



Appui Observatoire Recherche Information Concertation

Semaine de la santé mentale 2017

Des « laissés pour compte » ?
À la rencontre des personnes les plus fragilisées

10 leviers transversaux pour l'action

47 pistes d'action spécifiques

& 7 recommandations pointées par le CRéSaM

Rédaction : Julie Delbascourt,
avec la collaboration d'Alexis Vanderlinden
Sous la direction de Christiane Bontemps

Table des matières

Cadre et contexte	2
Pour qui, pour quoi ?	9
10 leviers pour mieux rejoindre les personnes les plus fragilisées	12
Levier 1 : Des politiques publiques au bénéfice de la santé mentale.....	14
Levier 2 : Une relation d'aide et de soins à l'écoute de la personne.....	20
Levier 3 : Des secteurs et des services moins cloisonnés/segmentés.....	24
Levier 4 : Des interventions élaborées en réseau	28
Levier 5 : Une place pour les usagers et les proches.....	32
Levier 6 : Un meilleur accès aux services d'aide et de soins..	36
Levier 7 : Stop aux stigmatisations.....	40
Levier 8 : Des interventions au plus proche des personnes..	44
Levier 9 : Des formations pour les intervenants.....	48
Levier 10 : Une offre de soins visible.....	50
47 pistes d'action spécifiques aux publics-cibles	52
Les personnes vivant avec une assuétude.....	55
Les personnes au double diagnostic.....	57
Les personnes au grand âge	59
Les personnes sous statut interné.....	61
Les « JAVA 18-25 ans ».....	63
Les précaires.....	65
Focus sur 7 recommandations	66
Commentaires et conclusion	78

SANTÉ
MENTALE
dans la CITÉ

09 ▶ 13
OCTOBRE
2017

- INVITATION AU COLLOQUE
NAMUR, LE 12 OCTOBRE
- INITIATIVES LOCALES EN WALLONIE
LES 9 ET 10 OCTOBRE
- PROGRAMME OFF



DES « laissés pour compte » ?
À LA RENCONTRE DES PERSONNES LES PLUS

FRAGILISÉES

Cadre et contexte

La Semaine de la santé mentale

Initiée en 2011¹ par la Ministre wallonne de la Santé pour porter un éclairage sur la santé mentale, ceux qui en souffrent et ceux qui y travaillent, la Semaine de la santé mentale² est devenue, au fil des ans, un rendez-vous important pour le secteur de la santé mentale. Au travers de ses différentes activités (initiatives locales, colloque, programme OFF), cette Semaine permet, notamment, de diffuser de l'information aux

¹ D'abord intitulée « Semaine antistress » en 2011, la campagne a été redéfinie en 2015 et renommée « Semaine de la santé mentale ».

² La Semaine de la Santé Mentale 2017 intitulée « Des laissés pour compte ? À la rencontre des personnes les plus fragilisées » avait pour objectifs de mettre en lumière les difficultés rencontrées, d'identifier les failles dans l'organisation de l'offre de soins, de questionner les pratiques, de réfléchir ensemble aux publics prioritaires, ainsi qu'aux articulations entre secteurs. Mais aussi de repérer les initiatives porteuses et de co-construire des pistes d'action pour améliorer les réponses apportées aux personnes les plus fragilisées.

acteurs de santé mentale, de visibiliser l'offre de soins en santé mentale, mais également de fédérer les acteurs et de valoriser toute initiative prise en vue de prendre soin de la population.

La Semaine de la santé mentale, au travers de sa traditionnelle journée de colloque, souhaite rassembler les acteurs autour de questions importantes, afin qu'ils se rencontrent davantage, fassent connaissance, échangent les regards, les expériences, mais aussi leurs expertises et les actions qu'ils déploient dans leur pratique de terrain ou souhaiteraient se voir déployer.

C'est dans cette perspective que s'inscrit ce travail d'analyse des pistes d'action produites par le secteur lors du **colloque du 12 octobre 2017**, pour poser ensemble les jalons d'une réponse - ou plutôt des réponses - à l'importante question qui nous préoccupe : « comment mieux rejoindre les personnes les plus fragilisées » ? Quelles actions déployer pour rejoindre les « laissés pour compte » ?

Remerciements

Nos remerciements vont aux participants du colloque, sans qui ce travail n'aurait pas été possible ! Nous les remercions particulièrement pour la confiance qu'ils nous ont témoignée, dans ce processus de consultation - d'un nouveau genre - auquel nous les avons associés.

Merci également à l'équipe du CRéSaM pour ses retours avisés qui ont permis l'aboutissement de ce travail.

Enfin, merci à Audrey Crucifix pour son travail de communication, qui s'est attelée à rendre « vivante » la transmission des résultats de ce travail.

Bonne lecture.





Journée du 12 octobre

Colloque « Des « laissés pour compte » ?
À la rencontre des personnes les plus fragilisées

Près de **261**
participants se sont
réunis le jeudi 12
octobre



- Des professionnels de la santé mentale
- Des intervenants des secteurs partenaires : action sociale, handicap et enseignement notamment
- Des représentants d'associations d'usagers (Psytoyens) et de proches (Similes)
- Des usagers de services et institutions de santé mentale
- Des représentants de l'Administration de la santé (AViQ) et du Cabinet de la Ministre de la Santé et de l'Action sociale en Région wallonne

Les ateliers du 12 octobre

Après une matinée d'interventions en plénière, la place fut laissée l'après-midi aux propositions de pistes d'action pour mieux rejoindre les personnes « laissées pour compte ».

Les pistes d'action produites en ateliers se sont articulées autour de « publics-cibles » tels que définis suite à l'appel à participation du CRéSaM adressé au secteur en mars 2017.

Six publics-cibles ont ainsi été définis dans les domaines suivants : (1) assuétudes (2) double diagnostic (handicap mental/santé mentale) (3) grand âge (4) personnes sous statut « interné » (5) « JAVA (Jeunes Adultes et Vieux Adolescents) » (18-25 ans) (6) précarité. Chaque atelier-thématique portait sur un public-cible.

Les participants se sont réunis dans le cadre des 6 ateliers-thématiques (répartis en 10 groupes, 4 d'entre eux ayant été dédoublés) organisés l'après-midi du colloque.

Ateliers	Nombre de participants
Atelier 1 « Assuétudes »	35
Atelier 2 « Double diagnostic »	49
Atelier 3 « Grand âge »	20
Atelier 4 « Internés »	38
Atelier 5 « JAVA (18-25 ans) »	57
Atelier 6 « Précarité »	62
Nombre total de participants	261

La formulation des pistes d'action

Chaque atelier a été piloté par un animateur selon une *méthodologie commune*.

1° De qui parlons-nous ?

Dans un premier temps, les participants ont été invités à définir « qui » ils considéraient comme « laissés pour compte ». En effet, parmi les situations sélectionnées, toutes les personnes concernées ne sont pas pour autant des « laissées pour compte ». Chacun a pu mieux définir quelles étaient pour lui, les situations où les personnes étaient « laissées pour compte ».

2° Que peut-on faire ?

Dans un second temps, les participants ont réfléchi aux pistes d'action à proposer pour leur « public-cible » (c'est-à-dire le « qui » précédemment défini). Ils ont été invités à nommer ce qui pour eux, devait s'arrêter (STOP), commencer (START) et continuer (CONTINUE)³.

³ Des « fiches-supports » ont été utilisées dans les différents ateliers afin de récolter les pistes d'action. Celles-ci sont consultables dans les actes 2017 via <http://www.cresam.be/projets/semaine-de-sante-mentale/>

Les participants étaient libres d'évoquer des pistes d'action à tous niveaux - individuel, institutionnel, politique - et de toute nature.

Le CRéSaM a effectué un **travail d'analyse et de réécriture** des pistes d'action proposées par le secteur - travail qui s'est voulu résolument synthétique et centré sur le critère de l'opérationnalisation des pistes.



« Analyser et synthétiser signifie classer, mettre les idées dans les cases qui leur correspondent le mieux, choisir, renoncer, etc. Tant que faire se peut, nous avons essayé de rester au plus près du vocabulaire utilisé par les participants ; les mots ont leur importance. Les pistes d'action ont donc été classées par levier pour ensuite être traduites en propositions d'action. Toutefois, si l'on peut effectuer une analyse transversale des leviers à activer pour mieux rejoindre les personnes les plus fragilisées, des pistes d'action spécifiques à chaque « public-cible » subsistent ».

Pour qui ? Pour quoi ?

Au lendemain de la Semaine de la santé mentale 2017, l'intérêt de donner suite à ce premier travail effectué par le secteur était bel et bien là. D'une part, la volonté du CRéSaM de mener à bien et de façon dynamique plusieurs de ses principales missions : valoriser les initiatives prises en santé mentale, fédérer les acteurs autour de questions-clés et permettre une concertation entre ces mêmes acteurs. D'autre part, le souci de proposer des pistes d'action pour rencontrer les « laissés pour compte » à tout qui peut s'en saisir.

À travers ce travail d'analyse, le CRéSaM souhaite se faire le relais et l'écho d'un certain nombre de réponses apportées par les acteurs de terrain, réponses déjà existantes, ou à initier !

Pris dans leur l'ensemble, les **10 leviers transversaux** aux personnes fragilisées et **les actions qui restent spécifiques** à certains publics s'adressent à la fois :

- ✓ Aux décideurs politiques
- ✓ Aux responsables des administrations
- ✓ Aux cadres/gestionnaires d'institutions et de services d'aide/de soins
- ✓ Aux professionnels de terrain
- ✓ Aux usagers et proches de services d'aide ou de soins
- ✓ À la société civile

- **Les 10 leviers transversaux pour l'action**

Ces « leviers », tous articulés autour d'une thématique centrale, rassemblent les pistes d'action transversales aux publics-cibles préalablement définis dans le cadre du colloque. Ils transcendent donc les situations particulières auxquelles peuvent être confrontées les personnes fragilisées. Ces 10 leviers visent à mieux rejoindre l'ensemble des personnes les plus fragilisées.

La rédaction des propositions d'actions

Les pistes d'action « brutes »⁴ telles que formulées initialement par les participants ont été regroupées par leviers thématiques identifiés par le CRéSaM.

Au sein de chaque levier, les pistes d'action rassemblées ont été traduites en propositions d'actions.

Sur les 437 pistes d'action proposées par le secteur, seules les pistes potentiellement opérationnelles ont été retenues. Les autres ou celles qui sont formulées de façon trop imprécise ont toutefois permis, soulignons-le, une précieuse compréhension des enjeux propres à chaque levier (identifié par le CRéSaM). Celles-ci ont été soigneusement intégrées à l'analyse globale.

⁴ Pistes d'action « brutes » dont vous pouvez prendre connaissance via les actes du colloque disponibles sur le site du CRéSaM www.cresam.be

- **Les pistes d'action spécifiques**

Aux côtés des pistes d'action réparties par leviers, d'autres restent spécifiques aux situations particulières vécues par les personnes fragilisées. Celles-ci sont reprises plus loin dans ce rapport, dans la partie « pistes d'action spécifiques ».

Les 437 pistes d'action se répartissent comme suit :

Classement effectué par le CRéSaM	Nombre de pistes proposées dans les ateliers
Pistes d'action réparties au sein des 10 leviers identifiés	390
Pistes d'action spécifiques aux publics-cibles préalablement définis	47
Nombre total de pistes d'action :	437

10

leviers pour mieux rejoindre les personnes les plus fragilisées



Levier → Nombre de pistes d'actions → Traduction en propositions d'actions

Vous trouverez ici la traduction des pistes d'action en propositions d'actions.

Au sein de chaque levier identifié, vous pourrez prendre connaissance du nombre de pistes initialement proposées par le secteur et réparties sous le levier en question.

Lorsqu'un levier s'adresse plus particulièrement à un acteur, il y sera fait référence dans le titre ou le chapeau introductif.

LEVIERS*		Nombre de pistes d'action se référant au levier identifié proposées dans les ateliers	Après analyse et synthèse par le CRéSaM : nombre de propositions d'action formulées
1	Des politiques publiques au bénéfice de la santé mentale	90	9
2	Une relation d'aide et de soins à l'écoute de la personne	58	11
3	Des secteurs et des services moins cloisonnés/segmentés	53	8
4	Des interventions élaborées en réseaux	47	9
5	Une place pour les usagers et les proches	35	11
6	Un meilleur accès aux services d'aide	28	4
7	STOP aux stigmatisations	27	2
8	Des interventions au plus proche des personnes	27	5
9	Des formations pour les intervenants	19	4
10	Une offre de soins visible	6	2
		Total : 390	Total : 65

Levier 1

Des politiques publiques au bénéfice de la santé mentale



90 pistes d'action

traduites en 9 propositions d'action

Ce levier contient des propositions qui s'adressent directement aux décideurs politiques. Une première série concerne les déterminants de la santé mentale, que l'on sait pluriels et variés, touchant aux secteurs connexes à celui de la santé mentale. Une seconde série de propositions concerne directement les politiques de santé mentale en tant que telles.

Agir sur les politiques qui influencent les déterminants de la santé mentale

1. Une réduction des inégalités

- Garantir des lois, des décrets, des règlements qui permettent de réduire les inégalités sociales (et non le contraire)
- Garantir l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes : égalité salariale et non-discrimination dans les milieux professionnels

2. Un revenu décent pour tous

- Mettre en place une allocation de revenus garantie, quelle que soit la situation de la personne (allocation universelle, allocation sociale, allocation de recherche d'emploi...)

- Permettre de vivre en colocation tout en bénéficiant d'un revenu au taux « isolé »
- Revaloriser certains emplois précaires en termes de revenus

3. Un logement pour tous

- Promouvoir la société civile (via les Agences Immobilières Sociales)
- Développer le « Housing First »
- Augmenter l'accès aux logements sociaux
- Augmenter l'accès aux abris de nuit

4. Des parents soutenus

- Augmenter le soutien concret aux parents en fournissant des aides (telles que les aides familiales, les gardes d'enfant...)
- Augmenter les places d'accueil pour les enfants (crèches, garderies, loisirs, aide à la jeunesse, ...)
- Augmenter la durée du « congé parental » et le favoriser davantage dans tous les milieux professionnels
- Mettre en place un congé « monoparental » pour les mères et pères « célibataires »



5. Une jeunesse épaulée

- Inclure les compétences sociales à acquérir chez les enfants (vivre ensemble, estime de soi) comme partie intégrante du cursus scolaire
- Aider les écoles à développer davantage les compétences sociales et personnelles des enfants
- Continuer les aides financières publiques aux études et aux formations (aides d'« État »)

Agir directement sur les politiques de santé mentale

6. Des mesures claires, cohérentes, transversales et élaborées en concertation

- Clarifier les lois et les rendre plus lisibles
- Fonder les décisions politiques sur l'expertise des professionnels de terrain
- Fonder les décisions politiques sur l'expertise des usagers et des proches
- Améliorer la transversalité des politiques et l'articulation des différents niveaux de pouvoir entre eux
- Améliorer encore le financement de la concertation pluridisciplinaire et la participation des équipes aux réseaux
- Développer la recherche scientifique pour objectiver les besoins et les difficultés des usagers
- Diminuer la charge administrative pour les professionnels des services d'aide et de soins

7. Un financement adéquat de l'offre de soins

- Garantir des subsides suffisants et pérennes pour les services d'aide et de soins
- Repenser les critères de financement des services
- Repenser les normes de reconnaissance de l'offre de soins telles que :
 - les critères d'inspection des structures d'hébergement et/ou de soins
 - l'obligation de résultats > privilégier une obligation de moyens
 - l'obligation de chiffres > privilégier le qualitatif au quantitatif

8. Une offre de soins de qualité et en quantité suffisante

Ici, de nombreuses propositions d'action ont été formulées. Bien qu'elles ne soient pas toutes opérationnelles en tant que telles, elles se réfèrent à la qualité de l'encadrement de la relation « soignant-soigné » :

- Continuer à subsidier les services existants
- Créer de nouveaux services/équipes/places d'accueil pour accueillir les personnes en besoin d'aide et de soins. Par exemple, particulièrement pour les personnes au double diagnostic (santé mentale/handicap mental) et au grand âge.
- Favoriser le développement des structures de soutien d'aide psychologique
- Arrêter les solutions qui n'en sont pas (répits à répétition par exemple)
- Soutenir les services et les équipes existantes en termes de moyens financiers et de personnel

- Soutenir la prise en charge des situations de crise
- En continuant les time-out (temps de répit)
- En continuant les lits de crise
- Arrêter les mutations des services au détriment des patients (exemple : mutation des services hospitaliers)

9. Soutenir le logement « avec du soin »

- Soutenir la reconnaissance des maisons « pirates » qui répondent aux normes de l'AViQ car celles-ci se créent en réponse à un besoin criant de places d'accueil
- Ouvrir des structures adaptées aux besoins des personnes qui ne trouvent pas d'endroit
- Créer des logements socio-médicaux
- Créer des logements de « transit » entre la sortie de l'institution et le logement classique



Une relation d'aide et de soins à l'écoute de la personne



58 pistes d'action

traduites en 11 propositions

Ce levier fait éminemment référence à l'engagement dans la relation de soins. Les propositions s'adressent pour la plupart aux professionnels de l'aide et du soin.

Les participants ont évoqué la relation de soin comme outil central pour rejoindre les personnes fragilisées. À partir de leur place d'utilisateur de services de santé ou de professionnel, les participants ont proposé des pistes d'action qui invitent à revisiter la relation d'aide et de soins, à faire preuve de créativité mais aussi à continuer d'adopter des postures que l'on sait avoir des effets bénéfiques pour la personne !

1. Travailler avec la personne, à partir de sa situation particulière, de ses spécificités et de ses besoins

- Ne pas infantiliser la personne ; elle est experte de ses besoins et on lui reconnaît toujours *a priori* des possibilités d'autonomie tout en prenant en compte ses difficultés
- Partir de ses besoins et souhaits, en l'aidant à les exprimer
- Développer des outils pour les situations les plus dramatiques et les plus compliquées (et pas seulement pour le plus grand nombre)
- Cultiver l'humilité des professionnels ; la personne a de toute façon quelque chose à nous apprendre
- Renforcer la disponibilité de certains professionnels (temps d'échange plus fréquents avec l'utilisateur,

écoute, contacts entre les rencontres...). Par exemple : les psychiatres et les administrateurs de biens.

- Donner un rôle/une responsabilité à la personne pour qu'elle se rende compte de ses propres compétences, et qu'elle puisse augmenter sa confiance en soi. Les outils peuvent être l'art, le théâtre, une exposition...
- Parler du patient comme s'il était présent chaque fois
- Arrêter de choisir à la place de la personne
- Adapter les attentes - voire les exigences - d'autonomie en fonction des réalités de la personne
- Sortir de l'infantilisation en misant sur la co-gestion et la coparticipation (professionnels-usagers)

2. Positionner l'utilisateur comme un citoyen à part entière

- Soutenir l'action collective : donner des outils d'action collective aux usagers
- Favoriser les réseaux de solidarité entre citoyens

3. Favoriser les interventions au rythme de la personne - Accepter de prendre le temps sans exigence envers l'autre

4. Favoriser les interventions au plus proche de la personne

5. Développer des services d'accompagnement dans le réel des personnes (domicile, rue, institution, collectif...)

6. Travailler avec empathie en tentant d'entrer dans le monde de l'autre, avec ses particularités

7. Prôner la qualité du soin et de la relation plutôt que la pression liée aux résultats

- Ne pas limiter la guérison à 5 séances de consultation
- Arrêter d'exercer une pression permanente sur les travailleurs
- Favoriser les micro-objectifs et mettre en avant les micro-réussites

8. Évaluer régulièrement le soin et le traitement médical

- Continuer à observer les réactions journalières tant que possible
- Établir un diagnostic régulier : le traitement doit être revu régulièrement
- N'utiliser la médication que si elle est nécessaire

9. Favoriser la communication, l'écoute, le savoir-être, un accueil chaleureux

10. Favoriser le lien avec l'utilisateur

11. Développer des méthodes de travail où le professionnel est le garant du lien, pour résister aux ruptures de lien



Levier 3

Des secteurs et des
services moins
cloisonnés/segmentés



53 pistes d'action

traduites en 8 propositions

Ce levier est celui qui occupe la troisième place en nombre de pistes d'action proposées par les participants (53 pistes d'action). Les participants ont cité les besoins de créativité, d'adaptation et d'assouplissement du cadre institutionnel. L'idée-clef qui ressort est, pour les professionnels, de pouvoir prendre de la distance par rapport à la norme et au cadre de travail.

Au vu des pistes d'action proposées, ce levier témoigne d'un besoin, tant chez les usagers que chez les professionnels, de développer des solutions plus globales répondant de façon plus holistique aux besoins de la personne.

Ce levier s'adresse à la fois aux décideurs politiques et aux cadres de l'administration, qui peuvent travailler sur les normes, le cadre proposé/imposé ; aux responsables et cadres d'institution qui sont amenés à travailler avec ces normes/cadres et à les faire respecter ; ainsi qu'aux professionnels de terrain qui doivent directement les mettre en œuvre. Chaque professionnel est donc, à son niveau, concerné par ce levier important !

- 1. Améliorer la continuité des soins et de l'aide entre les différents services :**
 - Augmenter les possibilités de prolonger un suivi par une personne de référence après un passage dans un autre service
 - Assouplir les conditions d'accompagnement en ce qui concerne l'âge des usagers

- 2. Assurer la présence d'un intervenant « fil rouge » qui transcende l'âge, les institutions et les secteurs**

- 3. Améliorer l'accès aux services généraux pour tous les usagers (par exemple, aussi pour les usagers vivant avec une assuétude)**

- 4. Adapter la réglementation des services pour faciliter le décroisement et la transversalité**

- 5. Développer des services qui dépendent simultanément de secteurs différents**

- 6. Faciliter le partage d'informations entre services tout en respectant le secret professionnel**

- 7. Permettre la mixité des usagers au sein des services (mixité en termes de problématiques)**

- 8. Favoriser les initiatives qui encouragent la mixité telles que les habitats mixtes**

Levier 4

Des interventions élaborées en réseaux



47 pistes d'action

traduites en 9 propositions

De nombreuses pistes d'action viennent constituer ce levier. Les participants soulignent le rôle indispensable que joue le travail en réseau - à différents niveaux (interpersonnel, celui des services, interinstitutionnel) - pour mieux rejoindre les personnes les plus fragilisées.

Les participants attribuent de nombreuses vertus au travail en réseau, qui apparaît comme une réelle plus-value afin de rejoindre les personnes les plus fragilisées. Celui-ci permet une meilleure concertation entre professionnels, avec l'utilisateur et ses proches. L'idée-phare est de ne pas rester « en cercle fermé d'initiés » afin de mettre en œuvre des actions qui prennent mieux en compte la complexité de la situation, avec des réponses aux besoins qui soient plus holistiques. Le travail en réseau permet aussi une meilleure réorientation si nécessaire.

1. Favoriser les moments de rencontre et d'interconnaissance entre professionnels d'une part, avec les usagers et les proches d'autre part :

- Organiser des portes-ouvertes au sein des services/associations/institutions
- Organiser des moments d'immersion interprofessionnelle

- Reconnaître le temps passé à la meilleure connaissance du réseau comme temps de travail effectif
 - Partager les savoirs, les contacts et l'information
- 2. Encourager davantage la concertation**
- Continuer les réunions de réseau
 - Organiser des tables-rondes avec la présence de travailleurs de différents secteurs
 - Continuer les collaborations et les contacts avec les autres services
- 3. Encourager les échanges et la collaboration entre services de secteurs différents (travailleurs de rue et soignants en hôpital ; aide à la jeunesse et travailleurs de rue ; etc.)**
- 4. Favoriser le développement de réseaux « à géométrie variable » et qui soient non-discriminants pour les usagers**
- 5. Encourager la pluri/multidisciplinarité au sein des services**
- 6. Encourager les interventions/supervisions entre services**

- 7. Intégrer davantage les usagers et les proches comme partenaires au sein des réseaux**

- 8. Renforcer la présence des secteurs connexes (par exemple l'aide sociale) au sein des réseaux de santé mentale**

- 9. Renforcer les collaborations entre les réseaux de santé mentale adultes et enfants/adolescents**

Levier 5

Une place pour les
usagers et les proches



35 pistes d'action

traduites en 11 propositions

Les usagers et les proches ont désormais une place autour de la table ! C'est en tout cas le mouvement vers lequel professionnels, usagers et proches participants aux ateliers-thématiques du colloque veulent aller ! Qu'il s'agisse de leur reconnaître une expertise, de mettre en place des groupes de soutien ou de leur accorder une place dans l'accompagnement proposé, en institution comme ailleurs, les usagers comme les proches doivent faire partie intégrante de l'équation si l'on veut mieux rejoindre les personnes les plus fragilisées !

1. Reconnaître l'expertise des usagers et des proches

- Intégrer des personnes-ressources - usagers ou proches - dans les services d'aide/de soins
- Développer les fonctions de pair-aidant dans les services
- Intégrer des « experts du vécu » (SPP Intégration sociale) dans les services d'aide/de soins
- Soutenir la participation des usagers et des proches à la réflexion sur l'organisation générale des soins (conseils d'usagers ou de proches au sein des réseaux, par exemple)

- 2. Développer des groupes de soutien aux proches et aux usagers dans les institutions**
- 3. Soutenir le développement d'associations d'usagers et/ou de proches (hors institution)**
- 4. Continuer les rencontres mélangeant les professionnels, les usagers et les proches lors d'événements organisés dans les secteurs de l'aide et du soin**
- 5. Tenir compte des usagers et des proches dans l'accompagnement proposé par les intervenants**
 - Impliquer l'utilisateur à partir de ses besoins et de ses réalités
 - Impliquer davantage les familles dans les prises en charge, tout en tenant compte de leurs limites
- 6. Prendre soin des liens familiaux**
 - Privilégier le contact entre les usagers et leur famille (notamment dans les situations d'exil, concernant les personnes détenues en prison, ou les personnes sortant d'une institution d'aide à la jeunesse et ayant atteint leur majorité civile)
 - Éviter les placements des enfants/jeunes en institution, pour autant que le maintien en famille ne nuise pas à l'enfant/au jeune
 - Favoriser le maintien en famille pour tous, pour autant que celui ne nuise pas à la personne

7. Accompagner les proches (en besoin d'aide)
8. Développer plus de soutien pratique aux familles
9. Mettre en place des formations pour les proches (groupes de psycho-éducation, groupes « multi-familles »...)
10. Soutenir le développement des groupes de parole pour les proches, en institution de soins et ailleurs
11. Développer des groupes de soutien aux usagers, en institution de soins et ailleurs



Levier 6

Un meilleur accès aux services d'aide et de soins



28 pistes d'action

traduites en 4 propositions

Les difficultés d'accès aux services d'aide et de soins, pour les premières personnes concernées, ont été pointées à différents niveaux : celui des critères d'entrée dans les services et celui de l'accessibilité financière et territoriale.

- 1. Assouplir les conditions d'accès aux services (âge, critère géographique, financier) pour faciliter le premier accès aux services (social, santé, jeunesse, grand âge, assuétudes,...)**
 - Créer davantage de lieux d'accueil « bas seuil », avec le moins de critères d'exclusion possible (âge, zone géographique, critère financier...)
 - Améliorer la gestion des listes d'attente pour certains services surchargés (simplifier les procédures administratives par exemple)
- 2. Assouplir les conditions d'accès aux formations socioprofessionnelles et valoriser la motivation de la personne**
 - Concernant l'accès à l'enseignement qualifiant ou professionnel. Exemple : actuellement l'élève doit avoir échoué au Certificat d'Etudes du 1er Degré

(CE1D) pour pouvoir accéder au qualifiant ou au professionnel > il faut changer ce critère d'accès

- Concertant l'accès à certaines formations du FOREM (Formation pour l'Emploi). Exemple : ne pas limiter une formation aux seuls chercheurs d'emploi

3. Améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé

- Instaurer la gratuité des soins pour tous
- Proposer l'inconditionnalité aux soins de santé et à l'aide sociale
- Diminuer le coût des Maisons de Soins Psychiatriques (MSP)

4. Favoriser l'accessibilité territoriale aux soins de santé

- Favoriser le développement de lieux de soins là où ils sont facilement accessibles aux usagers
- Mettre en place des moyens de transports jusqu'aux lieux de soins (transports en commun, conducteurs bénévoles, voitures-partagées...)



Levier 7

STOP aux stigmatisations



27 pistes d'action traduites en 2 propositions

À 27 reprises, les participants ont pointé la stigmatisation comme frein pour rejoindre les personnes les plus fragilisées. Pour reprendre les mots des participants, cette stigmatisation se traduit par l'existence de « préjugés », d' « étiquettes », de « cases », « un sentiment d'être réduit à son statut de *fou* », d' « allocataire social », d' « handicapé », de « vieux ». Ce sentiment d' « être exclu » est pointé à différents endroits.

Les participants ont aussi évoqué la stigmatisation des familles.

Face à cette stigmatisation, les participants ont proposé 2 pistes qui nous semblent être opérationnelles.

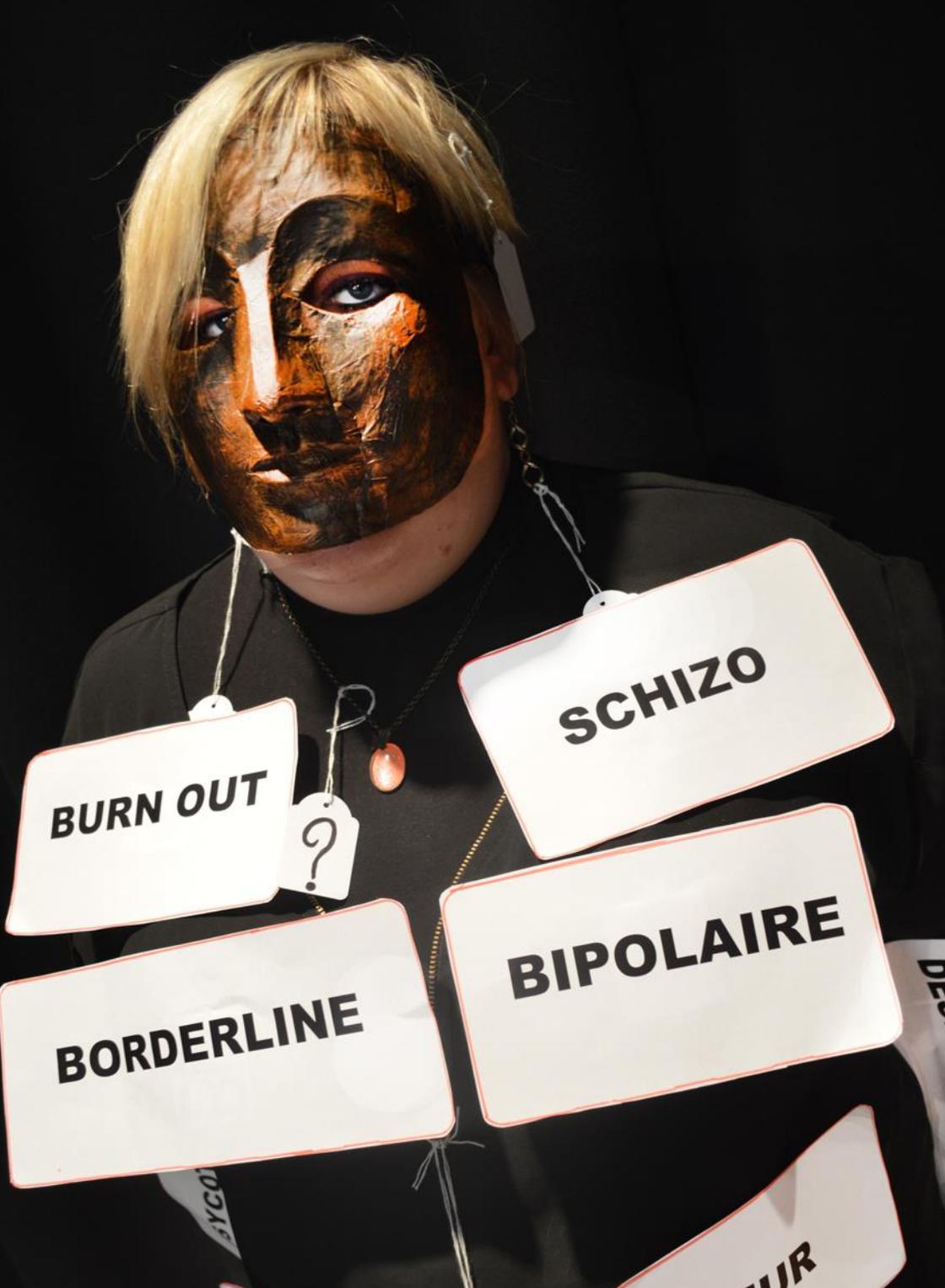
1. Véhiculer une conception et une représentation de la personne moins réductrices

- Ne pas réduire la personne à un statut (celui d'interné, d'allocataire social) ou un diagnostic (de maladie mentale)
- « La maladie n'est pas l'identité de la personne »
- « Il faut faire prendre conscience qu'on est tous concernés par la maladie mentale »
- Arrêter de stigmatiser les familles : arrêter de les faire culpabiliser et leur faire davantage confiance

2. Sensibiliser aux problématiques de santé mentale

- Sensibiliser au sein de nombreux domaines connexes à celui de la santé mentale : l'architecture, la culture, la santé somatique, l'insertion socioprofessionnelle (entreprises et milieux professionnels)
- Sensibiliser les professionnels de la santé mentale
- Sensibiliser le grand public grâce aux médias et à la culture via des campagnes de sensibilisation de grande envergure (vidéo, théâtre). Choisir l'humour comme moyen de sensibilisation (dédramatiser)





Levier 8

Des interventions au plus proche des personnes



27 pistes d'action

traduites en 5 propositions

La mobilité des professionnels apparaît comme levier pour rejoindre les personnes les plus fragilisées. *Aller vers* la personne en difficulté, au plus près. Un enjeu-phare de cette mobilité, évoqué parmi les pistes proposées, est celui de la juste articulation entre soins à domicile, soins ambulatoires et soins institutionnels, lorsque la personne bénéficie d'aide/de soins par des services différents.

- 1. Renforcer le soin et l'aide sur le lieu de vie de la personne (domicile, institution, rue)**
 - Renforcer les équipes mobiles de tous types (équipes mobiles attachées aux réseaux de santé mentale, Cellules Mobiles d'Intervention, travailleurs de rue...)
 - Permettre des consultations mobiles pour les services qui ne le font pas habituellement

- 2. Développer des antennes locales d'aide et de soins qui facilitent l'accès aux soins**

- 3. Développer des services résidentiels de type « communautaire », de petite taille, au cœur de la cité avec une équipe de soins adaptée (ni trop/ni trop peu)**

- 4. Continuer à développer des actions citoyennes de proximité dans les quartiers et villages. Exemple : Repair Café**

- 5. Développer davantage la mobilité des équipes pour les services des secteurs connexes à celui de la santé mentale (aide sociale, petite enfance, jeunesse, personnes âgées, etc.) Ces équipes iraient vers des familles précarisées pour réaliser leur travail de première ligne**



Levier 9

Des formations pour les intervenants



19 pistes d'action

traduites en 4 propositions

Ce levier attire l'attention sur la nécessité ressentie par les intervenants d'être outillés, formés à pouvoir accompagner les personnes vivant certaines problématiques spécifiques. L'objectif est d'avoir davantage d'intervenants « relais » au sein des services d'aide et de soins, sensibilisés à certaines problématiques.

- 1. Intégrer davantage les savoirs relatifs à la santé mentale dans les formations de base des métiers du psycho-médico-social**
- 2. Penser les cursus de psychiatrie, psychologie et infirmerie psychiatrique en intégrant davantage l'approche anthropologique de la santé mentale, la notion de handicap, etc.**
- 3. Développer des formations ciblées pour les intervenants**
Par exemple, des formations sur le handicap mental, la toxicomanie, le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS), sur le public adolescent, etc.
- 4. Encourager les méthodes formatives qui donnent une place à l'expertise des personnes directement concernées (jeux de rôles « patient/professionnel », témoignages...)**

6 pistes d'action

traduites en 2 propositions

La question de la visibilité de l'offre de soins a été évoquée à plusieurs reprises. Si l'on prend un peu de recul et que l'on visualise l'ensemble des leviers évoqués, ce levier apparaît sans doute comme le plus « généraliste », destiné à tout citoyen et non aux seules personnes « laissées pour compte ». Apparaît alors un enjeu fondamental : celui de la visibilité de l'offre de soins pour les personnes **les plus fragilisées**.

- 1. Continuer à développer des campagnes d'information sur les services d'aide et de soins vers le grand public**
 - Développer des outils informatiques pour informer sur l'offre de soins
 - Développer un centre de référence/d'information proche des citoyens
- 2. Développer un dispositif d'information qui permette aux professionnels de tous secteurs d'orienter vers le service d'aide adéquat**

47

pistes d'action spécifiques aux publics-cibles



Pourquoi des pistes d'action spécifiques ?

Aux côtés des 10 leviers précédemment identifiés par le CRéSaM, des pistes d'action spécifiques aux six publics-cibles définis dans le cadre du colloque subsistent. Il est apparu que certaines pistes d'action formulées par les participants ne pouvaient être destinées à l'ensemble des personnes fragilisées. C'est pourquoi le CRéSaM a fait le choix de les mettre ici en lumière afin de ne pas laisser « de côté » les situations particulières vécues par les personnes fragilisées.

Vous trouverez dans un premier temps, un descriptif de ce que les participants entendent par « personnes fragilisées » concernant leur public-cible d'atelier (A1 : assuétudes ; A2 : double diagnostic ; A3 : grand âge ; A4 : statut interné ; A5 : « JAVA 18-25 ans » ; A6 : précaires).

Vous trouverez ensuite les pistes d'action spécifiques qui subsistent au-delà des grands leviers identifiés par le CRéSaM. Celles-ci n'ont pas fait l'objet de reformulation du CRéSaM, elles restent « brutes », telles que formulées le 12 octobre par les participants aux ateliers.



Les personnes vivant avec une assuétude

Parmi les personnes vivant avec une assuétude, les participants ont mis en avant comme « laissées pour compte » :

- . celles qui souffrent aussi d'une maladie mentale,
- . celles qui sont dans un jeu d'inclusion et d'exclusion vis-à-vis de services/institutions amenés à accueillir d'emblée - ou non - des personnes vivant avec une assuétude ;
- . celles qui sont isolées géographiquement, habitant hors des centres urbains ;
- . celles qui sont stigmatisées à cause de leur assuétude ; stigmatisées par *Monsieur et Madame tout le monde*, mais également par certains professionnels de services d'aide/de soins.

Les pistes d'action spécifiques à ce public et proposées par les participants sont :

1. Créer des Salles de Consommation à Moindre Risque (S.C.M.R.) ;
2. Créer des centres socio-sanitaires ;
3. Avoir un suivi « encadré » de consommation pour faciliter l'inclusion dans les structures excluant ces problématiques d'assuétudes ;
4. Arrêter la concentration des services d'aide au niveau des centres urbains ;
5. Dépénaliser la consommation.



Photo prise par Stéphan Valot aux Héliothropes asbl

Les personnes avec un double diagnostic (handicap mental/santé mentale)

Parmi les personnes qui ont un double diagnostic, ont été désignées comme « laissées pour compte » :

- . les personnes stigmatisées, positivement ou négativement. Cela se traduit, par exemple, par des idéalizations excessives ou lorsque l'autisme est mis en lien avec la créativité et la métaphore d'un « autre monde » ;
- . les personnes dont l'ampleur et la gravité des symptômes sont telles que les structures n'arrivent pas ou plus à rencontrer leurs besoins et/ou ceux de leurs proches ;
- . les personnes abandonnées par le réseau d'aide/de soins, qui vivent dans des lieux « dépôts » parce qu'inadaptés pour eux ;
- . les personnes abandonnées par leur famille ;
- . les personnes situées dans un « entre deux » : pas tout à fait dans les critères du « handicap mental » et pas tout à fait dans les critères de la « santé mentale ».

Les pistes d'action spécifiques à ce public et proposées par les participants sont :

1. Développer une série d'outils d'aide et de soins diversifiés et adaptés à ces personnes ;
2. Penser la population « double diagnostic » comme un groupe hétérogène, à savoir des problématiques et possibilités différentes ;
3. Arrêter les lieux « dépôts ».



Les personnes au grand âge

Les participants ont précisé qui étaient les personnes âgées les plus fragilisées :

- celles qui ont des difficultés financières ;
- celles qui ont un « profil gériatrique light » ;
- celles qui ont un trouble psychiatrique avéré (hospitalisées ou non).

Les pistes d'action spécifiques à ce public proposées par les participants sont :

1. Arrêter de généraliser et de figer l'administration de biens ;
2. Arrêter de confier l'administration de biens uniquement dans les mains de la justice ;
3. Limiter le nombre d'administrés par administrateur ;
4. Faire en sorte que la personne puisse revoir régulièrement son administrateur de biens ;
5. Renforcer les connaissances sur la loi de l'administration des biens ;
6. Ajouter des intervenants sociaux autour de l'administration de biens ;
7. Baliser/faire respecter la loi sur le nouveau statut de protection des personnes majeures conforme à la dignité humaine (loi du 17 mars 2013) ;
8. Renforcer les équipes de bénévoles, formés et encadrés par des professionnels (exemples : projets Hestia/Entraide entre aînés) ;
9. Développer un appel à projets pour les « jeunes vieux » (initiative créative) ;
10. Créer des « référents psychologues » dans les maisons de repos (comme le référent « démence » à domicile) ;
11. Développer les hôpitaux psycho-gériatriques de jour.



Les personnes sous statut « interné »

Les « laissés pour compte » sous statut interné sont :

- . les personnes « oubliées » ;
- . celles dont les proches sont en difficulté ;
- . celles qui sont stigmatisées.

Les pistes d'action spécifiques à ce public proposées par les participants sont :

1. Fixer une durée déterminée à l'internement (maximum 2-3 ans) sauf profils extrêmes ;
2. Mettre en place un Centre d'expertise diagnostique ;
3. Accélérer le flux des lieux d'enfermement vers des lieux de soins réguliers ;
4. Arrêter l'enfermement en annexe de prison ou en établissement de défense sociale (= non soins) ;
5. Arrêter l'enfermement de longue durée : transférer les internés directement à l'hôpital sans passer par la prison ou sans y rester trop longtemps ;
6. Créer des ateliers de travail pour les internés ;
7. Faciliter l'octroi des autorisations de sortie de prison (pour la recherche de travail...) ;
8. Poursuivre les projets Trajets de Soins Internés (TSI) ;
9. Continuer les services ouverts ;
10. Continuer les hospitalisations de jour ;
11. Ne pas perdre les « lits transitoires » après la construction des Centres de Psychiatrie Légale (missions différentes de réinsertion, ce n'est pas l'hôpital).



Les « JAVA 18-25 ans (Jeunes Adultes et Vieux Adolescents) »

Les « laissés pour compte » âgés entre 18 et 25 ans sont celles et ceux :

- dont le parcours scolaire ou de formation n'est pas terminé ;
- qui sont Mineurs Étrangers Non Accompagnés (MENA) ;
- sortant d'institution ou qui doivent la quitter à leurs 18 ans ;
- qui « consomment » ;
- qui vivent dans une sphère familiale problématique.

Les pistes d'action spécifiques à ce public proposées par les participants sont :

1. Développer des abris de nuit adaptés aux « JAVA » ;
2. Développer les « espaces de consommation responsable » pour les jeunes qui consomment ;
3. Augmenter la prévention, changer le rapport des adultes à l'alcool, changer les cultures ;
4. Adapter les structures psychiatriques par rapport à la mise en observation judiciaire des « JAVA » ;
5. Parrainer les jeunes adultes (échanges de services) pour rompre l'isolement et la solitude ;
6. Développer des services de mise en semi-autonomie pour les jeunes dès leurs 16 ans, pour préparer l'après 18 ans en autonomie ;
7. Développer les habitations protégées (vie en communauté mais encadrée) pour viser l'autonomie ;
8. Sensibiliser les employeurs à engager des jeunes non-expérimentés, avec un accompagnement adapté ;
9. Continuer la valorisation des filières techniques et professionnelles ;
10. Revoir le statut de minorité prolongée.



Les personnes vivant dans la précarité

Qui sont les « laissés pour compte » vivant dans la précarité ? Pour les participants, il s'agit particulièrement :

- des personnes bénéficiant d'allocations sociales ;
- des personnes qui n'ont pas accès à l'information ;
- des personnes sans domicile fixe ;
- des personnes « entre-deux » qui ne sont attendues nulle part ;
- des personnes « victimes des normes » ;
- des adultes désaffiliés/isolés ;
- des jeunes de plus de 18 ans sans papiers ;
- des enfants en carence affective sévère ;
- des familles monoparentales.

Les pistes d'action spécifiques à ce public proposées par les participants sont :

1. Arrêter la perte des droits par erreurs administratives ;
2. Arrêter l'accompagnement sous contrainte pour les adultes désaffiliés et isolés ;
3. Réintégrer l'enfant en carence affective sévère à plusieurs niveaux : scolaire/extra-scolaire, recréer un espace de parole pour les parents (encadré), mettre en place des thérapies individuelles, réintégrer petit à petit l'enfant dans le milieu familial (exemple : 1 weekend sur 2) - voire viser la réintégration totale, continuer l'aide en milieu ouvert (aide à l'éducation, aide psychologique), mettre l'enfant en sécurité si nécessaire chez des proches, au pire des cas dans une institution ; Soutenir les parents : proposer un suivi thérapeutique et une aide au niveau financier (dettes, logement, travail, revenu) ; Suivre la scolarité ;
4. Parrainer, continuer à tisser du lien autour de la personne sans papiers qui a été trop souvent dans la rupture ;
5. Continuer à privilégier les gardes alternées (sauf contre-indications) ;
6. Continuer à loger les sans-papiers (2000 logements/soins via Facebook) ;
7. Pour le public « sans domicile fixe », augmenter les lieux d'accueil, de repos, et les sanitaires.

Focus sur

7

recommandations

Le point de vue du CRéSaM



Résumons-nous...

Au total, **437** pistes d'action ont été proposées par les participants dans le cadre des ateliers du 12 octobre. Parmi celles-ci, **47** pistes d'action concernent plus particulièrement certains publics-cibles (« les pistes d'action spécifiques »). **390** pistes d'action ont été identifiées comme appartenant à des leviers qui transcendent les 6 ateliers-thématiques ; ces pistes ont été traduites en 65 propositions qui constituent les **10** leviers pour mieux rejoindre les personnes les plus fragilisées.

Le Centre de Référence en Santé Mentale a mis en avant la nécessité de pointer plus particulièrement certaines pistes d'action. Cet éclairage, ce « focus », intervient comme **un appel à poursuivre des grands chantiers en santé mentale, afin de mieux rejoindre les laissés pour compte**. L'expérience et l'expertise acquises par l'équipe du CRÉSaM sur diverses thématiques ont été mises à profit pour sélectionner des pistes d'action à mettre en œuvre. L'assemblée générale des membres du CRÉSaM a ensuite commenté et validé les priorités retenues.

Vous trouverez, pour certaines recommandations, quelques explications en note de bas de page, relatant les débats afférents à certaines pistes d'action.

Le Centre de Référence en Santé Mentale propose ainsi de mettre en lumière 7 recommandations, **sur base des critères suivants** :

- ✓ Le travail n'est pas déjà en chantier ailleurs
- ✓ Le CRéSaM pourrait développer ce chantier concrètement (critère de l'opérationnalisation)
- ✓ La priorité est donnée aux pistes plus générales qui peuvent se décliner de différentes façons
- ✓ L'idée est de soutenir les actions qui font déjà leurs preuves plutôt que de créer du nouveau (éviter l'éparpillement)



Pour chacune des 7 recommandations pointées, il conviendrait de :

- Veiller à l'évaluation des pratiques actuelles et au partage des pratiques inspirantes
- Veiller à ce que des moyens financiers adéquats soient attribués

Le CRéSaM attire l'attention sur le fait que les priorités mises en lumière doivent permettre de mieux rejoindre les personnes les plus fragilisées. Toute personne peut bien évidemment tirer bénéfice des recommandations pointées mais dans le chantier qui nous concerne, il nous faut bien garder à l'esprit que **l'objectif est de rencontrer les personnes les plus fragilisées, les « laissés pour compte »**. L'opérationnalisation des 7 recommandations présentées ci-après devra donc mettre l'accent sur cet objectif.



« L'objectif est de rencontrer les personnes les plus fragilisées, les 'laissés pour compte' »

Focus sur 7

recommandations

1. Développer un centre de référence pour la sensibilisation, la déstigmatisation et l'information dédiée au grand public et aux professionnels de l'action sociale, de l'aide et du soin
2. Intensifier les partenariats entre le secteur de la santé mentale et les autres secteurs
3. Positionner l'utilisateur comme partenaire incontournable de son parcours de soin | Travailler avec lui, à partir de sa situation particulière, de ses spécificités et de ses besoins
4. Améliorer la continuité des soins
5. Travailler avec les services d'aide/de soin généralistes
6. Renforcer le soin sur le lieu de vie
7. Intégrer l'expertise des usagers et des proches

1.

Développer un centre de référence pour la sensibilisation, la déstigmatisation et l'information dédiée au grand public et aux professionnels de l'action sociale, de l'aide et du soin⁵

- Créer des outils - notamment informatiques - à l'attention du grand public concernant l'information sur l'offre de soins et les ressources disponibles
- Sensibiliser le grand public par le biais des médias et de la culture (campagnes de sensibilisation et de déstigmatisation)
- Favoriser les initiatives permettant la mixité (usagers et non-usagers de services de santé mentale), comme par exemple les habitats mixtes, les projets citoyens locaux mixtes, etc.

⁵ Recommandation formulée à partir des leviers 7 et 10.

2.

Intensifier les partenariats entre le secteur de la santé mentale et les autres secteurs⁶

- Intégrer davantage les savoirs relatifs à la santé mentale dans les formations de base des métiers du psycho-médico-social
- Organiser la formation continue, la sensibilisation et l'information des professionnels des secteurs connexes à la santé mentale et des professionnels du psycho-médico-social
- Renforcer les contacts avec les autres secteurs (emploi, logement, immigration, etc.) afin d'influer sur le développement d'actions et de décisions qui diminuent l'exclusion des usagers et renforcent la « bonne » santé mentale de la population (analyse transversale des politiques mises en place sous l'angle de la santé mentale)
- Accompagner les écoles et le secteur de l'enseignement à inclure le développement des compétences socio-affectives (le vivre-ensemble, l'estime de soi, etc.) tout au long du cursus scolaire

⁶ Recommandation formulée à partir des leviers 1 et 9.

3.

Positionner l'utilisateur comme partenaire incontournable de son parcours de soin/Travailler avec lui, à partir de sa situation particulière, de ses spécificités et de ses besoins⁷

- Prôner le lien et la relation
- Soutenir la participation des personnes - aussi des « laissés pour compte » - à tous les niveaux : évaluation des services, organisation des soins, parcours de soins
- Soutenir les interventions au rythme de la personne, en situation de crise et dans le cadre de suivis sur le plus long terme

⁷ Recommandation formulée à partir des leviers 2 et 5.

4.

Améliorer la continuité des soins⁸

- Soutenir l'existence d'un intervenant « fil rouge » au choix de l'utilisateur
- Soutenir les moments de rencontre entre services et l'immersion interprofessionnelle
- Augmenter les temps de concertation entre institutions lorsque l'utilisateur fréquente plusieurs services ou « passe » d'un service à un autre ; augmenter le temps d'accompagnement concret de l'utilisateur lors de ces rencontres

⁸ Recommandation formulée à partir des leviers 3 et 4.

5.

Travailler avec les services d'aide/de soin généralistes⁹

- Encourager la spécialisation des professionnels dans les services généralistes qui intègrent aussi les publics « laissés pour compte »
- Développer des formations sur des problématiques spécifiques (par exemple : handicap mental, toxicomanie, auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS), travail de rue avec le public adolescent, etc.) pour les professionnels de tous les services

⁹ Piste d'action formulée à partir des leviers 6 et 9.

Il nous paraît important de faire état d'un débat qui anime le secteur depuis un temps certain : faut-il continuer à développer des services d'aide spécialisés ou repenser les services généralistes ? La réponse semble se situer ni d'un côté ni de l'autre. La réalité est plus nuancée, comme en atteste le travail réalisé en 2010 par P. Minotte et J-Y. Donnay (Rapport de l'IWSM, 2010) concernant les situations « complexes » : *« il existe un débat récurrent autour de la pertinence de privilégier une offre spécialisée dans les situations difficiles et le fait de privilégier une offre généraliste qui abaisserait son seuil d'exigence afin d'être accessibles à tous les publics. Cette dernière solution est parfois accusée d'être peu réaliste. Les travaux de recherche sur cette question insistent généralement sur les dangers d'une fuite en avant vers l'hyperspécialisation, sur l'importance pour les services d'adapter leur niveau d'exigence de façon à être accessible à tout type de public et surtout, sur l'importance d'initier des dynamiques de réseau et de collaboration entre services afin de rendre possible la prise en charge des situations les plus complexes dans une logique de non-exclusion ».*

- Améliorer les procédures d'admission/de prise en charge et la gestion de l'attente (pour pouvoir traiter la demande quand elle se présente)
- Développer l'accueil « bas seuil » (défini comme comptant le moins de critères possible) au sein des services généralistes
Assouplir les critères d'entrée pour accéder aux services

6.

Renforcer le soin sur le lieu de vie¹⁰

- Encourager les initiatives favorisant l'accès au logement pour tous (logement adapté, initiatives novatrices, Housing First, abris de nuits, etc.)
- Soutenir le logement « avec du soin »
- Encourager le travail de proximité : à domicile, en institution, dans les quartiers.

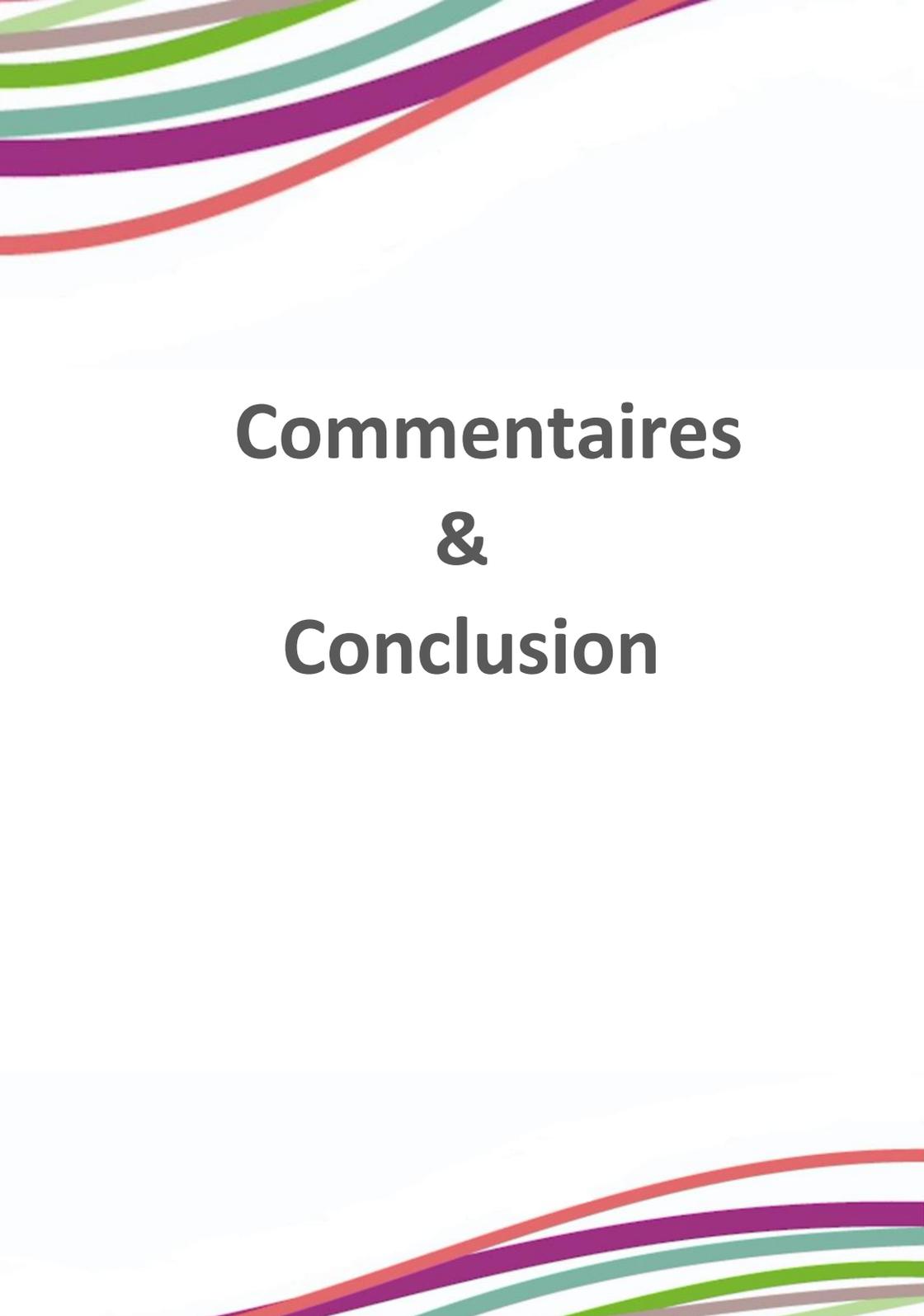
¹⁰ Recommandation formulée à partir des leviers 1 et 8.

7.

Intégrer l'expertise des usagers et des proches¹¹

- Intégrer des usagers ou des proches « personnes-ressources » dans les services d'aide/de soins
- Soutenir la participation des usagers et des proches à l'évaluation des services d'aide et de soins

¹¹ Recommandation formulée à partir du levier 5.



Commentaires & Conclusion

Le 12 octobre 2017, le secteur nous a donc proposé **437** pistes d'action !

Un bref échange avec les animateurs d'ateliers mettait déjà en lumière la diversité des pistes d'action proposées dans les ateliers, et leur première lecture attentive révélait alors la richesse des expériences vécues par les uns et les autres...

Certes, chacune des 437 pistes d'action est intéressante en elle-même et mérite toute notre attention. Toutefois, le CRéSaM a jugé pertinent de mettre le pied à l'étrier pour prendre le temps nécessaire du recul et de l'analyse. Des points de ressemblance et de divergence sont ainsi apparus au fil des nombreuses étapes intermédiaires déployées pour analyser ce matériau riche et dense.

Vous venez ici de prendre connaissance à la fois **des pistes d'action qui restent spécifiques à chaque public-cible** (les personnes vivant avec une assuétude, un double diagnostic, au grand âge, sous statut « interné », les « 18-25 ans (JAVA) » et les précaires) et **des 10 leviers transversaux identifiés**, qui sont autant de pistes pour avancer sur la question des « laissés pour compte ».

L'identification des 10 leviers transversaux aux publics-cibles nous invite finalement à penser les choses de façon globale. Chaque levier constitue un moyen à part entière de rejoindre les « laissés pour compte ». Et c'est sans nul

doute pris dans leur ensemble qu'ils pourront se déployer pleinement. Les exemples ne manquent pas.

Situées en tête du palmarès, les politiques publiques ont bel et bien un rôle à jouer. **Des politiques publiques au bénéfice de la santé mentale** (levier 1), c'est bien ce que mettent en avant les acteurs du secteur (90 pistes d'action s'y rapportent) pour mieux rejoindre les personnes les plus fragilisées !

Si **le travail en réseau** (levier 4) peut avoir un impact sur la capacité à mieux rejoindre les personnes les plus fragilisées, c'est notamment grâce à des **formations pour les intervenants** (levier 9), afin de mutualiser les expertises, de pouvoir assurer un « fil rouge » pour la personne, et développer un langage commun *a minima*. Mais sans **intervention au plus proche de la personne** (levier 8), sans accorder **une place à la personne elle-même et à ses proches** (levier 5), sans se mettre en posture d'écoute et sans travailler sur **le cadre possible de cette écoute** (levier 2), quelle teneur peut-on donner au travail en réseau ? Et quelles ambitions attribuer au travail en réseau si les services et les secteurs ne déploient pas d'actions en vue de **se décroiser davantage** (levier 3) ?

De même, **un travail sur les préjugés et les stigmatisations envers les personnes qui connaissent ou ont connu une problématique de santé mentale** (levier 7) est un levier

indispensable, si pas préalable à toute action, afin de mieux rejoindre les « laissés pour compte ».

Enfin, peut-on penser **l'accès aux services d'aide et de soins** (levier 6) sans développer de concert **une offre de soins qui soit visible pour les personnes les plus fragilisées** (levier 10) ?

Les 10 leviers sont donc indissociables. Ils ne prétendent pas résoudre la question du comment mieux rejoindre les personnes les plus fragilisées mais ont le mérite d'avoir posé les jalons d'un chantier à investir pour certains aspects (« to start »), et à poursuivre pour d'autres ! Car tout n'est pas à commencer, certaines pistes d'action, déjà initiées, mériteraient d'être davantage investies (« to continue »). Tandis que certaines actions devraient cesser au plus vite (« to stop »).

Le CRÉSaM a souhaité réaliser un focus sur les propositions qui peuvent venir alimenter le travail de terrain déjà en cours. L'équipe du CRÉSaM et les membres de l'asbl ont ainsi sélectionné et validé **7 recommandations** parmi les 65 propositions reformulées par le CRÉSaM.

Face à ce grand chantier du comment mieux rejoindre les personnes les plus fragilisées, chacun est invité à se saisir des recommandations présentées ici. Citoyens, travailleurs de terrain, représentants d'usagers/de proches, cadres institutionnels, gestionnaires,

responsables politiques, travailleurs au sein des administrations de la santé/de l'action sociale...nous avons - a minima - le devoir de nous sentir tous concernés !



Vous souhaitez nous rencontrer pour approfondir ces chantiers ? Nous interpellier sur un levier en particulier ou sur certaines recommandations ? Vous pensez que ce rapport peut alimenter votre pratique de terrain et vous souhaitez organiser une rencontre ?

Contactez-nous !

Christiane Bontemps, Directrice

✉ c.bontemps@cresam.be

☎ 081/25.31.40

Julie Delbascourt, responsable de projets

✉ j.delbascourt@cresam.be

☎ 081/25.31.49

