipe éducative qui encadre les activités, le service social tente de développer l'aspect culturel au résidentiel.

Notre convention avec l'Asbl « Art.27 » de la région du Centre permet aux résidents d'accéder à diverses sorties et activités, telles que des expositions, des représentations théâtrales, etc.

Nous suscitons également ce type de sortie lors des week-ends résidentiels.

Dans ce cadre, nous mettons à disposition des résidents « Espace culturel » dans lequel nous affichons l'actualité des diverses régions dont ils proviennent et où ils peuvent se rendre à l'occasion.

Cet espace est mis à jour chaque semaine et fait également office de salle d'attente.

C'est aussi le lieu où de façon plus discrète, les résidents peuvent se fournir en préservatif et informations sur les MST, maladies sexuellement transmissibles.

Les objectifs de ces groupes sont :

- D'assurer un accompagnement social pendant et après la postcure afin de poser les fondements d'une meilleure insertion et du suivi ambulatoire ;
- De viser la continuité de la prise en charge sociale tout en l'adaptant à la réalité individuelle et contextuelle des bénéficiaires ;
- De prévenir les rechutes ;
- De mobiliser et exploiter les ressources personnelles, familiales et professionnelles des bénéficiaires, ainsi que celles de la communauté du centre Ellipse ;
- De créer et activer des réseaux autour et avec les bénéficiaires,
- De permettre le retissage du lien social et citoyen.

#### Le groupe retour et départ week-end

Ce groupe hebdomadaire est l'un des outils à la préparation et l'évaluation des sorties.

Il permet aux participants d'échapper avec ces pairs sur ce qui se passe lors des week-ends.

Après la présentation d'un programme de sorties, il y a souvent un échange sur l'un des éléments, un détail parfois. Par exemple, le moment où l'un d'entre eux nous raconte comment il a vécu le regard de sa mère et de l'émotion qui est venue, la solitude vécue lors d'un voyage en train, l'angoisse est née d'un détail, d'une odeur, donner du sens à ces moments de vie permet de donner la perspective dans le travail thérapeutique qui lui se fera dans un lieu confidentiel.

Les sorties de l'institution sont des moments privilégiés, riches de ces moments intenses, parfois aussi des moments de rechute ou de consommation. Ce groupe permet de faire arrêt sur l'image, et aux autres patients de comprendre mais aussi de réfléchir à leur situation personnelle.

### **6.6.3 Participation du service social aux réunions et formations**

- participation à la FEDITO (Fédération des Institutions pour Toxicomanes) ;
- participation à la FSPST (Fédération des Structures Psycho-Socio Thérapeutiques)
- participation au groupe Parentalité-Toxicomanie que nous organisons ;
- participation au comité 3 (logement) et 5 (insertion) du réseau 107.

#### Atelier communication

Cet atelier est animé par une assistante sociale.

Il y a entre 5 à 8 participants par semaine.

L'objectif de cet atelier est de permettre aux personnes d'apprendre à établir des stratégies relationnelles pour faire face à diverses situations : apprendre à dire non, apprendre à gérer un conflit, à mener un travail de chef d'équipe, à prendre la parole en groupe, à se faire entendre,...

Ce que nous pouvons observer, c'est que nos patients sont très souvent démunis quand il s'agit de « prendre une place » dans la relation. Cela est probablement la conséquence d'années de consommation mais également la mauvaise estime de soi. « Qui je suis moi pour avoir quelque chose à dire ? ou pourquoi ce que je pense et je vis peut être intéressant pour l'Autre ? ».

Les outils utilisés sont multiples mais très souvent nous décodons des expériences de leur vie quotidienne et nous analysons les faits par le langage non-verbal, l'importance que prennent les émotions, comment faire face à l'agressivité sans utiliser la force des bras. Pour ce dernier point, cela est fondamental, dans la rue la violence est omni présente et tous les dialogues se résument en bagarres. Ils reconnaissent aussi que cela les ramène vers la consommation.

Sortir vainqueur d'une situation relationnelle compliquée sans l'usage de la violence, cela est un vrai défi mais quand il est réussi. Il est porteur de changement et de fierté.

#### **6.6.4 Animation d'ateliers**

Atelier « Récup et Bricoles »

En collaboration avec le service éducatif, nous avons mis en place en février 2016, un projet axé sur la création et la restauration d'objets au départ de matériaux de récupération.

Rappelons l'argument de cet atelier.

Si la consommation de produits « toxiques » fait partie de la remise en question des patients d'Ellipse, nous souhaitons par le biais de cet atelier, remettre en question la consommation de produits admis comme une évidence dans notre société.

Dans le cadre de la réinsertion sociale de personnes exclues du monde du travail et du circuit de production, utiliser des moyens gratuits, récupérer des objets abandonnés pour leur rendre une fonction utile et fabriquer de ses mains est gratifiant.

L'objectif de ces ateliers est de donner la possibilité aux résidants de construire du mobilier pour leur propre intérieur. Ainsi de s'approprier leur environnement sans y sacrifier leurs moyens de subsistance.

Ces moments se veulent conviviaux où le rire et le partage de savoirs et compétence donnent lieu à des créations communes et personnelles ; une dynamique positive pour allier apprentissage, plaisir et créativité.

Ce projet a été plébiscité par l'Award de la créativité de la fondation BNP Paribas Fortis pour aménager la grange et la chauffer partiellement en hiver.

## 6.7 La communauté thérapeutique dans un centre de postcure

L'argument de la communauté thérapeutique est le socle de la vie communautaire. La thérapie institutionnelle repose sur différentes pratiques allant des entretiens individuels de référence aux interventions communautaires et occupationnelles.

On distingue le suivi de référence éducative de guidance ou encore la gestion de crise. Les interventions communautaires se traduisent par des groupes de paroles où les résidents sont invités à partager et réfléchir sur les événements de la vie en groupe.

**Le travail de référence** individuelle est bien plus qu'un simple suivi. C'est un long travail d'accompagnement du résident dans toutes les phases de son séjour. Qu'il s'agisse de l'écouter, de le soutenir, de l'aider à prendre des décisions notamment pour ses week-ends ou bien simplement de travailler avec lui en cuisine ou encore de l'accompagner dans des démarches médicales.

L'éducateur est le lien privilégié entre le résident et le cadre de vie communautaire à Ellipse comme de son lien clinique au travail thérapeutique.

L'éducateur essaiera toujours de ramener le résident dans « l'ici et maintenant », de le garder toujours en contact avec la réalité quotidienne de sa vie à Ellipse et au contrat thérapeutique qui le lie à l'institution. Le respect de ce cadre est un des éléments qui sera souvent le plus conflictuel avec les patients (respect des horaires de la maison, du matériel mis à disposition, écarts de langage, ...).

Outre la dimension individuelle, le groupe des résidents est toujours présent dans toutes nos interventions. C'est ici que s'inscrit la dimension communautaire de notre travail. Tout ce qui touche un membre du groupe concerne (dans une certaine mesure) l'ensemble du groupe.

Les éducateurs sont chargés d'animer et de superviser la vie quotidienne. Il ne suffit pas de décréter que chaque résident a des tâches à effectuer. Encore faut-il les organiser, les expliquer et les adapter. En effet, une journée à Ellipse avec les repas à préparer, les bâtiments à nettoyer, les travaux à réaliser, les animaux à soigner, le potager à entretenir, ... n'est pas une mince affaire. Si, à cela, vous ajoutez les activités socioculturelles, les activités sportives, les démarches médicales, les entretiens psychologiques individuels et familiaux, les consultations psychiatriques et généralistes, ...

Vous n'aurez qu'un aperçu sommaire de la complexité de ce mariage entre la vie en groupe et la thérapie individuelle. Or c'est cette alchimie « au cas par cas » qu'Ellipse revendique comme « marque de fabrique » dans son travail clinique avec des « toxicomanes ».

L'éducateur se transforme en coordinateur chargé de s'assurer que chaque tâche pourra être réalisée, que chaque résident y trouvera sa place et surtout participera à cette vie communautaire en plus du travail individuel. Cette vie communautaire entraîne diverses émotions de joie, de colère, de frustration et de tristesse. C'est sur base de ce matériel que le résident échangera lors des réunions de groupe.

L'éducateur devient animateur d'ateliers sportifs, culturels, artistiques qui sont importants en vue d'éveiller les résidents à des expériences nouvelles. Il initie l'éveil et la curiosité en souhaitant qu'il en reste quelque chose de positif après Ellipse. Et surtout l'animateur conduit des réunions de parole thérapeutique où les patients échangent leur émotion, leur point de vue, leur histoire afin de ne pas se sentir seuls et ainsi d'être soutenus et écoutés par les autres.

Enfin, on ne peut passer sous silence les tensions que traverse la vie communautaire à Ellipse. Les règles de non-consommation de produit au sein de l'institution et de non-violence sont des piliers sur lesquels l'équipe d'Ellipse s'appuie. Mais si on parle de règles, on parle aussi de transgressions et donc de réactions à ces transgressions. Ces réactions sont toujours inspirées par le travail clinique individuel et les décisions d'équipe.

Nous disons aussi à Ellipse que l'abstinence est un moyen thérapeutique et non une fin en soi !

L'équipe s'assurera qu'aucune prise de produit intempestive ne vienne perturber la relation entre le résidant et le travailleur tout au long de la postcure. Parfois, le sevrage peut s'avérer insuffisant mais il est clair pour tout un chacun qu'il doit être suffisant afin que tous puissent supporter les contraintes liées à la vie communautaire.

Nous demandons également au groupe ainsi qu'aux individus qui le composent de s'engager avec vigilance afin de s'assurer que ce principe d'abstinence ne soit pas mis à mal à l'intérieur de la communauté thérapeutique.

Lorsqu'une consommation survient à l'intérieur de la communauté, une rupture de contrat immédiate sera prononcée afin de préserver le groupe. Un groupe de parole sera ensuite organisé en urgence avec les résidents afin qu'ils puissent mettre des mots sur cet état de crise.

Soyons clairs, il est entendu que l'abstinence n'est pas une visée en soi. Elle ne sera présente que le temps de la postcure.

## Chapitre 7 : Mécénats et projets

Voici les projets qui ont été introduits par les différents sponsors sollicités en 2019 pour l'Asbl ALISES :

**1) Les Bottines des Lacs 2019 : les 16 et 17 novembre 2019 sur le site des Lacs de l'Eau d'Heure**

Organisation d'une course et une marche à pieds soutenue par le challenge du Hainaut.

Réel succès, plus de 550 participants et une cinquantaine de bénévoles présents.  
Intégration d'une marche ADEPS en 2020 (14 et 15 novembre 2020).

Institutions sociales participantes : ALISES Asbl, Bellerive Asbl, Le Centre A. Focant Asbl, Les Amis des Aveugles Asbl, Coga Asbl, Le Baucory Asbl et Le Castillon Asbl, et nouvel arrivé, le Clos du Chemin Vert.

Des subsides proviennent d'Infrasports  
Total des aides financières : 800€.  
Ce montant permet la location du bâtiment du Cierneau.

**2) Site internet**

Création d'un nouveau site internet pour ALISES et ses quatre unités.  
En ligne, sur WIX, le biseau <https://www.lebiseau.com> (site payant), Alba <https://albacrf.be> (site payant) et l'Ancrage <https://alises-asbl.wixsite.com/ancrage> (site gratuit).  
Pour Ellipse, le site est en cours de déménagement sur OVH.

**3) Appel à projet « Pauvreté » de la fondation Roi Baudouin : 7 975€ :**

Projet « MASTIC » Manifester un besoin d'Aide et de Soutien à l'utilisation des technologies de l'Information et de la Communication) au sein du CAAT, CASA et Alba, organisation à la demande des bénéficiaires.

Le fonds a permis l'achat de matériel informatique (ordinateurs, tablettes, imprimante et appareil photo).

**4) Fonds Hoogveld, pour l'installation de panneaux photovoltaïques.**

Projet refusé.

### Pour les autres unités

Pour l'Ancrage :

- Fonds Celina Ramos – soutien unique : en attente.

Pour le Biseau :

- Aide à la Jeunesse et Santé Mentale : projet accepté à hauteur de 7 500€ pour la création d'un espace Snoezelen au Biseau SRG.

Ce don permet l'achat de matériel Snoezelen et Psychomotricité. Nous introduisons un concept habituellement utilisé auprès d'un public représentant des pathologies mentales (autisme, Alzheimer, trouble du comportement, de l'attachement, etc), à un public dit « normal » mais présentant un risque.  
Cap 48 : 50 000€ en 2019.