bpost
PB-PP | B-BC18851
BELGIE(N) - BELGIQUE

L'ESSOR

Premier trimestre 2015 n°71

de L'INTERFÉDÉ



Insertion socioprofessionnelle et santé mentale

La revue trimestrielle du secteur de l'insertion socioprofessionnelle

Editeur responsable : Eric Mikolajczak, rue Marie-Henriette, 19-21 à 5000 Namur



Sommaire

Insertion socioprofessionnelle et santé mentale

Editorial 2

Introduction 4

Psychiatrie et insertion socioprofessionnelle : un dialogue à trouver 9

La réforme des soins en santé mentale : état des lieux 13

Article 23 – « Toute personne a droit au travail » 18

La Pioche, un service de santé mentale partenaire des centres d'insertion 21

Les structures d'appui aux assistants sociaux du Forem : une solution en matière d'insertion ? 25

Un réseau ISP – Santé mentale à Liège 26

Pour aller plus loin ... 27

Le numéro 72 sortira en juin 2015

Son thème : Insertion socioprofessionnelle et expression artistique
Contact : Véronique KINET 081/74.32.00
E-mail : secretariat@interfede.be

À l'heure de boucler cet édito de l'Essor, il m'est d'abord apparu important de revenir sur l'actualité de ce début d'année qui nous a touchés en plein cœur : le terrorisme a tué des hommes et des femmes libres en cette première semaine de janvier au siège du journal satirique « Charlie Hebdo » et a ainsi tenté de tuer la liberté d'expression.

Cette atteinte grave à toutes nos libertés a sans doute réveillé nos consciences et a vraisemblablement suscité de nombreux débats et questionnements entre nous et au sein de nos associations. Elle nous a en tout cas particulièrement bouleversés, nous, citoyens d'une démocratie où la liberté est une valeur intrinsèque. Face à cette horreur, et dans le respect de toutes et de tous, notre secteur CISP doit plaider encore et encore en faveur de cette liberté d'expression qui nous offre la souveraineté de pouvoir donner notre avis, débattre, remettre en question, ne pas accepter sans broncher et ce même si d'aucuns nous traitent parfois d'empêcheurs de tourner en rond.

Ce moment terrible doit nous inciter à continuer à poursuivre cette mission essentielle que porte le secteur associatif (qui compose pour l'essentiel notre secteur) : être un contre-pouvoir autonome et constructif pour une société plus libre, plus égalitaire et toujours moins discriminante.

Il est salutaire qu'à l'aube de l'activation de la 6ème réforme de l'État, des citoyens rappellent sans cesse aux politiques qu'ils ont élus la réalité de la vie au quotidien et puissent leur exprimer sérieusement et fermement, mais aussi avec humour, les dérives possibles de leurs décisions.

EDITORIAL

En ce début d'année, continuons à rire, c'est un signe de bonne santé.

Mais revenons maintenant au sujet abordé dans ce numéro de l'Essor : la santé mentale.

La santé mentale étant une composante essentielle de la santé puisque celle-ci définit un état complet de bien-être physique, mental et social (définition de l'OMS[1]), il est alors de notre devoir d'être attentif et de participer à tout ce qui peut permettre à chacun de se réaliser. Pour cela, questionnons-nous à travers ce numéro de l'Essor sur la santé mentale.

Nous savons que des facteurs sociaux, psychologiques, biologiques ou socio-économiques affectent l'état de santé mental des personnes. Chaque jour, nous pouvons en mesurer les impacts dans le cadre de notre travail d'accompagnement des demandeurs d'emploi.

Notre secteur ne peut donc pas nier l'importance de la santé dans son action tout en restant attentif à ce que les stratégies intersectorielles de promotion de la santé, en ce compris la santé mentale, ne passent pas par un système aliénant l'autonomie, la liberté de choix et d'expression des personnes.

En cela, il est important de rester attentif à des actes administratifs et au sens et buts qui leurs sont donnés (par exemple, lorsqu'ils invitent les personnes à faire une déclaration identifiant une difficulté de santé afin de les préserver temporairement d'une suspension des allocations de chômage). Mais il est aussi important que nous soyons attentifs et partenaires d'une réflexion qui serait menée à l'attention des publics très éloignés de l'emploi (cf. / Déclaration de Politique Régionale p 18 : *« une réflexion sera menée en concertation avec le fédéral en vue de construire un statut particulier et temporaire pour les personnes qui doivent être considérées comme temporairement non orientables »*) afin que toutes mesures qui pourraient être prises relativement à ce public qui nous est proche puissent l'être dans le respect de son intégrité et de sa capacité à contribuer à la vie de sa communauté, mais aussi dans le respect de nos missions d'insertion socioprofessionnelle et de notre autonomie d'accompagnement des publics demandeurs d'emploi.

Car, s'il nous appartient aussi de mettre en place toutes choses qui peuvent réduire la pression sociale, économique et psychologique de l'environnement sur les personnes pour leur permettre de se réaliser en préservant leur bonne santé, il est aussi important que nous puissions rester attentifs à ne pas médicaliser toutes les composantes de la société sans débat et réflexion, au risque de se tromper de cible.

Je vous souhaite une bonne lecture de ce numéro de l'Essor et une année 2015 engagée.

Ann PAQUET,
Présidente de l'Interfédé

1 Organisation mondiale de la Santé.



Introduction

Construire des ponts entre le monde de la psychiatrie et le monde de l'insertion socioprofessionnelle revient-il à psychiatriser notre secteur ? Cette question produit des tensions. Dans quelle mesure le public qui présente une maladie mentale relève-t-il de l'action des CISP ?

Force est de constater que les personnes qui présentent une maladie mentale sont peu intégrées sur le marché de l'emploi. Tout comme le genre, l'âge, le handicap, l'origine ethnique, la maladie mentale fait également l'objet de stigmatisations. La stigmatisation touche donc plusieurs « catégories » de personnes. Or, les mesures prises pour activer les demandeurs d'emploi (en vue d'une mise à l'emploi à tout prix en responsabilisant individuellement les personnes aux dépens d'une action collective) drainent de plus en plus dans les CISP un public qualifié de « difficile » par certains. La vocation de notre secteur est cependant bien de considérer les personnes les plus éloignées de l'emploi et de la formation. Toutes ne présentent pas nécessairement des problématiques de santé mentale aiguës.

L'insertion socioprofessionnelle peut constituer un appui pour les personnes présentant des troubles de santé mentale, mais dans quelles conditions ? Quelles doivent être les lignes d'action des centres pour apporter une plus-value aux personnes ? Comment gérer au mieux les besoins des personnes sans verser dans l'occupationnel ? Nous prendrons connaissance dans ce numéro de l'Essor des initiatives existantes : une offre de formation centrée sur ce public, la mise en place de services sur mesure de prise en charge socioprofessionnelle et psychologique/psychiatrique, la mise en réseau d'opérateurs de l'insertion socioprofessionnelle et du champ de la santé mentale.

De nos jours, un certain nombre de phénomènes sociaux (pauvreté, décrochage scolaire, absence d'emploi) voient leur diagnostic et prise en charge glisser vers des interprétations médicales et psychiatriques au risque d'accentuer la responsabilité individuelle (être une personne « malade », « incapable »). Il faudrait cependant établir des liens entre les phénomènes sociaux complexes qui traversent nos sociétés et l'émergence de difficultés mentales qui nécessitent des prises en charge sociales, médicales, psychiatriques et psychologiques. Une certaine organisation du social produit en effet une perte d'affiliation sociale. Pouvons-nous affirmer que nous avons toutes et tous des repères, que nous trouvons toujours du sens au monde dans lequel nous évoluons. Quelle est la marge, qu'est-ce qu'être « normal » ? Quelles sont les frontières entre médical, mental, psychique, psychiatrique ?

Suite page 7

Un Essor illustré par les créations de l'asbl Revers

Les dessins présentés dans ce numéro de l'Essor sont issus de l'atelier de peinture, gravure, dessin, sculpture de l'asbl Revers. Présentation d'un dispositif d'insertion par la culture pour des personnes qui vivent un problème de santé mentale…



Revers s'inscrit dans une démarche globale qui vise le développement d'une psychiatrie démocratique sociale et intégrée dans le milieu de vie. C'est par l'offre d'une diversité d'ateliers que l'asbl crée des espaces de rencontre, de découverte, de créativité, de formation avec comme outils la matière, la couleur, le goût, le son… C'est à travers la réalisation d'un « objet », lors d'une rencontre, d'un dialogue… qu'elle témoigne de la vitalité et de la créativité des personnes. Revers participe à l'insertion sociale de ces personnes fragilisées et en grande détresse par l'ensemble de ces actions collectives mais aussi en proposant des interfaces possibles : en amont, avec les travailleurs sociaux référents dans l'objectif d'offrir des accompagnements de qualité ; en aval, avec les partenaires culturels pour qu'ils puissent prolonger en quelque sorte dans leur institution l'ouverture vers le tissu culturel urbain. *« L'enjeu de la créativité artistique est de renouer avec la question du sens, d'interroger le monde et par là, de s'y inscrire ».*

Les dessins présentés dans ce numéro sont ceux de Mariza qui suit l'atelier « peinture, gravure, dessin, sculpture », animé par Denis Verkeyn. Elle a utilisé la technique du crayon pour réaliser cette magnifique série de fleurs. Les œuvres créées chez Revers quittent régulièrement les murs de l'atelier pour être exposées. Infos dans l'agenda du site de l'asbl.

Revers, 76-78 rue Maghin à 4000 Liège – Tél. : 04 351 74 93 – info@revers.be – www.revers.be

Une définition de la santé mentale

Dans l'article « MMPP : médicaliser le chômage pour mieux exclure »[1], Frédérique Van Leuven analyse les **dangers relatifs à la catégorisation** des personnes présentant des troubles de nature médicale, mentale, psychiatrique ou psychique. Elle dénonce également la dictature de l'exigence du bien-être, la difficulté de classifier la maladie mentale, la médicalisation excessive et l'explosion des médicaments psychotropes.

*« **Nous avons tous des problèmes.** Dans sa définition la plus courante, un problème, c'est une situation dans laquelle un obstacle empêche de progresser, ou de réaliser ce que l'on voulait faire. Sur quelles bases différencier un problème médical d'un problème mental, un problème psychique d'un problème psychiatrique ?*

*Nous avons tous eu affaire un jour ou l'autre à la maladie, c'est pourquoi nous voyons des médecins. Nous avons tous des problèmes psychiques, étant confrontés à nos désirs, à l'amour et à la mort, et cela **fait partie de notre condition humaine** d'affronter la peur et la frustration.*

***Les termes « psychique » ou « mental » sont utilisés indifféremment**, seule leur étymologie diffère : grecque pour « psychique », latine pour « mental ». Quant aux « problèmes psychiatriques », que les professionnels nomment « troubles psychiatriques », ou « maladies mentales », leur diversité est immense, et ils sont loin d'entraîner systématiquement une incapacité à travailler.*

Selon Frédérique Van Leuven, les **« problèmes sociaux »** sont assurément dévastateurs pour la santé, et entravent davantage l'accès à l'emploi. *« Les travailleurs en Service de Santé mentale,* écrit-elle, *savent bien à quel point la problématique sociale est très souvent prioritaire au soin psychique. Il suffit de penser aux conséquences pour une personne de se retrouver SDF : cette situation, à elle seule, empêche non seulement l'accès au travail, mais elle entraîne aussi des problèmes psychiatriques graves, autant que des problèmes médicaux et de la douleur mentale. »*

De plus, Frédérique Van Leuven insiste sur le **caractère dynamique** que peut recouvrir la notion de santé mentale. Chacun-e d'entre nous peut ainsi passer d'un état de « bonne santé mentale » à un état de « malade mental ». Au-delà de l'aspect dynamique du concept de « santé mentale » lié aux trajectoires individuelles, il faut reconnaître l'influence du contexte sociétal (les règles et les normes) sur le fait d'être étiqueté « malade mental » ou « fou ». Comme l'écrivait le philosophe Jiddu Krishnamurti *« Ce n'est pas un signe de bonne santé mentale d'être bien adapté à une société malade ».* Cette phrase nous pousse à nous souvenir que le concept de « santé mentale » **a évolué en fonction du contexte historique**. Rappelons qu'en Union soviétique, entre 1919 et 1954, un homme adulte sur cinq est passé par le Goulag[2]. Au Moyen-âge, dans nos contrées, les athées étaient considérés comme fous : *« le fou est possédé, un aliéné victime de puissance des ténèbres[3] ».* Au fil du temps, la place du « fou » a évolué tout comme les traitements qu'on lui réserve. Aujourd'hui, les représentations que l'on s'en fait varient principalement selon trois « familles ». Le fou dangereux et incurable qu'il faut exclure et enfermer ; le malade mental moins dangereux car il est susceptible de guérir et le dépressif qui symbolise la tristesse et le mal de vivre, mais qui reste intégré à la société et peut être soigné.

La Plateforme de concertation en santé mentale des régions du Centre et de Charleroi a réalisé une étude[4] en collaboration avec l'Institut wallon pour la Santé mentale dans laquelle une **définition** est proposée :

« La santé mentale est un état d'équilibre psychique et émotionnel, à un moment donné, qui fait que nous sommes bien avec nous-mêmes, que nous avons des relations satisfaisantes avec autrui et que nous sommes capables de surmonter les tensions normales de la vie ».

L'OMS (Organisation mondiale de la Santé) définit, depuis 1946, la santé comme étant *« un état de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».* De même, la santé mentale est définie comme telle : *« Une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustration et de joie, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier si c'est possible. Cette personne vit son quotidien libre des peurs ou des blessures anciennes qui pourraient contaminer son présent et perturber sa vision du monde. De plus, quelqu'un en bonne santé mentale est capable d'éprouver du plaisir avec les autres. Bref, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à **établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie : physique, psychologique, spirituel, social et économique**[5] ».*

Véronique DUPONT,
Chargée de mission sociopédagogique pour la fédération Aleap
et rédactrice en chef de l'Essor
en collaboration avec Dominique ROSSI,
Coordinateur de projets Lire et Ecrire Hainaut Occidental
et membre du Comité de rédaction de l'Essor

Histoire de la Folie selon Michel Foucault

La folie n'a pas toujours été considérée comme une maladie mentale. Le regard porté sur elle varie selon l'époque. C'est cette idée que défend Michel Foucault[6], philosophe français, dans sa thèse de doctorat et son premier ouvrage « Histoire de la folie à l'âge classique »[7]. Michel Foucault cherche à y démontrer que **la perception de la folie dépend de la culture**. Il démontre comment le statut de fou « celui qui occupe une place acceptée », reconnu dans l'ordre social, devient un exclu enfermé. En effet, au XVIIe siècle, l'enfermement rencontre un intérêt accru. En France, un décret promulgue en 1656, la fondation de l'Hôpital général, lieu d'internement des fous, pauvres et criminels, c'est-à-dire de tous ceux qui se situent à la « marge » de la société. Pour construire son argumentaire, Foucault utilise des matériaux divers : archives, iconographies, peintures.

L'analyse commence à la fin du Moyen-âge jusqu'à la naissance de l'asile à la fin du XIXe siècle. Alors que la lèpre disparaît du monde occidental, les léproseries resteront pour héberger d'autres exclusions. Selon, Foucault, les lépreux y étaient parqués « hors de la société des vivants ». Le « fou » devient alors un personnage central remplaçant en quelque sorte le lépreux. C'est ce que nous disent les farces populaires, les tableaux de Jérôme Bosch à Pieter Bruegel par exemple. **La folie fascine, car on lui prête différents pouvoirs**.

La Renaissance avait fait place aux « fous » en ne les enfermant pas, l'âge classique marque l'ère du **silence et du grand renfermement**. Le « fou » est interné aux côtés de ceux qui constituent une charge pour la société dans des centres d'isolement et de travail. La mesure a une visée sociale et économique.

La fin du XVIIIe siècle voit apparaître un autre glissement, l'internement est considéré comme une erreur. En 1793, Philippe Pinel, médecin-chef de Bicêtre, libère de leurs chaînes les personnes qui sont détenues pour aliénation mentale. Ces dernières deviennent des malades à soigner avec sollicitude.

« Et, dans le même temps, l'enfermement se spécialise (l'asile pour les fous, la prison pour les criminels). La folie est isolée par la raison, devenant l'objet d'une science positive qui sera la psychiatrie du XXe siècle. Il devient possible de "guérir le fou" en le stabilisant et il revient à la médecine de forcer le malade à reconnaître sa faute et sa folie, de le contraindre à rejoindre la raison. Enfermer le fou, c'est le libérer. »[8]

« La spécialisation de l'enfermement s'accompagne d'une spécialisation des savoirs : à la prison est associée la criminologie, à la délinquance juvénile la psychologie infantile, à la promotion de l'école la pédagogie.

Du XIXe siècle aux années 1960, la psychiatrie se limite à des politiques asilaires reposant essentiellement sur le contrôle social, sur une ***logique répressive****. La valeur de référence est la sécurité, s'articulant autour du pouvoir judiciaire et du pouvoir administratif.*

La pathologie est envisagée comme une aliénation, modèle qui permettait de faire coexister l'affirmation, de droit, de la raison, de l'indépendance, de la liberté et l'expérience, de fait, de la folie et de la dépendance »[9].

Le livre de Foucault sera maintes fois mis en cause, car il apparaît comme un questionnement sans pareil de la psychiatrie. Certains le critiquaient, car il soutenait le courant antipsychiatrique. D'autres reprochaient à l'auteur de n'être ni psychiatre ni historien, de n'avoir pas vu dans la mise en place de l'asile une tentative de projet d'intégration.

Pourtant, les travaux de Foucault ont été le départ de formidables mouvements militants, ceux qui visent notamment à questionner l'arbitraire et la pertinence de l'enfermement.

Véronique DUPONT,
Chargée de mission sociopédagogique
pour la fédération Aleap et rédactrice en chef de l'Essor



Suite de la page 4

Pour une partie de nos publics, *« L'insertion a été perdue… mais suite à quoi ? Une maladie physique, une spirale de l'endettement, une perte d'emploi, une faillite, une séparation, un divorce, un accident ? Sans doute le plus souvent un cumul de plusieurs circonstances…*[10] *»*

Dans leurs travaux relatifs aux liens entre travail, chômage et stigmatisation, Ginette Herman et ses collaborateurs[11] analysent l'impact de la stigmatisation sur les processus motivationnels, cognitifs et sociaux des personnes dont l'emploi s'est éloigné. *« Le chômage ne pose pas que des questions de pauvreté, voire de misère. Il diminue les attentes et activités des personnes qui le subissent, déstructure leur rapport au temps et les entraîne vers des formes d'apathie caractérisées. Devenues psychologiquement et financièrement démunies, ces personnes tendent à l'isolement, se vivent sans espoir, mais aussi manifestent occasionnellement des actes de violence. »* D'un autre côté, l'accès à l'emploi est freiné par une santé mentale de moindre qualité[12].

Notre secteur s'est toujours interrogé sur la catégorisation des personnes en formation et sur leur discrimination[13] notamment lorsqu'il s'agit de prendre en charge des personnes présentant des difficultés lourdes et complexes ou en se prononçant sur la nécessité de mettre en œuvre un réel accompagnement individualisé, adapté à la situation personnelle du demandeur d'emploi établie à un moment donné.



Est-ce la situation de chômage qui est à la source de difficultés psychologiques ou inversement est-ce le mal-être des individus qui entrave leur recherche d'emploi ?

Dans le numéro 48 de l'Essor, un article intitulé « Chômage et Stigmatisation (p 11), Ginette Herman apportait déjà des éléments de réponse à cette question.

*« (…) Les résultats de ces études, aujourd'hui, ne laissent planer aucun doute (voir la méta-analyse de McKee-Ryan, Song, Wanberg, & Kinicki, 2005). D'une part, **le chômage a bien un effet délétère sur la santé**. D'autre part, l'hypothèse inverse, à savoir que l'**accès à l'emploi est freiné par une santé mentale de moindre qualité** est également vérifiée : une faible estime de soi ou un niveau élevé de dépression constituent en effet des antécédents significatifs au fait de se retrouver chômeur à l'issue des études et ultérieurement de ne pas être engagé.*

*Mais ce que ces études montrent surtout, c'est que (…) **l'influence du chômage sur la détresse psychologique est considérablement plus puissante que celle de la détresse psychologique sur la persistance du chômage**.*

*De plus, ces conclusions ont une **portée générale**. Elles ne se limitent pas à un groupe particulier : elles concernent tant les hommes que les femmes, les jeunes que leurs aînés, les personnes fortement diplômées que celles qui le sont peu…*

*Elles ne se restreignent pas non plus à l'une ou l'autre région, mais concernent de **nombreux pays dans le monde industrialisé**.*

Enfin, elles ne se sont pas démenties sur une période de près d'un siècle.

La détérioration de la santé mentale sous l'effet du chômage constitue dès lors un phénomène très robuste, généralisable au travers du temps, de l'espace et de divers groupes sociaux.

Il faut également noter qu'après une période de chômage, même si on retrouve un emploi convenable (ce qui est aujourd'hui de moins en moins le cas), on ne récupère jamais le niveau initial de santé mentale ».

Dominique ROSSI,
Coordinateur de projets Lire et Ecrire Hainaut Occidental et membre du Comité de rédaction de l'Essor

D'autres balises existent également. La liberté pédagogique des opérateurs de rendre accessible l'offre de formation à un public hétérogène reste un fondement de nos actions. Le droit de la personne en formation à l'autonomie du choix, le respect de la vie privée nous protègent des écueils.

De plus, à l'occasion de certaines collaborations entre les centres de formation et les centres de santé mentale, le partage d'informations se réalise en présence de la personne. Cette dernière est placée au cœur d'une égalité relationnelle pour préserver la liberté de choix.

Il s'agit de développer des interventions de qualité pertinentes où chacun a et garde sa place dans le souci et le respect constants du bien-être et du projet des personnes.

« Il faut avoir à l'esprit que ce qui est bon pour la majorité des personnes, ne l'est pas nécessairement pour tous. De même, si "le travail c'est la santé" est peut-être une vérité universelle elle n'est pas applicable à tout le monde, pas plus que celle qui affirme qu'il est bon de structurer sa vie selon des horaires précis ou qu'il faut multiplier ses contacts sociaux »[14].

Gardons-nous de projeter nos appréciations, subjectivités, représentations. Chacun d'entre nous est unique, il fait face aux événements de la vie avec un bagage différent. Il y a lieu d'entendre, de comprendre et de respecter ses besoins et trajectoires pour que la personne puisse agir à partir de ses propres stratégies et non selon un modèle applicable au plus grand nombre.

Le Comité de rédaction de l'Essor

1 VAN LEUVEN F., MMPP : médicaliser le chômage pour mieux exclure, Mental'Idées « Itinéraires de l'individuel au collectif », nr 18, journal de la Ligue bruxelloise francophone pour la Santé mentale, septembre 2012.

2 DAGENAIS D., Hannah Arendt, le totalitarisme et le monde contemporain, Presses De L'Université, Laval, 2003.

3 LAHARIE M., La Folie au Moyen-âge XIe -XIIe siècles - Archives de sciences sociales des religions, nr 82, 1993.

4 MINOTTE P. et GOSSELIN G., Handicap mental et santé mentale, repères théoriques et états des lieux des dispositifs visant à diagnostiquer, prévenir, soigner un problème de santé mentale et à maintenir une santé mentale de qualité chez les personnes adultes en situation de handicap mental, janvier 2010-décembre 2011. http://www.pfrcc.com/admin/wysiwyg/assets/Rapport%20DD%20HM-SM_PFRCC.pdf

5 Itinéraires : de l'individuel au collectif, Mental'idées, La Pioche, n°18, septembre 2012, Ligue bruxelloise francophone de la Santé mentale, http://www.lbfsm.be/IMG/pdf/mental_idees18_WEB.pdf

6 http://www.lacanw.be/archives/institutionnalites/Foucault%28JL%20Rouche%29.pdf

7 FOUCAULT M., Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, 1961.

8 COCQUYT T., Précarité et santé mentale, Mémoire FOPES sous la direction d'A. Fransen, juin 2011.

9 Idem.

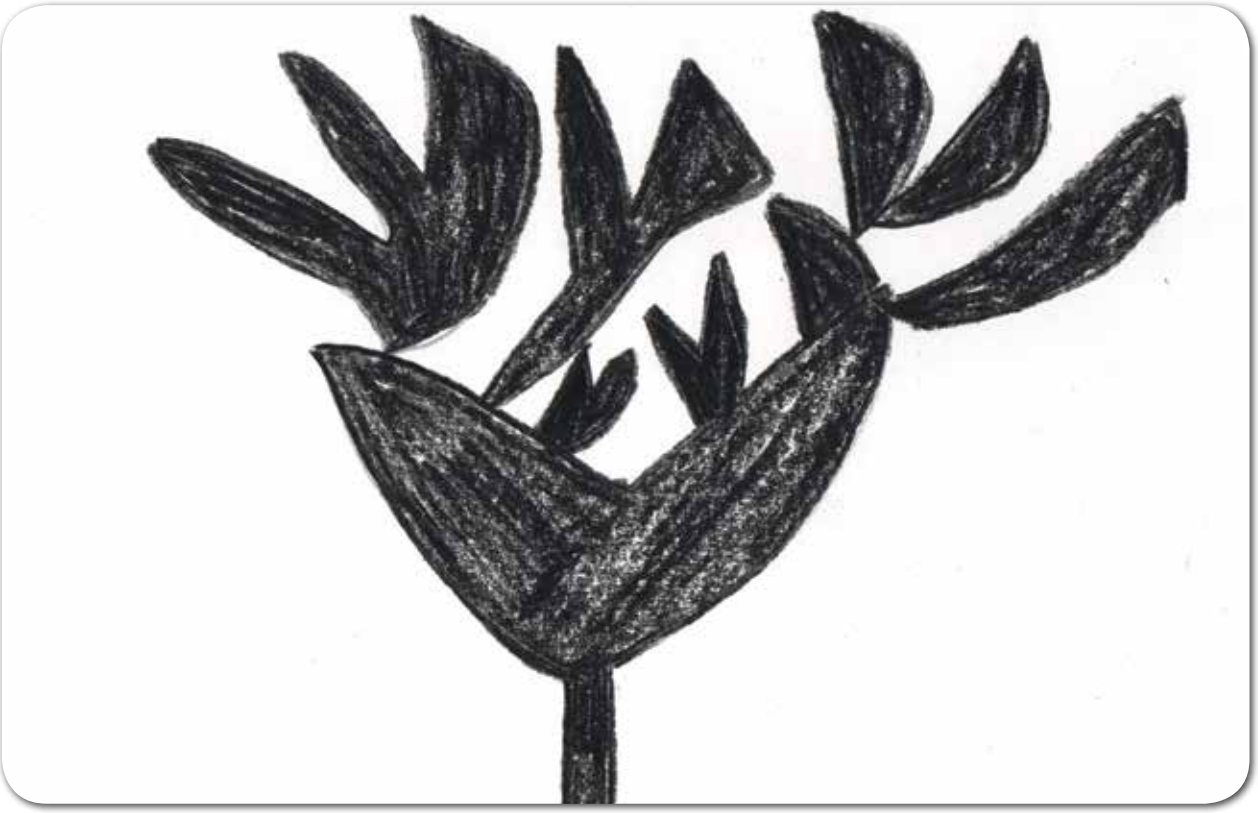
10 COLINET L., DE VEUSTER B., NELISSENNE A., Désertion sociale et santé mentale, dossier pauvreté, contrôle social et (dé)stigmatisation-tome 2, les Cahiers de Prospective Jeunesse, nr 37, décembre 2005.

11 HERMAN G. (et autres), Travail, chômage et stigmatisation, Éditions de Boeck, 2007.

12 Idem

13 Segmentation des demandeurs d'emploi, l'enfer est pavé de bonnes intentions, L'Essor de l'Interfédé, nr 56, second trimestre 2011, http://www.interfede.be/images/stories/documents/Essor/essor-56-pourinternet.pdf

14 ROELANDT M., Présidente honoraire du Comité consultatif de Bioéthique, Les projets 107, la place du patient, ses droits, ses choix, l'Observatoire, nr 72, 2011-2012.



Psychiatrie et insertion socioprofessionnelle : un dialogue à trouver

Les secteurs de l'insertion socioprofessionnelle (ISP) et de la santé mentale ambulatoire en Wallonie ont connu des évolutions majeures depuis les années 70, période pendant laquelle ils font progressivement leurs apparitions respectives. Leurs cheminements ont suivi des voies parallèles où les échanges étaient l'exception et l'ignorance respective la règle, à de rares exceptions près. Pour ce qui est du secteur de l'ISP, la faiblesse de cette collaboration trouve sans doute son origine dans la méfiance qu'inspire encore le risque de psychiatrisation du non-emploi dans un contexte où le modèle belge dominant est celui de l'hospitalisation. Nombreux sont ceux qui affirment que seul le chômage produit de la maladie mentale, pour mieux ignorer que la maladie mentale peut conduire elle aussi à l'absence d'emploi.

Pourtant, les choses évoluent progressivement vers un **rapprochement de ces secteurs** en évolution constante ; celui-ci s'impose à toutes et tous d'autant plus que les personnes souffrant de difficultés mentales sont de plus en plus présentes dans les centres de formation professionnelle pour adultes. La **méfiance** reste toutefois prédominante chez les opérateurs de la formation professionnelle alors que l'exclusion de bénéficiaires du chômage souffrant de maladie mentale frappe fort, tandis que le Forem met en place des structures d'appui visant tout ou partie d'entre elles. Il suffit qu'on évoque la virulence des réactions de rejet quand le Forem a cherché dès 2010 à formaliser un nouveau modèle de suivi s'adressant aux **MMPP**[1]. Ce sigle a été utilisé pour la première fois par le Forem en 2010 ; il est formé des initiales de « Médical », « Mental », « Psychique » et « Psychiatrique ». Les fonctionnaires de cet organisme de formation y classaient les personnes estimées inaptes à occuper un emploi avec pour objectif de développer un accompagnement différencié mieux adapté à la situation des personnes concernées. Précisons que l'utilisation du sigle « MMPP » et la **catégorisation des demandeurs d'emploi** sur cette base ont été dénoncées par un certain nombre de professionnels et d'usagers tant dans le secteur de la santé mentale que dans des centres de formation professionnelle pour adultes.

1 Voir encadré page 5.

Place de la Belgique en Europe concernant le nombre de lits psychiatriques (2009)

Avec plus de 150 lits psychiatriques pour 100.000 habitants contre une centaine dans les pays voisins, la Belgique est particulièrement bien pourvue. Et la Flandre est, à ce niveau, championne : on y dénombrerait 14.485 lits contre 6.582 en Wallonie et 2.217 à Bruxelles.

Non seulement ils sont très nombreux, mais en plus, les lits psychiatriques pourraient apparaître des plus « confortables » si l'on en juge par la durée pendant laquelle ils sont occupés par ces patients souffrant de troubles psychotiques, d'épisodes dépressifs majeurs, d'anxiété... Alors que la durée moyenne de séjour en hôpital psychiatrique est de 69 jours pour 26 jours dans un service psychiatrique d'un hôpital général, il s'avère que 5% des patients sont soignés à l'hôpital pendant plus d'un an, 2% d'entre eux y séjournant même pendant plus de 5 ans ! Alors, trop d'hospitalisations en psychiatrie et trop longtemps ?

La Belgique est clairement à la tête de l'Union européenne pour le nombre de lits psychiatriques par habitant.

Des données sur le nombre de lits psychiatriques par habitant en Europe sont disponibles en consultant la base de données de l'OMS pour l'Europe : http://www.euro.who.int/hfadb.

Jean-Luc VRANCKEN,
Membre du Comité de rédaction de l'Essor
et Coordinateur de la fédération CAIPS.



La Belgique est pourvue d'un **nombre très important de lits en hôpital psychiatrique**.

Non seulement, ils sont très nombreux, mais la durée de séjour est significativement élevée pour les patients souffrant de troubles psychotiques, d'épisodes dépressifs majeurs, d'anxiété… Il y a de nombreuses personnes qui restent trop longtemps dans des hôpitaux dont les services ne sont plus (ou n'ont jamais été) conçus pour de longs séjours, mais bien pour une prise en charge aiguë ou une rééducation visant une réinsertion dans leur environnement. Des formules de **soins alternatives à l'hospitalisation** se sont développées et imposées progressivement, tout en restant encore insuffisantes par rapport aux moyens conférés aux hôpitaux. Ainsi, l'accueil dans une institution de soins conçue pour les longs séjours, comme les maisons de soins psychiatriques ou les habitats protégés, paraît être plus adapté pour les situations chroniques. Une autre formule de soins alternatifs est par ailleurs en cours de développement, un premier pas a ainsi été fait dans le cadre de l'article 107 pour développer les soins extrahospitaliers. Il s'agit de transférer le financement réservé aux lits hospitaliers psychiatriques à la création de services de prise en charge ambulatoire constitués d'équipes multidisciplinaires.

Historiquement, la Belgique a privilégié la prise en charge de la personne malade axée sur **l'hospitalier avec une culture d'éloignement** – voire de négation – du milieu de vie de la personne malade. Cette pratique a été, durant une longue période, la seule réponse proposée aux problèmes de santé mentale. Depuis les années 70, les moyens financiers publics ont commencé à glisser modestement vers l'ambulatoire avec la création des centres de santé mentale. La **réforme en cours** depuis 2011, à travers ce qu'il convient d'appeler « l'article 107 », tend à faire progressivement basculer le modèle « hospitalo-centriste » d'organisation de soins belge vers la prise en charge de la personne malade dans son milieu de vie, quel qu'il soit, en y assurant la continuité des soins par un **travail concerté en réseau** avec les différents acteurs concernés (y compris le malade et son entourage). La famille et les réseaux de la personne sont désormais envisagés comme **partenaires de soins** indispensables et complémentaires aux soignants.

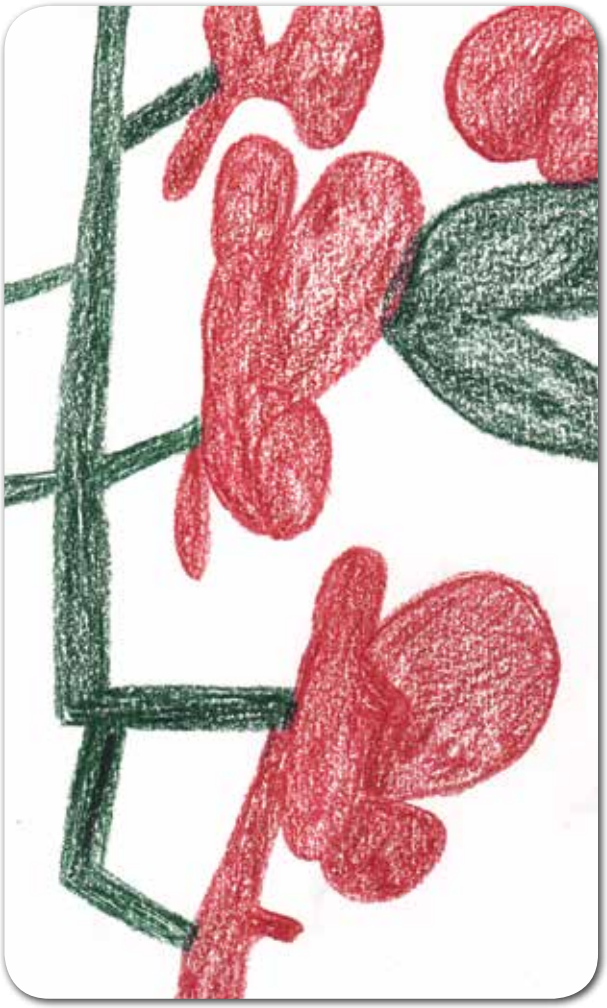
Chaque projet s'est construit sur un modèle commun qui doit veiller à assurer **5 fonctions** distinctes :

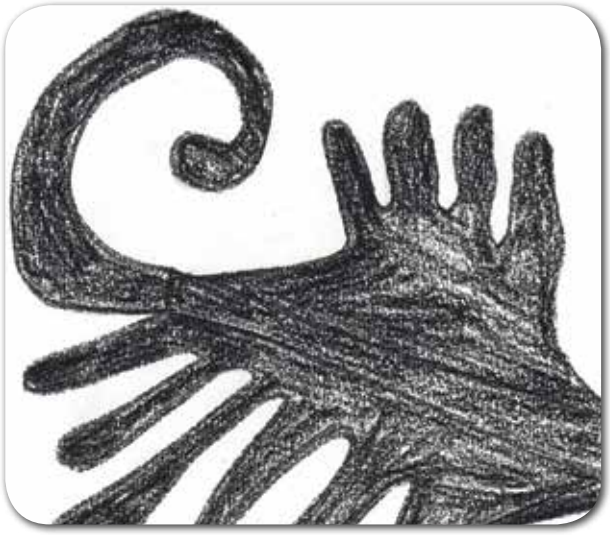
- La première fonction concerne les activités en matière de **prévention, de promotion des soins en santé mentale, la détection précoce, le dépistage et la pose du diagnostic** ; elle concerne comme partenaires les centres de santé mentale, les maisons médicales, les médecins généralistes, les services de soins à domicile, etc.
- La deuxième fonction concerne les **équipes mobiles aiguës et chroniques**. Il s'agit là d'une modification majeure apportée par la réforme : transférer, à partir des hôpitaux promoteurs, des équipes vers l'ambulatoire. Celles-ci peuvent se déplacer à domicile pour prendre en charge des situations qui, jusqu'ici, ne trouvaient pas de réponse quand la personne malade ne voulait pas se déplacer pour se faire soigner. Ces équipes ne sont pas des SAMU psychiatriques qui fonctionnent dans l'urgence, mais elles essayent de répondre aux demandes dans un délai le plus court possible.
- La troisième fonction concerne la **réhabilitation et l'inclusion sociale**. Elle concerne au premier chef le secteur des CISP, mais aussi les services d'insertion sociale, les centres de réadaptation fonctionnelle, les comités d'usagers, les dispositifs locaux d'insertion par la culture, etc.
- La quatrième fonction concerne les **hospitalisations**. L'objectif est de rendre ces hospitalisations les plus adaptées et intensives possibles dans le cadre d'une prise en charge mettant l'accent sur les soins aigus en privilégiant des séjours courts en hôpital général, dans la mesure du possible, tout en restant en lien permanent avec les autres fonctions afin de garantir la continuité de la prise en charge.
- La cinquième fonction concerne les **formules résidentielles spécifiques** lorsque le maintien à domicile est impossible, comme par exemple les initiatives d'habitations protégées, les appartements supervisés ou les maisons de soins psychiatriques.

L'articulation de ces 5 fonctions ne pourrait se faire sans l'intervention d'un **coordinateur de réseau** qui a pour mission de faire en sorte que l'ensemble des intervenants travaillent de manière concertée.

De toute évidence, c'est la **fonction 3 qui concerne de près notre secteur**. Et pour cause : les personnes qui souffrent de troubles psychiques peuvent retirer beaucoup d'un travail qui peut contribuer à leur mieux-être. Confiance en soi, contacts sociaux, amélioration de leurs revenus sont des bénéfices appréciables liés à un emploi trop souvent inaccessible pour elles. En effet, elles peuvent « craquer » plus facilement face aux exigences de plus en plus élevées du travail, tandis que les lieux où elles pouvaient jadis s'insérer plus facilement se ferment à leur recrutement comme des administrations locales ou même des entreprises de travail adapté. Il ne leur reste plus que le **volontariat ou la formation**, alors que la plupart d'entre elles préféreraient un emploi rémunéré pour se sentir pleinement intégrées.

L'étude « Mental health and work : Belgium » de l'OCDE (2013) révèle que le **taux d'emploi des personnes souffrant de problèmes psychiques** – surtout s'il s'agit de problèmes modérés – est **très faible dans notre pays**, en comparaison d'autres pays de l'OCDE. Relevons encore qu'en Belgique, une proportion relativement importante des personnes ayant des troubles psychiques ne relève pas du régime d'invalidité, mais bien de celui du chômage.





Les employeurs ont une importante **responsabilité dans l'exclusion de l'emploi**, craignant difficultés d'intégration et rechute. Pourtant, si le candidat est bien préparé et si l'employeur se montre suffisamment flexible, les expériences développées par une EFT comme Article 23 à Liège démontrent qu'il est possible de rompre avec ce cercle vicieux. Une expérience pilote soutenue par la Fondation Roi Baudouin a démontré que 40 employeurs pouvaient engager et maintenir à l'emploi la majorité des personnes concernées par l'action de mise au travail. Article 23 met en avant comme **facteurs de succès**[2] :

- des compétences, des capacités d'intégration et une autonomie suffisante (éventuellement après un parcours préparatoire) ;
- un stage avant le recrutement ;
- un suivi assuré par un coach externe ;
- une personne de confiance dans l'entreprise, informée de la situation et du mode de fonctionnement du travailleur.

Le Fonds Reine Fabiola[3] et le Fonds Julie Renson[4] se sont fortement investis dans le thème de la santé mentale et de l'emploi.

Ainsi, en 2011, ils ont constitué un groupe d'usagers qui a permis à des patients de faire entendre leur voix et de contribuer à l'élaboration de **10 recommandations**.

On retiendra ici **cinq d'entre elles** :

- **Miser sur une activation positive.** Soutenir les patients psychiatriques dans leur recherche d'un emploi adapté, surtout au travers d'un coaching et de stages.
- **Créer des emplois sur mesure.** Mettre en place davantage de systèmes flexibles et de petits emplois, avec des

2 Voir page 18, témoignage de l'asbl Article 23.

3 Fonds Reine Fabiola pour la santé mentale : plateforme d'échange d'idées et d'initiatives nouvelles. www.kbs-frb.be. En collaboration avec le Fonds Julie Renson et la Fondation Roi Baudouin.

4 Fonds Julie Renson : se consacre à l'amélioration de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. www.kbs-frb.be. En collaboration avec le Fonds Reine Fabiola et la Fondation Roi Baudouin.

tâches claires et réalistes. Le travail peut avoir des effets thérapeutiques, mais ne doit pas faire (re) plonger la personne. Tester à petite échelle des concepts novateurs d'organisation du travail.

- **Assurer un coaching permanent et un suivi sur mesure sur le lieu de travail.** Veiller à ce qu'il y ait aussi un point de contact externe pour l'employeur.
- **Axer l'accompagnement sur les capacités de travail et les compétences existantes des personnes.** Créer suffisamment de flexibilité et de possibilités de formation sur le lieu de travail.
- **Instaurer de nouvelles solidarités.** Sensibiliser l'entreprise aux potentialités des patients psychiatriques et ne reculer devant aucun tabou.

Le secteur de l'ISP – qu'il le veuille ou pas – est, de par les évolutions réglementaires et institutionnelles de la psychiatrie, amené à **former de plus en plus de personnes souffrant de difficultés en lien avec leur santé mentale.**

Par la force des choses, il sera contraint de s'intéresser aux difficultés spécifiques des personnes concernées qui fréquentent déjà les centres de formation. Ne nous leurrons pas, la route reste longue pour certains centres effrayés par les efforts majorés d'encadrement pour ce type de public.

Si les réponses méthodologiques et les bonnes pratiques professionnelles existent et se diffusent, encore faut-il la **volonté de les mettre en place sur le terrain**. Et quand la volonté est là, encore faut-il qu'elle se conjugue à une **politique de mise à l'emploi** orchestrée par des pouvoirs publics conscientisés et soucieux de faire aboutir une concertation encore à impulser avec le monde de l'emploi. Chiche ?

Jean-Luc VRANCKEN,
Membre du Comité de rédaction de l'Essor
et Coordinateur de la fédération CAIPS



La réforme des soins en santé mentale : état des lieux

Le rapport annuel de 2001 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), fait part de l'intérêt social pour les problèmes croissants en matière de santé mentale et du besoin urgent d'un élargissement et d'une meilleure organisation de l'offre de soins. Le 18 mai 2002, sur proposition de la Belgique, cette constatation fut transformée en une résolution « Mental health : responding to the call for action » (déclaration d'intention, 2002).

Contexte international comme déclencheur aux initiatives politiques[1]

Les évolutions qui ont marqué les soins en santé mentale en Belgique ces 40 dernières années montrent qu'un certain nombre de jalons importants sont d'ores et déjà posés vers la **mise en place de soins plus orientés vers et au sein de la communauté** (Bjaras & coll., 1991 & Emard & coll., 2004). Sur le plan international, nous observons que l'on tend à amener les soins en santé mentale vers les demandeurs de soins au lieu de les sortir de leur domicile, de les encadrer et traiter en milieu résidentiel et/ou institutionnel (Thornicroft et Tansella, 2003).

Il est nécessaire de **promouvoir une offre de soins en santé mentale qualitative et quantitative optimalisée orientée vers la demande.** C'est la raison pour laquelle la Conférence européenne des ministres de l'OMS de janvier 2005 à Helsinki a abouti à des accords politiques concrets et au plan d'action détaillé des soins en santé mentale (OMS, 2006).

1 FLEURY, M.-J., et al., 2014, Réforme du système de santé mentale : constats, témoignages et recommandations, *Santé mentale au Québec*, Vol XXXIX n°1, p.210 - 2013.

La déclaration d'Helsinki

Les États membres de la région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) se sont réunis lors de la Conférence ministérielle européenne sur la santé mentale tenue à Helsinki en janvier 2005 afin d'aborder l'une des principales menaces au bien-être des Européens : **l'épidémie de troubles psychosociaux et de problèmes de santé mentale**. Elle a rassemblé 52 pays et a débouché sur la **définition commune d'approches** en matière de santé mentale qui font depuis l'objet d'un consensus politique soutenu par tous les pays signataires, dont la Belgique.

*« Nous suggérons ci-dessous des recommandations sur la façon dont les services de santé mentale peuvent être organisés pour **optimiser la délivrance de soins d'une haute qualité**.*

Ces recommandations doivent être appréciées et adaptées en rapport avec le contexte de chaque pays.

- *Si possible, les institutions psychiatriques grandes et centralisées doivent être fermées et des **alternatives plus appropriées dans le milieu de vie** doivent être mises en place. Dans beaucoup de pays, il n'est pas réaliste de prendre ce chemin immédiatement. À court terme, ces institutions doivent être réduites en taille, les conditions de vie des patients doivent être améliorées, et le personnel doit être formé pour délivrer les soins dans le milieu de vie et améliorer la qualité des soins. Ces institutions devraient être reconverties dans des **centres de traitement actif et de réhabilitation.***
- *Autant que possible, les **nouvelles admissions dans les hôpitaux psychiatriques devraient être stoppées**. Les patients qui ont besoin d'être admis en hôpital devraient être reçus dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux.*
- ***Les ressources humaines et financières existantes des grands hôpitaux psychiatriques devraient être réaffectées** vers des prestations de soins de santé mentale dans les soins de santé primaire et les services de santé mentale basés dans la communauté.*
- *Une priorité devrait être donnée à l'**intégration des prestations de santé mentale** dans les soins de santé primaire et les hôpitaux généraux. L'intégration forme la base pour **réorienter les services d'une perspective institutionnelle vers une perspective basée dans la communauté**.*

- *Dans les pays développés, des prestations de santé mentale doivent être disponibles dans l'**hôpital général** au niveau du district local.*
- *Les **soins de santé mentale informels**, amenés par les familles, les groupes d'entraide et les bénévoles, devraient être renforcés en améliorant la compréhension générale des troubles mentaux et leurs causes, les traitements disponibles et l'acquisition de savoir-faire. **Les groupes de soutien et d'éducation pour les familles et les aidants proches doivent être renforcés.***
- *Des freins financiers devraient être utilisés pour décourager les soins dans les institutions psychiatriques spécialisées, et des **incitants financiers** devraient être utilisés pour promouvoir les soins dans l'hôpital général et dans la communauté.*
- *Dans les pays développés, des **spécialistes de la santé mentale** devraient être utilisés de façon judicieuse pour former et superviser des travailleurs en santé mentale moins spécialisés.*
- *L'écart dans les offres des services entre les zones rurales et urbaines, et les carences dans les offres concernant n'importe quelle population moins bien desservie, devraient être réduits en **étendant les propositions dans les services** des soins généraux et les services de santé mentale basés dans la communauté.*
- *La formation des professionnels des soins de santé devrait inclure les **aspects psychosociaux des soins, des savoir-faire et des connaissances sur les traitements médicaux appropriés.***
- ***L'implication des organisations d'usagers et de familles** dans la planification des services et dans les prestations de soins devrait être encouragée et amplifiée ».*

Cette déclaration répond à une **optique de désinstitutionnalisation et de développement communautaire**.

Le site www.psychiatries.be publie une traduction de ses **recommandations et conclusions** à http://www.psychiatries.be/faq/#sthash.pslcUDTw.dpuf

La Déclaration d'Helsinki est disponible sur internet à travers un document de 189 pages intitulé « La santé mentale : relever des défis, trouver des solutions » et est disponible à l'adresse www.euro.who.int/document/e88538.pdf.

L'OMS a également publié un **guide pour l'organisation des services de santé mentale** : « World Health Organization, Organization of services for Mental Health », Geneva, WHO, 2003. Ses 74 pages sont téléchargeables sur internet uniquement en anglais.

Jean-Luc VRANCKEN,
Membre du Comité de rédaction de l'Essor et Coordinateur de la fédération CAIPS.

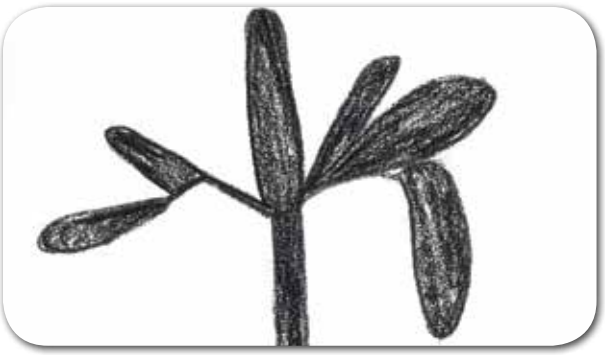
Dans les pays où les soins en santé mentale axés sur la communauté sont déjà plus développés, on constate que **moins il y a de traitements résidentiels plus les problèmes psychiques peuvent être traités avec succès** (Eymard & Aubry, 2004).

En d'autres termes, dans ces pays, on remarque que des soins en santé mentale basés sur les besoins et demandes de soins des personnes présentant des problèmes psychiques et offerts d'une manière continue ou aussi proches que possible du domicile donnent des **résultats positifs et allant dans le sens du rétablissement** (Mizock, 2011).

Au niveau européen, on constate que le développement des soins orientés vers la communauté, la suppression systématique de l'offre de soins en santé mentale résidentiels et la focalisation sur le **dépistage précoce des problèmes psychiatriques** ont très nettement et concrètement porté leurs fruits (Morandi, 2010).

Au Royaume-Uni, par exemple, le nombre d'équipes mobiles qui proposent des traitements et un accompagnement au domicile de personnes présentant des problèmes psychiques a augmenté de manière exponentielle depuis le début 2000. Au cours de cette même période, on a observé une forte baisse du nombre de suicides (NAO, 2007 & NHS, 1999). On n'a pas encore pu démontrer jusqu'à présent une relation statistique significative entre les deux phénomènes, mais de nombreux acteurs des soins en santé mentale britanniques sont convaincus que la **modification de l'organisation des soins a pour le moins amorcé la réduction de la problématique du suicide** (Appleby, 1999 & Thornicroft, 2003).

En France, dans certaines régions, on constate les **résultats très encourageants** du changement de politique proposant une offre de soins dans la communauté plutôt que le maintien des soins au sein des structures hospitalières (Roelandt, J-L., 2007).



Cette même évolution est constatée, avec des résultats assez comparables, notamment en Hollande, en Suisse, en Norvège ou encore au Québec.

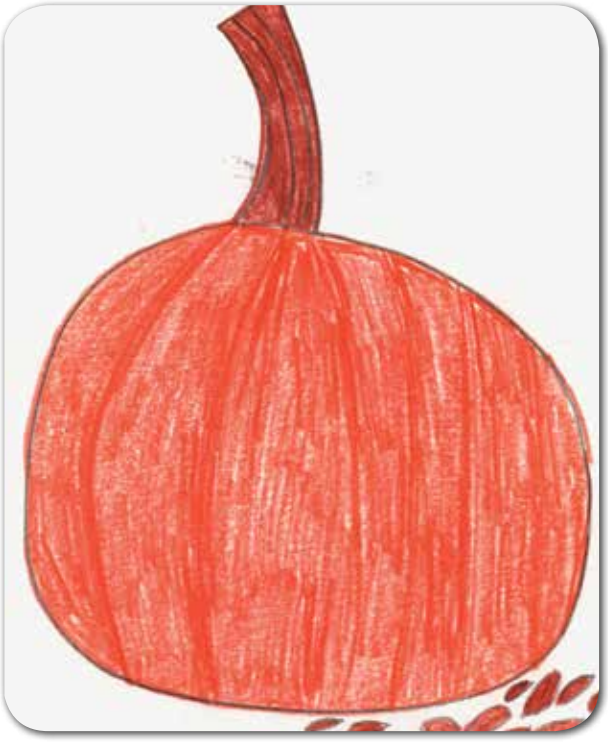
La réforme des soins en santé mentale en Belgique

La réorganisation de l'offre de soins en santé mentale en Belgique se base sur une **limitation de l'offre résidentielle au bénéfice d'un suivi communautaire**.

Cette nouvelle offre est principalement construite sur les besoins des usagers et de leur entourage tout en proposant une **approche orientée vers le rétablissement** (Farkass et col, 2005).

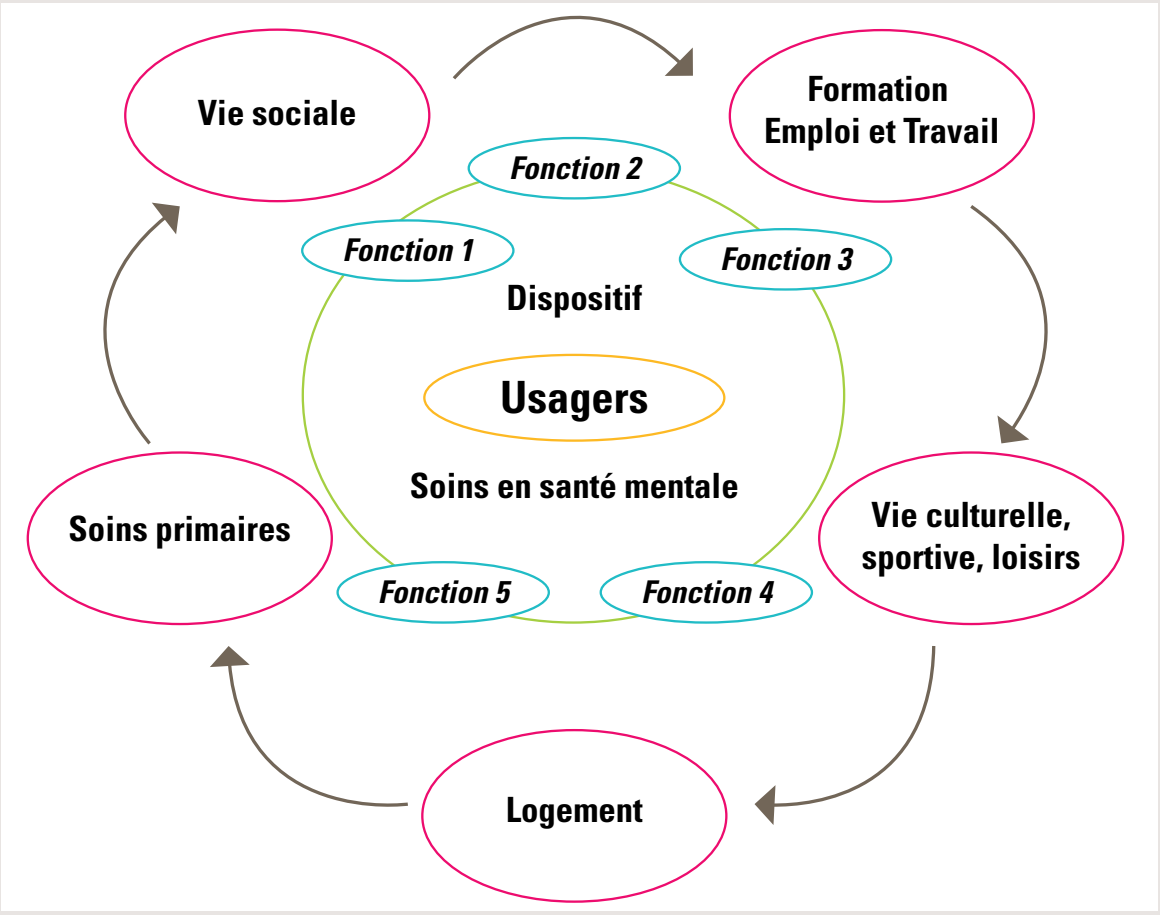
Ceci a amené le gouvernement belge, composé de ses entités fédérales, régionales et communautaires, à se concerter et à construire ensemble leur dispositif, tant sur le plan organisationnel que philosophique, pour proposer la mise en place d'une **« Réforme des soins en santé mentale »** qui a pour but d'optimaliser les soins en santé mentale actuels.

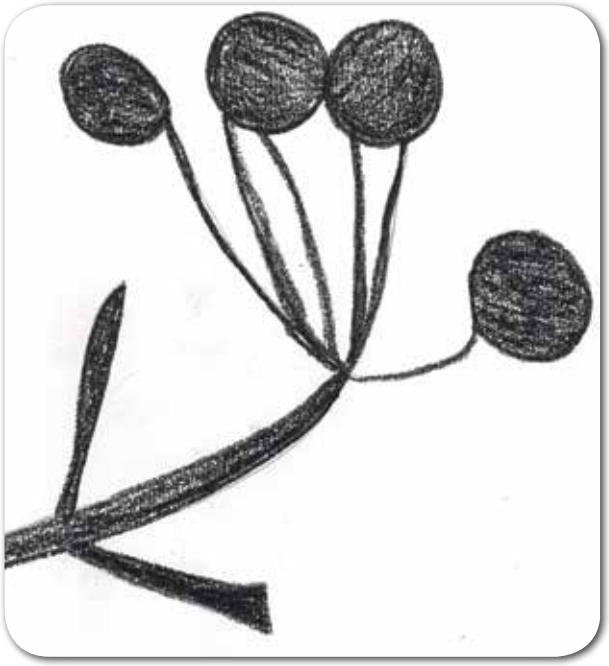
Lorsque des efforts sont faits pour orienter les soins en santé mentale vers la société et la communauté, **cinq mouvements** qui correspondent à la philosophie de base en cours d'implémentation en Belgique peuvent être décrits. (Guide 2010[2]).



2 Guide *« Vers de meilleurs soins en santé mentale, par la réalisation de circuits et réseaux de soins »*, http://www.psy107.be/SiteFiles/Wallonie.pdf%20def.pdf

Schéma de l'offre globale





Tout d'abord, **la désinstitutionnalisation** qui consiste à limiter les traitements résidentiels au sein d'institutions de soins, tout en favorisant la mise en place de formules de soins ambulatoires intensifs et spécialisés en tant qu'alternatives à l'hospitalisation et visant à maintenir l'usager en santé mentale au sein de la Cité.

Ensuite, **l'inclusion** qui peut être décrite comme la réadaptation et la réhabilitation dans le cadre d'une indispensable collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail, du logement social… L'inclusion ne concerne donc pas que les secteurs de la santé mentale, mais l'ensemble des professionnels qui interviennent.

Puis, **la décatégorisation** qui est la mise en place, via les circuits et les réseaux de soins, d'une collaboration avec et entre les soins aux personnes adultes, les services de santé mentale, le secteur des personnes handicapées et la justice. L'ensemble des intervenants se concerte autour de l'usager, limitant une prise en charge en silos.

Ensuite, **l'intensification** qui consiste en une intensification des soins au sein des hôpitaux, correspondant à des durées d'hospitalisations réduites et des soins avec des programmes de soins intenses, permettant de limiter la mise à l'écart de l'usager.

Enfin, **la consolidation** qui est une régularisation des différents projets pilotes participants, tant aux niveaux fédéral, que communautaire et régional, dans le concept de globalisation des soins en santé mentale. L'idée étant de pouvoir structurer l'offre de soins globale et en réseau.

Il convient également de signaler ici, mais ce point sera développé infra, que cette vision de la santé mentale prend place dans une **approche par réseau** (Provan & coll. 2004), où une **offre de service intégrale et globale est présente par zone** ; chaque zone correspondant à un réseau et à un projet-pilote de la réforme des soins en santé mentale.[3] (Guide, 2010).

En se basant sur les études mentionnées ci-dessus et sur d'autres études, et pour que l'organisation des soins en santé mentale réponde aux principes fondamentaux de la déclaration d'intention commune mentionnée supra, la conférence interministérielle belge (CIM) Santé publique du 28 septembre 2009 a décidé de passer à la mise en application de **l'article 107 de la loi concernant les hôpitaux et autres institutions de soins** (De Ceuterick, 2010). Cet article dit que *« Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes »*.

Autrement dit, la mise en œuvre de l'art.107 est une **technique financière qui permet la réallocation d'une partie du budget des moyens financiers** (BMF) (De Ceuterick, 2010) des hôpitaux afin d'adapter l'offre actuelle de soins en santé mentale.

Le modèle qui se met en place (Guide, 2010)[4] a comme originalité et spécificité d'associer, au sein d'une **vision globale et intégrée**, l'ensemble des **acteurs des soins en santé mentale** et des acteurs hors soins en santé mentale (logement, action sociale, formation, insertion professionnelle, culture…).

L'organisation préconisée concerne donc l'ensemble des intervenants présents sur un territoire délimité qui ont à créer des stratégies pour répondre aux besoins en santé mentale de la population de ce territoire.

Pour construire ce nouveau modèle, et en assurer sa pérennité, on postule **qu'un nombre de fonctions minimum doivent être remplies** ; fonctions qui progressivement s'organisent en réseau de services alternatifs répartis sur le territoire.

La finalité est le **maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine** par la mise en place de **parcours individualisés**. Le réseau ainsi construit est **multidisciplinaire et basé sur des modalités d'intervention flexibles**.

Il faut donc insister sur le fait que cette réforme des soins en santé mentale vient modifier profondément le paysage et la philosophie de la prise en charge des usagers.

Il faut également insister très clairement sur la notion de **« rétablissement »** qui met en avant les capacités des usagers plutôt que de se focaliser sur les pathologies.

Dès lors, la **place des acteurs qui jouent un rôle dans le cadre de l'insertion sociale et professionnelle est incontournable**. Ces acteurs sont **des partenaires**, à part entière, qui, par leurs actions, accompagnent les usagers vers la formation professionnelle et l'emploi.

On vit, actuellement, une **période qui peut être qualifiée d'historique**, et ce, au regard des ambitions et de la complexité de la réforme. Ceci tant en lien avec l'hétérogénéité

3 Guide *« Vers de meilleurs soins en santé mentale, par la réalisation de circuits et réseaux de soins »*, http://www.psy107.be/SiteFiles/Wallonie.pdf%20def.pdf

4 Idem.

des partenariats professionnels impliqués qu'avec la volonté d'intégration des usagers et des familles, où par rapport au dialogue et au consensus permanent qu'elle suscite avec les différentes instances gouvernementales.

La réforme est, depuis 2009, dans une **phase exploratoire** où les dix-neuf projets-pilotes, couvrant une partie importante du territoire du pays, s'installent structurellement en modifiant profondément les pratiques et la vision des soins. Il n'en reste pas moins que la réforme nécessite une mise au travail des acteurs sous la forme d'un apprentissage s'installant dans le temps.

La réforme des soins en santé mentale se voit étayée par des **leviers** qui illustrent la force et la volonté de ce mouvement historique. Parmi ceux-ci, évoquons :

- l'implémentation au **niveau national** ;
- un **souhait politique fort** que la réforme perdure et que sa vision s'installe (le soutien des différents niveaux de pouvoir est patent) ;
- l'**implémentation locale** avec la prise en compte de l'avis des acteurs de terrain ;
- l'élaboration du modèle de soins sur le **concept de réseau** (une zone d'action) se basant sur une offre globale et intégrée ;
- le rôle essentiel du **coordinateur de réseau** pour la cohérence des ressources et la formalisation des procédures ;
- l'**implication de l'ensemble des acteurs** (soins ou non) prenant en charge l'usager ;
- la **concertation formalisée** entre les professionnels et avec les usagers ;
- l'**implication des usagers/familles** à tous les niveaux de décisions (micro, méso, macro) ;
- le modèle basé sur l'**approche communautaire** avec une vision orientée vers le rétablissement (recovery), et dès lors la place importante des acteurs de l'orientation et de la formation professionnelle ; le suivi scientifique de la réforme et de son implémentation ; ainsi que la mise à disposition de moyens financiers complémentaires.

Bernard JACOB,
Chef de projet et Coordinateur fédéral de la réforme de soins en santé mentale SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement



Article 23 – « Toute personne a droit au travail »

Trop souvent, les usagers du secteur de la santé mentale sont exclus des parcours d'insertion professionnelle ordinaires, alors que l'accès aux services d'insertion professionnelle est un droit pour tout citoyen et le travail un formidable outil d'insertion. L'asbl Article 23 est un dispositif qui a donc pour ambition *« d'améliorer la participation des usagers de la santé mentale dans le domaine de l'économie »* et qui se veut cheville ouvrière et moteur de cette ambition.

Déclaration universelle des Droits de l'homme, Article 23 § 1:

« Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage ».

Venir, participer, devenir

Aux origines d'Article 23[1], on trouve le Siajef de Liège: un service intégré d'aides et de soins psychiatriques qui propose aux personnes en souffrance mentale une prise en charge globale, durable et intégrée. Fondé en 1984, le Siajef a d'emblée choisi d'offrir des soins à domicile et dans de petites structures au cœur de la cité, par opposition aux grandes structures hospitalières. Très vite, l'intégration de certains usagers dans l'activité même du service de santé mentale du Siajef a révélé les **bénéfices thérapeutiques de l'activité professionnelle** pour ces personnes. En participant à la production de biens et de services, les « patients » venus déposer leur sac de souffrances au service de santé mentale sont devenus des « travailleurs » et ont avancé dans leur projet professionnel. Un **besoin de distanciation** s'est alors fait sentir pour les usagers comme pour les intervenants: les activités professionnelles se sont autonomisées, le personnel encadrant s'est spécialisé et diversifié, et en 1993, une nouvelle asbl a été créée: l'Entreprise de Formation par le Travail (EFT) « Article 23 ».



L'asbl compte aujourd'hui près de **trente partenaires médico-psycho-sociaux**[2], qui utilisent le passage par Article 23 comme outil pour l'insertion des usagers dans un processus de formation qui contribue aussi à leur rétablissement. L'asbl a également développé en parallèle des **actions complémentaires en fonction de son public cible** :

- accompagnement vers et dans l'emploi de personnes souffrant d'assuétudes;
- activation vers et dans la formation et l'emploi de personnes souffrant de troubles de santé mentale en Wallonie (recherche-action réalisée en collaboration avec l'AIGS) ;
- mise en lien des autres vecteurs d'activation avec le travail: culture, sport, activités citoyennes;
- précarité et santé mentale (via le Relais Social du Pays de Liège);
- préparation du public carcéral avec trouble de santé mentale à intégrer des dispositifs ordinaires d'insertion professionnelle (Mesure Accroche et Transition du Forem);
- développement de soutien aux entreprises qui sont confrontées aux problèmes liés à la santé mentale des travailleurs;
- recherche-action dans des entreprises qui ont intégré des usagers de la santé mentale dans leurs productions (voir encadré page 20).

Article 23 aujourd'hui, c'est plus de quarante stagiaires **pris en charge de manière globale et à long terme** par des services médico-psycho-sociaux inscrits dans l'induction d'une pratique démocratique de la santé mentale. Le parcours d'insertion professionnelle est ainsi mobilisé comme outil essentiel – mais non exclusif – du soin de la personne appréhendée dans sa globalité.

Les trois filières de formation d'Article 23 .

Horeca. Au départ, le service de santé mentale du Siajef a créé un bar cogéré par les usagers dans son espace d'accueil. Au vu des bénéfices thérapeutiques de cette activité, l'équipe a étendu l'activité à la confection de repas. Ce restaurant s'est ensuite ouvert à la population du quartier, avec un objectif de rencontre et de dé-stigmatisation des usagers du secteur de la santé mentale. Il est aujourd'hui accessible au grand public et propose également un service traiteur.

Bâtiment. Une dynamique de rénovation et d'aménagement du bâtiment utilisé par le service de santé mentale a permis de créer douze habitations protégées en intégrant des usagers dans une action de formation professionnelle axée sur les métiers du bâtiment. Ici encore, acquérir le statut de travailleur a produit des gains psychosociaux notoires chez les usagers.

Secrétariat et infographie. La contribution d'usagers au travail de l'équipe du secrétariat du Siajef a révélé la nécessité de développer des initiations et des perfectionnements autour de l'utilisation de l'outil informatique, tant pour des tâches pragmatiques comme le secrétariat que pour des activités plus créatives dans le domaine de l'infographie.

Ne pas lâcher trop vite

La spécificité du public cible du secteur de la santé mentale rend nécessaire sinon indispensable le **maintien d'un accompagnement des usagers-devenus-travailleurs en aval de leur formation**. D'où l'élaboration du « Suivi psychosocial externe », dont la mission est de créer autour de la personne un **réseau social stable** afin d'améliorer la qualité de sa vie et d'éviter par exemple les décrochages trop rapides en cas d'engagement professionnel au terme du parcours de formation.

Un acteur important de ce suivi est le **« référent psychosocial »**, un travailleur désigné au sein du service de santé mentale pour accompagner le stagiaire de manière individualisée dans une démarche globale. En s'insérant dans le processus de production des ateliers, les stagiaires sont immergés dans un monde extérieur à leur situation personnelle, à leurs difficultés. Si l'objectif est de restructurer leur existence, il n'est néanmoins pas toujours évident de faire la part des choses entre leur vie privée et professionnelle. Acquérir une telle attitude suppose une bonne gestion de son stress, de ses émotions, une meilleure organisation de son quotidien... Le stagiaire peut donc passer par des moments de doutes, de remise en question... Afin de le soutenir dans son projet il est parfois préférable de faire appel à son référent psychosocial puisque certaines difficultés vécues ne concernent pas l'atelier, mais influent pourtant sur le travail : santé, logement, situation administrative, vie affective...

Outre ce référent, divers services spécialisés contribuent à **établir le réseau de soutien** nécessaire, et des **« agents d'insertion »** d'Article 23 constituent l'interface entre le dispositif proposé en interne et les différents relais externes. Un **partenariat méthodologique** a ainsi été construit, qui suppose entre autres des entrevues réunissant le stagiaire, son référent psychosocial et un agent d'insertion d'Article 23. Cette rencontre appelée **« Triangle sans base »** a pour objectif de relayer l'information du pôle formatif / professionnel vers le pôle psychosocial. Ainsi, les responsables de l'atelier rencontreront tout d'abord le stagiaire avec un agent d'insertion d'Article 23 puis celui-ci organisera un rendez-vous avec le référent psychosocial de la personne. Dans certains cas, le service partenaire peut également être demandeur de ce type de rencontre : la procédure sera alors inversée. Mais dans les deux cas, une **frontière nette sera dessinée entre l'espace du travail et l'espace de la maladie**, et c'est une dimension tout à fait essentielle du dispositif : aucune rencontre ne sera jamais directement prévue entre les ateliers de formation professionnelle et les services médico-psychosociaux, afin de scinder complètement l'aspect « travail » de l'aspect « suivi santé mentale / maladie ».

Jean-Michel STASSEN,
Directeur de l'asbl Article 23

avec la collaboration de Céline LAMBEAU
Conseillère pédagogique à la fédération Caips

1 Article 23 asbl, Place Emile Dupont 1, 4000 Liège. Tél : 04 223 38 35. Fax : 04 222 46 91 email : info@article23.eu ou jeanmichel.stassen@article23.eu

2 11 services de santé mentale, 6 services spécialisés en assuétudes, 3 services de soins psychiatriques à domicile, 5 initiatives d'habitations protégées, 3 maisons médicales possédant un service psychosocial.



Entreprises : faire le premier pas .

Paul Féval dans « Le Bossu », écrivait *« Si tu ne viens pas à Lagardère, Lagardère ira à toi »*. Mais sur la problématique des candidats travailleurs « fragiles », **on entend peu la voix des entreprises**. Elles sont très rarement présentes lors de tables rondes, colloques, forum sur le sujet. Article 23 a donc décidé de faire son Lagardère, et de partir à la rencontre du monde de l'entreprise, d'**initier le dialogue avec les entrepreneuses et entrepreneurs** qui ont fait le pari d'intégrer des usagers du secteur de la santé mentale.

Le dispositif choisi pour cette rencontre est celui d'une **recherche-action en deux phases**, susceptible de mettre en lumière les spécificités d'intégration de publics fragilisés. L'idée est non seulement d'**attirer l'attention sur ces publics**, mais aussi et surtout de **rendre visibles les bénéfices de leur intégration** dans les processus productifs, afin de sensibiliser les entreprises à leur responsabilité citoyenne.

La première phase est déjà réalisée[1]. Supervisée par un Comité de pilotage réunissant la médecine du travail (Solidaris), des Psytoyens (concertation des usagers en santé mentale), la FGTB, la Fondation Roi Baudouin, et le Forem, elle a fourni entre autres une **banque de données et douze heures de témoignages** collectés auprès d'entrepreneurs ou chef de service, tous secteurs confondus. Ce matériel est passionnant à plus d'un titre tant pour les secteurs de la santé mentale, de l'emploi que pour ceux de la formation, de l'éducation, de la sociologie, ainsi que pour d'autres en réflexion sur le monde du travail dans notre société.

Ces interviews **humanisent en effet les personnes qui constituent le monde de l'entreprise**. Leurs discours parfois rudes témoignent de leur connaissance intime du problème : de quoi **sensibiliser les travailleurs** des secteurs social-santé aux discours du monde de l'entreprise face à la différence, à la fois pour démystifier certaines croyances et pour appréhender les facteurs susceptibles d'impacter positivement ou négativement l'insertion des publics fragilisés. De quoi, aussi, **interpeller le grand public** sur la question de l'insertion de ces personnes, dont la fragilité ne justifie pas qu'elles soient privées du droit de contribuer à l'économie d'une région, et d'en retirer les bénéfices thérapeutiques nécessaires à leur épanouissement.

La deuxième phase de la recherche-action visera **l'information, mais plus encore la familiarisation de différents publics avec cette problématique** : trois outils de communication seront réalisés à destination du monde de l'entreprise, du monde de la santé mentale et des usagers ; les analyses seront croisées avec les connaissances disponibles pour d'autres régions de Belgique et d'Europe ; enfin, une collaboration avec les syndicats sera mise en œuvre.

Les résultats de ces travaux doivent nourrir les **visions politiques, les positions des secteurs de la santé, de l'emploi et de la formation** face à l'organisation du travail en Wallonie.

Véronique DUPONT,
Chargée de mission sociopédagogique pour la fédération Aleap et rédactrice en chef de l'Essor

1 Le rapport d'activité de la première phase peut être transmis au format PDF ; une présentation-débat avec l'analyse de la première phase et des présentations d'extraits d'interviews peut en outre être organisée sur demande auprès de l'asbl Article 23 (tél. : 04 223 38 35, email : info@article23.eu).



La Pioche, un service de santé mentale partenaire des centres d'insertion

En 1978, le service de santé mentale La Pioche s'implante à Marchienne Docherie, commune de Charleroi, autrefois prospère, et aujourd'hui en déclin économique. Dès le départ, le souci de La Pioche est de rendre accessibles les soins en santé mentale à une population de familles de plus en plus marginalisées, de réfléchir à créer des outils, des méthodes pour rencontrer des personnes victimes de l'exclusion sociale qui se tiennent à distance des services psycho-médico-sociaux.

À Marchienne-au-Pont, La Pioche[1] développe un ensemble de services à destination des enfants (consultations psychologiques, psychosociales et familiales ainsi que groupes thérapeutiques) et des adultes (consultations psychologiques, psychiatriques, accompagnement psycho-social ainsi qu'un dispositif collectif).

Pour développer une **action de proximité**, des interventions décentralisées ont été mises en place, depuis une dizaine d'années, dans des centres de formation (CISP) situés sur le site de Monceau-Fontaines. Deux psychologues de l'équipe, Anne-Gaëlle Hubert et Vanessa Thiry, organisent donc des permanences pour les stagiaires de l'AID Soleilmont, d'Avanti, du Germoir, de Quelque Chose à Faire ainsi que pour les bénéficiaires de Relogeas, association qui vise l'insertion par le logement. La Pioche dispose d'un local sur le site de Monceau-Fontaines pour recevoir les personnes en entretiens. Chez Avanti, site délocalisé, Vanessa est présente régulièrement les lundis après-midis.

De plus, des **actions d'information et de sensibilisation** ont lieu dans les centres de formation pour démystifier le rôle du psychologue, débattre des a priori les plus courants, rassurer et mettre un visage sur la fonction. Ces moments d'échanges permettent d'aborder des questions telles que le secret professionnel, la médication, la maladie mentale ou la distinction de ce que pourrait être la confidence à un ami... C'est aussi l'occasion de présenter l'action de La Pioche et d'éclairer sur les modalités d'intervention.

L'expérience démontre en effet que la personne en souffrance consulte rarement spontanément. Quand elle arrive, c'est souvent par le biais d'un relais, d'un professionnel (relevant ou non du champ de la santé mentale), d'un proche.

Créer un espace de parole

Les personnes qui ont recours aux services de La Pioche connaissent des **situations de vie complexes, une grande souffrance psychosociale** et ont souvent peu de ressources autour d'elles.

Lors des entretiens, les personnes évoquent des difficultés familiales, des problèmes d'addictions diverses (drogues, alcool ou jeu), du stress, de l'angoisse, de la dépression. Certaines ont du mal avec les limites et réagissent par une agressivité comportementale sur le lieu de stage et/ou en privé. En outre, de plus en plus de personnes en formation présentent des difficultés intellectuelles (concentration, compréhension, lenteur).



Les psychologues de La Pioche constatent également, pour la plupart, une faible estime d'eux-mêmes, un parcours de vie « chaotique » avec souvent des troubles du lien et de l'attachement.

L'objectif premier des interventions sera donc de **créer le lien** qui permettra ensuite d'accompagner les personnes en souffrance psychologique en vue de favoriser un **mieux-être**.

Indirectement, cette intervention aura un **impact sur leur parcours de formation**. Toutefois, il ne s'agit pas de le soutenir *à tout prix*. Ce dernier peut être questionné si la personne ou sa situation le requièrent. La formation constitue en effet un outil, un moyen et non une fin en soi.

Faire le point et construire un projet

Lorsqu'elles rencontrent les personnes sur les lieux de formation, l'intervention des psychologues se déroule sur un nombre d'**une à cinq consultations au maximum**. C'est un temps d'analyse de la demande et de construction du projet. Cet accompagnement est gratuit. Les règles du **secret professionnel et de l'anonymat** sont garanties. Si toutefois certaines informations devaient être échangées, cela se ferait en concertation et en présence de la personne. Malgré le travail en réseau, l'intervention demeure indépendante et bien distincte de celle de l'organisme de formation. De sorte que la personne puisse exposer ses difficultés en toute liberté.

Cet accompagnement permet à la personne de réfléchir à sa situation, de faire le point sur ses difficultés, mais aussi sur ses ressources et ses compétences. L'objectif est également de **déterminer les priorités et de décider de la suite**.

En fonction du contenu de ces entretiens, si une intervention plus importante doit être réalisée, les personnes sont orientées vers La Pioche (ou un autre service de santé mentale) ou encore vers un service plus adapté à leur problématique. Si un travail psychologique a été amorcé précédemment, un lien est établi avec le(s) professionnel(s) concerné(s). Ces dispositions sont prises avec l'**accord des personnes**. Pour que la personne agisse, il est indispensable qu'elle **adhère au processus et soit en accord avec des démarches** qui se font avec et par elle. Le même chemin peut être suivi s'il s'agit d'une intervention sociale ou psychiatrique.



À l'occasion de ces entretiens, des **« partenaires » peuvent être invités** : un travailleur social, un formateur du centre de formation ou encore un professionnel d'un service déjà présent dans la situation de la personne. Cela permet de profiter de la confiance déjà établie, du lien et d'amorcer un travail de réseau, ce qui est particulièrement important dans ce type de situation.

Bon nombre de participant(e)s à la formation **trouvent un sens à ces rencontres** et des changements sensibles témoignent d'une amorce de prise en mains de leur situation, de ce qui constitue leur quotidien pour accéder à d'autres possibles. Les personnes sont en effet plus **désireuses de se mobiliser** lorsque les dispositifs de soin sont adaptés pour elles.

Cependant, pour diverses raisons, cela ne sera malheureusement pas le cas pour tout le monde. En effet, pour certains, l'intervention n'aboutira pas... La personne n'ayant pas « accroché », n'ayant pas trouvé ce qu'elle cherchait, n'étant pas prête au changement ou à faire confiance à quelqu'un... Ce qui ne veut pas dire qu'il ne restera pas une « trace » de notre intervention qui pourra éventuellement ressurgir plus tard.

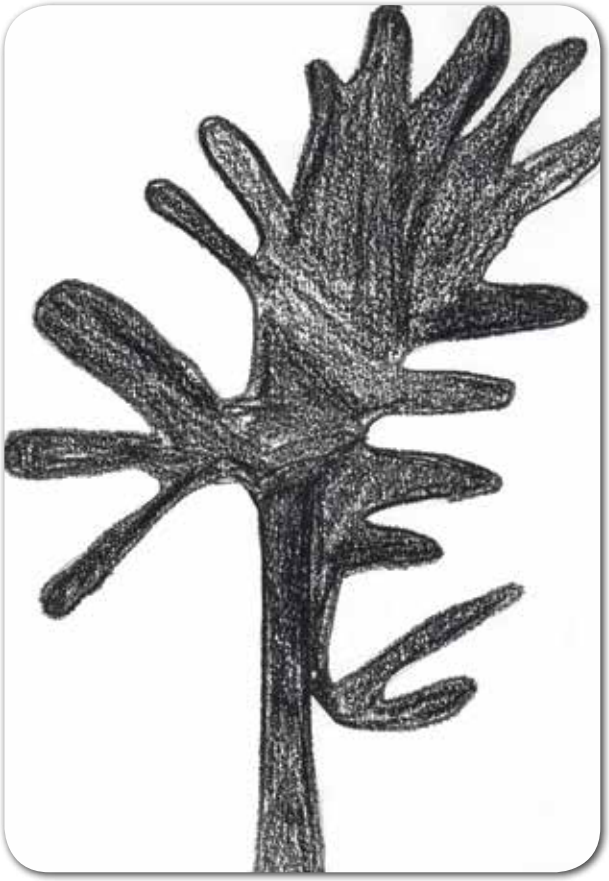
Mettre en place un cadre d'intervention concerté

Les évaluations ponctuelles des partenariats ont révélé la nécessité de **cadrer davantage les interventions**. Un cadre clair évite les confusions de rôles et fonctions, diminue les risques d'instrumentalisation, réduit le sentiment de devoir gérer toutes les « patates chaudes ». **Des passerelles et pratiques sont ainsi créées entre le monde de la santé mentale et celui de l'insertion socioprofessionnelle.**

La consultation est d'abord une **démarche volontaire et personnelle** qui doit répondre à la demande des personnes en formation. Cette demande doit être différenciée de celle des professionnels qui orientent les personnes vers les services. C'est à ces conditions que la personne pourra progressivement élaborer des pistes d'action qui sont véritablement les siennes.

Toutefois, les **motivations et demandes de l'institution relais** sont à prendre en compte. Par ce biais, l'intervenant prendra connaissance du contexte dans lequel s'inscrit la demande, mais aussi de l'environnement dans lequel la personne évolue. L'enjeu est bien de préciser peu à peu quel sera le rôle de chacun et la place de l'intervention, ses spécificités. Cette approche tend à **construire un projet ensemble** en laissant à chacun ce qui relève de ses valeurs sans les projeter sur autrui, dans le but de respecter une dynamique d'appropriation.

La consultation n'envisage **que ce qui relève du questionnement individuel**, elle n'a pas pour but de normaliser, de



formater les personnes par rapport à une institution donnée. Un retour vers l'institution n'est donc pas systématiquement organisé.

Chaque partenaire doit donc se retrouver dans le partenariat et respecter les contours de l'intervention de chacun. **Le partenariat est triangulaire : la personne, le centre d'insertion socioprofessionnelle (CISP) et le service de santé mentale**. Le travail réalisé favorise les conditions de confiance initiatrices d'un processus de réflexion individuel.

Dans ce travail de suivi, il faut également se détacher du sentiment d'urgence et d'impuissance pour **faire émerger des priorités et des solutions** qui sont véritablement celles de la personne, et ce, dans un contexte de grande précarité où les solutions ne dépendent pas exclusivement de la personne, mais également de l'environnement socio-économique et politique.

Soutenir les professionnels

Les professionnels représentent pour les publics un **premier appui, ils sont en quelque sorte un groupe de référence, des « passeurs »**.

L'action de la Pioche **s'adresse également aux professionnels** pour les soutenir, répondre à leurs questions, échanger des savoirs, éclairer des situations, analyser, apporter un point de vue différent, soutenir des compétences, mutualiser des pratiques, affiner le travail en réseau. Une **réunion intra-réseau** rassemble donc quatre fois par an un représentant de chaque partenaire CISP. C'est également l'occasion de prendre connaissance et de démystifier le travail du « psy ».

Initier des groupes de parole post-formation

Pour bien des stagiaires qui éprouvent des difficultés à parler d'eux, le **groupe de parole** permet de s'exprimer, d'échanger et de prendre en compte des points de vue différents du sien.

Les réunions intra-réseau ont permis de se rendre compte que les personnes avaient besoin d'un endroit où se retrouver après la fin de la formation. Pour celles qui le souhaitent, un **groupe de parole autour de la gestion de la post-formation** va être mis en place en 2015. Il sera composé sur base volontaire des stagiaires des différents centres de formation. C'est l'occasion de ne pas se replier sur soi faute de perspectives, d'aborder à la demande des participants des sujets cruciaux que sont la parentalité, le quotidien, l'emploi ou le non-emploi, l'estime de soi.

En conclusion, La Pioche tente d'apporter des **réponses individuelles et/ou collectives** à destination des publics en formation dans les centres d'insertion socioprofessionnelle. Pour ce faire, le **travail en réseau représente un levier incontournable afin d'entendre et de restaurer la capacité des personnes à se mobiliser et faire des choix**.

Véronique DUPONT,
Rédactrice en chef de l'Essor
avec l'appui d'Anne-Gaëlle Hubert et Vanessa Thiry,
psychologues au service de santé mentale La Pioche.

1 La Pioche, service de santé mentale à Marchienne Docherie, Anne de Reuck, psychologue thérapeute au SSM La Pioche, Mental'idées, nr 9, janvier, 2007, Ligue Bruxelloise Francophone de la Santé Mentale.



Mise en place d'une plateforme ISP – santé mentale en région du Centre : état des lieux.

Consultés collectivement sur les difficultés rencontrées sur le terrain en lien avec la santé mentale, des opérateurs d'insertion et de formation (EFT, OISP, Forem, Promotion sociale, CPAS, etc.) de la région du centre posent quelques constats.

Pour eux, force est de constater que les problèmes de santé mentale/d'assuétudes ne sont pas synonymes de décrochage, que le public CISP est composé de plus en plus de jeunes qui présentent parfois des problèmes d'assuétudes, et qu'il existe un fossé très important entre ce que les opérateurs de la santé mentale pensent pouvoir faire avec leur public et ce que le secteur de l'insertion socioprofessionnelle arrive à faire avec ce type de public. D'où la nécessité de jeter un pont entre ces deux « mondes » qui ne se comprennent pas.

C'est donc une demande du terrain relevée dans le cadre du projet Concert' Action (projet CSEF-Forem financé par le FSE dans le cadre de la programmation 2007-2013) qui a motivé le Comité subrégional de l'emploi et de la formation (CSEF) de la région du Centre de participer à la mise en place d'une plateforme de santé mentale sur sa zone de compétence.

L'objectif est de **renforcer la visibilité des différentes structures existantes dans le domaine de la santé mentale** afin de pallier aux difficultés de prise en charge des publics souffrants de trouble(s) de santé mentale.

Des difficultés rencontrées sur le terrain...

Parmi les **difficultés** relevées par les acteurs d'insertion et de formation, retenons que :

- une longue période d'exclusion du monde du travail ne permet pas une entrée dans un parcours d'insertion socioprofessionnelle ;
- de nombreux demandeurs d'emploi présentent des problèmes liés à l'individu lui-même, en particulier d'ordre familial ;
- il existe de longues listes d'attente pour un suivi en centre de santé mentale sans possibilité d'orienter rapidement la personne alors que trop souvent celle-ci se trouve dans une situation d'urgence (pression Onem...), ce qui fait naître de l'agressivité voire de la violence ;
- un manque d'information et de formation/qualification des formateurs en matière de santé mentale (ex. : stagiaire sous méthadone : quelle est cette substance ? Quels sont les effets ?...) ;
- la méconnaissance de l'offre de services en santé mentale existant sur le territoire ce qui pose problème pour orienter les demandeurs d'emploi ;
- le transfert d'informations entre opérateurs pose problème : quelles sont les règles en matière de secret professionnel lorsqu'un stagiaire est en formation et est suivi parallèlement par un service de santé mentale ? (ex : un stagiaire en situation de fragilité psychiatrique peut être dangereux pour lui-même et les autres et d'autant plus si le formateur n'est pas informé de la maladie mentale du stagiaire) ;
- un chaînon manquant entre la sortie du milieu psychiatrique et l'insertion socioprofessionnelle ;
- ...

et des initiatives mises en place

Suite à l'inventaire des difficultés rencontrées par les opérateurs d'insertion et de formation de la région du Centre, des **initiatives** ont été mises en place, parmi lesquelles :

- une possibilité d'orientation vers les assistants sociaux du Forem ;
- une prise de contact (moyennant l'accord du stagiaire) entre le centre de formation et le psychiatre qui le suit afin de consulter l'avis du psychiatre sur la capacité d'insertion du demandeur d'emploi ;
- l'appel à un service extérieur (les A.A., l'AWIPH) pour mettre en place des séances d'infos/de sensibilisation des stagiaires en formation ;
- un inventaire des services / plateformes existants ;
- à l'initiative du Forem, organisation d'un speedmeeting entre partenaires AWIPH/Forem/Inami ;

Un premier pas pour **rapprocher deux mondes** différents, mais en demande de mieux se connaître, d'entrer en contact, de créer du lien afin de proposer une réponse intégrée au public, de plus en plus nombreux, qui s'adresse tant au secteur de l'insertion et de la formation qu'au secteur de la santé mentale.

Véronique KINET,
membre du Comité de rédaction de l'Essor,
d'après l'état des lieux de la santé mentale en région du Centre (septembre 2014).

Les structures d'appui aux assistants sociaux du Forem : une solution en matière d'insertion ?

En octobre 2012, le Comité de gestion du Forem a mis en œuvre une expérience-pilote pour répondre aux problématiques rencontrées par les publics très éloignés de l'emploi accompagnés par les assistants sociaux du Forem. Le dispositif appelé « structure d'appui aux prestations des assistants sociaux du Forem » a pour objectif de rassembler une série d'experts provenant de différents secteurs et susceptibles de proposer des solutions concertées et appropriées aux problématiques rencontrées. Présentation et évaluation du dispositif.

Dans chacune des 9 directions régionales du Forem, un comité d'appui se réunit (idéalement une fois par mois) rassemblant des experts dans le domaine social, de la santé, de l'insertion socioprofessionnelle, de la santé mentale, de l'insertion liée au logement. On y retrouve donc des personnes de l'AWIPH, des CPAS, des EFT/OISP, des Régies des quartiers et des spécialistes de la santé mentale. Ce sont ainsi quelque 46 experts qui sont mobilisés au sein de ces 9 structures d'appui. Les assistants sociaux du Forem viennent aux réunions avec une série de situations réelles « anonymisées », des cas particulièrement complexes relevant du psycho-médico-social. Ces situations sont alors débattues en séance afin de trouver des pistes de solutions ou des propositions à soumettre au demandeur d'emploi par les assistants sociaux dans le cadre de l'accompagnement qu'ils proposent.

Une évaluation en demi-teinte

Un Comité de pilotage du dispositif[1] a également été mis en place à la fois pour désigner les experts dans chacun des secteurs, mais aussi pour évaluer cette expérience-pilote. Après plusieurs mois de fonctionnement, un premier bilan du dispositif a été réalisé sur base d'un questionnaire. Il en ressort que le rapprochement du secteur de la santé (y compris la santé mentale), de celui de l'insertion socioprofessionnelle et du social est apprécié et jugé comme positif par l'ensemble des acteurs. On constate qu'une majorité de situations relève de problématiques liées à la santé mentale qui se cumulent avec d'autres problématiques sociales ou socioprofessionnelles. Le rapprochement des secteurs a donc tout son sens et le travail pluridisciplinaire est vu comme une nécessité au vu de la complexité des situations rencontrées. Ces structures d'appui ont aussi apporté un souffle nouveau aux assistants sociaux.

Cependant, les problématiques des situations rencontrées présentées au sein de ces structures d'appui sont telles que les offres de formation et d'insertion existantes ne peuvent pas offrir des réponses adaptées à ce public. La probabilité d'insertion de ces personnes dans l'offre existante est très faible. Trop de nœuds restent à démêler dans les situations amenées par les assistants sociaux pour pouvoir espérer apporter des réponses concrètes et des actions de progression vers l'emploi. En conclusion, les structures d'appui n'offrent pas de solution en matière d'insertion.

Proposer une offre intermédiaire

Une nouvelle offre permettant de mener conjointement un travail sur les freins psycho-médico-sociaux et sur les perspectives d'insertion socioprofessionnelle devrait être créée afin d'articuler les actions d'insertion et celles relatives aux dimensions sociales et à la santé mentale. Ces publics rencontrant des problèmes de santé physique et/ou mentale associés parfois à des troubles comportementaux et à des phénomènes d'assuétudes nécessitent en effet un accompagnement différencié. Le cumul de leurs problématiques requiert un travail en réseau multidisciplinaire, une prise en charge adaptée et des actions spécifiques.

Le Forem a donc lancé un appel à projets sur les régions de Charleroi et de Liège/Huy afin de pouvoir tester plusieurs scénarios de prise en charge. Cette expérimentation intitulée « Réseau expérimental d'appui pluridisciplinaire au travail d'insertion socioprofessionnelle » permettra de lancer une recherche-action et ainsi produire une base solide pour développer un dispositif au sein de toute la Wallonie. Les projets de la Funoc pour Charleroi et celui de Retravailler Liège pour Liège ont finalement été retenus, mais n'ont pas encore été lancés au moment d'écrire ces lignes.

Au vu des situations présentées par les assistants sociaux, les experts des différents secteurs (tant du côté de la santé et de la santé mentale que du secteur de l'insertion socio-professionnelle) s'interrogent sur la plus-value en termes d'insertion socio-professionnelle qu'ils apportent au sein du dispositif des structures d'appui ainsi que sur leur marge de manœuvre en termes d'insertion de ces publics fragilisés. La question parait d'autant plus pertinente que dans plusieurs directions sous-régionales du Forem les réunions des experts n'ont plus lieu faute d'objectifs précis. En effet, en dehors des « structures d'appui » de Liège et Charleroi appelées à suivre l'expérience pilote initiée, ailleurs, on s'interroge sur le sens de poursuivre l'expérience…

Françoise ROBERT,
membre du Comité de rédaction de l'Essor
et Chargée de communication Interfédé

1 Ce Comité de pilotage est composé de représentants du Forem, de l'AWHIP, de l'Interfédé, des Régies des quartiers, de Crésam (Centre de référence en santé mentale), de l'Interplateforme de la Santé mentale, de la Coordination des projets de la réforme des soins en santé mentale (projet 107), de la Fédération des CPAS.

Un réseau ISP – santé mentale à Liège

Dans certains cas, des problèmes de santé mentale peuvent constituer un obstacle à la poursuite d'une formation. En 2010, CALIF[1] a développé le projet « Réseau ISP Santé mentale ». Il s'appuie sur le travail et la collaboration de services partenaires[2] (de la santé mentale, de la santé, du monde de la formation des adultes) pour trouver ensemble des solutions et des méthodologies nouvelles à destination d'un public précarisé et en souffrance. Il s'agit d'augmenter les chances d'insertion professionnelle par un accompagnement multidisciplinaire et concomitant adapté aux besoins des personnes.

Les **objectifs** poursuivis sont de construire un réseau de partenaires pour organiser une prise en charge **partagée** des publics en formation qui connaissent des problèmes psychosociaux, de santé, de santé mentale. Il s'agit de créer un accompagnement adapté, concerté et partagé pour accroître les chances d'ancrage en formation (diminution des abandons), accéder à une insertion de qualité. Pour ce faire, le projet vise à mobiliser les ressources nécessaires pour accompagner ce public et assurer une **triangulation multidisciplinaire** - participant à la formation-opérateur santé - opérateur de formation.

Le **public cible** est celui des demandeurs d'emploi, répondant aux critères des publics CISP, de ceux des Régies des quartiers, des Services Insertion sociale, des Centres de formation professionnelle de l'AWIPH, en souffrance psychique suffisante constituant un empêchement à la poursuite d'un cursus de formation et d'insertion. Bien que **détenteurs** d'aptitudes et de capacités professionnelles, ils sont exclus de trajectoires traditionnelles de formation à cause de troubles de santé mentale. Les personnes qui sont inscrites dans un centre de formation et désirent entamer un parcours de formation sont déjà prises en charge par un service social ou de santé mentale.

Concrètement, le réseau a développé des procédures d'accompagnement individuel à travers la désignation d'un **référent**, la prise en compte de l'histoire de la personne, un **relais** autour de la personne à défaut d'un référent en interne. Par ailleurs, une attention est portée sur la demande initiale pour préciser si la personne est au bon endroit au bon moment. Un temps d'immersion peut être organisé.

Des **fiches informatives** ont été réalisées sur l'offre de services des opérateurs du secteur de l'insertion et de la santé mentale afin de faciliter le travail de partenariat, inter et intra-réseaux. Le but de ces fiches est de contenir les informations les plus judicieuses afin d'orienter au mieux la personne en difficulté, dans une structure adaptée, pour une réinsertion durable. Ainsi les fiches détailleront : le type d'accompagnement psychosocial, la durée de la formation, la capacité de souplesse et d'adaptation d'horaires en fonction des difficultés du stagiaire, les compétences sociales, etc.

Un **questionnaire** à l'adresse des partenaires du projet a été rédigé dans l'objectif de préciser la notion et les limites



de l'accompagnement psychosocial tel qu'il est pratiqué dans les centres de formation, afin de procéder à sa nécessaire adaptation pour un public davantage fragilisé.

Une **échelle de balises** (un ensemble de critères de savoir-être incontournables à acquérir pour une insertion professionnelle durable) a été construite collectivement. Ces balises révéleront à divers moments de la formation le travail réalisé et les freins à l'emploi qui restent à lever.

Depuis 4 ans, plusieurs services de formation et de santé mentale continuent à rejoindre le réseau, notamment le Coordinateur de projet « Fusion Liège » (réseau en soins en santé mentale pour Liège et Huy-Waremme) dans le cadre de la fonction 3 – inclusion sociale et réinsertion professionnelle – de la réforme de la santé mentale.

Enfin, dans le cadre de l'appel à projets Personnes Eloignées de l'Emploi (PEE) à Liège, CALIF sera un des partenaires privilégiés de Retravailler Liège, porteur du projet « Intersection », qui s'inscrit dans la continuité du réseau déjà initié. Il s'agira d'accompagner 50 demandeurs d'emploi en souffrance mentale et/ou physique dans leur parcours d'insertion.

Véronique DUPONT,
membre du Comité de rédaction et chargée de mission sociopédagogique pour la fédération Aleap
avec l'appui de Bénédicte RORIVE,
Coordinatrice de CALIF.

1 CALIF - Coordination de l'insertion sociale et professionnelle à Liège

2 Pour consulter la liste des partenaires : http://calif.be/calif/index.php/reseau-isp-sante-mentale.html

Pour aller plus loin...

- CARBONNELLE S., GRUBER P., Comment construire des ponts entre le monde du travail et le monde de la santé mentale ?, Fonds Julie Renson, août 2011, disponible sur http://www.kbs-frb.be dans l'onglet publications.
- COLLINET L., DE VEUSTER B., NELISSENNE A., Désertion sociale et santé mentale, dossier pauvreté, contrôle social et (dé) stigmatisation-tome 2, les Cahiers de Prospective Jeunesse, n° 37, décembre 2005.
- DEGENAIS D., Hannah Arendt, Le totalitarisme et le monde contemporain, Presses De L'Université, Laval, 2003.
- FLEURY, M.-J., et al., 2014, Réforme du système de santé mentale : constats, témoignages et recommandations, Santé mentale au Québec, Vol XXXIX n°1, p.210, 2013.
- FOUCAULT M., Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, 1961.
- GRUBER. P., Santé mentale : sur les chemins du travail de la personne fragilisée.
- HERMAN G. et BOURGUIGNON D., Les politiques d'emploi à la lumière de la santé mentale des chômeurs, janvier 2008, https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/cris/documents/Herman_et_Bourguignon_(2008).pdf
- HERMAN G., Travail, chômage et stigmatisation, De Boeck Supérieur, 2007.
- HEUGENS P., Le secteur des EFT/OISP et les questions de santé mentale : des dérives graves à nos portes, Décembre 2011, http://www.cvfe.be/sites/default/files/doc/ep2011-9-paschensg-insertion-et-santementale-synth.pdf
- LAHARIE M., La Folie au Moyen-âge XI^{è} -XII^{è} siècles - Archives de sciences sociales des religions, nr 82, 1993.
- MINOTTE P. et GOSSELIN G., Handicap mental et Santé mentale, repères théoriques et états des lieux des dispositifs visant à diagnostiquer, prévenir, soigner un problème de santé mentale et à maintenir une santé mentale de qualité chez les personnes adultes en situation de handicap mental, Janvier 2010-Décembre 2011, http://www.pfrcc.com/admin/wysiwyg/assets/Rapport%20DD%20HM-SM_PFRCC.pdf
- PACHOUD B. et al., La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte, Revue française des affaires sociales, 1/ 2009 (n° 1-2), p. 257-277 www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-257.htm.
- Pas de rétablissement sans emploi, in ZOOM Santé mentale et travail, Fondation Roi Baudouin, Février 2014, disponible sur http://www.kbs-frb.be.
- Chômage et stigmatisation, in L'Essor de l'Interfédé, n° 48, juin 2009, http://www.interfede.be/dmdocuments/ESSOR/ESSOR_48.pdf
- Segmentation des demandeurs d'emploi, l'enfer est pavé de bonnes intentions, in L'Essor de l'Interfédé, n° 56, second trimestre 2011, http://www.interfede.be/images/stories/documents/Essor/essor-56-pourinternet.pdf
- Santé mentale, les enjeux de la réforme, in Revue l'Observatoire, n°72, 2011-12, http://www.revueobservatoire.be/spip.php?page=publication&id_produit=17
- Santé mentale et précarité. Santé mentale, Désinsertion et Souffrance psychosociales, Mental'idées, La Pioche, n° 9, janvier 2007, Ligue Bruxelloise Francophone de la Santé, Mentale, http://www.lbfsm.be/IMG/pdf/Mental_idees_no9_LBFSM-_janvier_2007-sans_centrages.pdf
- Itinéraires : de l'individuel au collectif, Mental'idées, La Pioche, n°18, septembre 2012, Ligue Bruxelloise Francophone de la Santé Mentale, http://www.lbfsm.be/IMG/pdf/mental_idees18_WEB.pdf
- Guide Vers de meilleurs soins en santé mentale, par la réalisation de circuits et réseaux de soins, http://www.psy107.be/SiteFiles/Wallonie.pdf%20def.pdf
- OCDE (2012), Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi, Edition OCDE, disponible sur https://books.google.be
- Le thermomètre des Belges, rapport de recherche, Juin 2012, Mutualité Solidaris, http://issuu.com/socmut/docs/thermometre-solidaris
- http://www.lacanw.be/archives/institutionnalites/Foucault%28JL%20Rouche%29.pdf



Les cinq fédérations membres de l'Interfédération des EFT et des OISP sont :

ACFI • Action Coordonnée de Formation et d'Insertion • www.acfi.be • tél. 02/640.44.07
AID • Actions Intégrées de Développement • www.aid-com.be • tél. 02/246.38.61 (62 ou 65)
ALEAP • Association Libre d'Entreprises d'Apprentissage Professionnel • www.aleap.be • tél. 081/24.01.90
CAIPS • Concertation des Ateliers d'Insertion Professionnelle et Sociale • www.caips.be • tél. 04/337.89.64
Lire et Ecrire Wallonie • www.lire-et-ecrire.be • tél. 081/24.25.00

Le Comité de rédaction

Eric ALBERTUCCIO • Leyla BUEKENS • Véronique DUPONT • Véronique KINET • Céline LAMBEAU • Eric MIKOLAJCZAK • Françoise ROBERT • Dominique ROSSI • Sandrine SILBERSTEIN • Jean-Luc VRANCKEN

Secrétaire de rédaction :

Véronique Kinet • 081/74.32.00 • secretariat@interfede.be

Rédactrice en chef :

Véronique DUPONT

Ont contribué à la rédaction des articles :

Les membres du Comité de rédaction de L'Essor et Bernard JACOB, Ann PAQUET, Jean-Michel STASSEN.

Dessins : Fleurs de Mariza, participante de l'atelier "peinture, gravure, dessin, sculpture" de l'asbl Revers.
Le numéro 72 sortira en juin 2015.
Contact : Véronique KINET • 081/74.32.00 • secretariat@interfede.be

www.interfede.be

Interfédération des EFT et des OISP asbl
ACFI • AID • ALEAP • CAIPS • Lire et Ecrire Wallonie
Numéro d'entreprise : BE 0439.244.011 • n° de compte : 001-3207881-70
Avec le soutien de la Wallonie et du Fonds social européen
L'UE et les Autorités publiques investissent dans votre avenir.

FSE
UNION EUROPÉENNE
Wallonie
LE FONDS SOCIAL EUROPÉEN ET LA WALLONIE INVESTISSENT DANS VOTRE AVENIR.

Rue Marie-Henriette, 19-21 • 5000 Namur • Tél.: 081/74 32 00 • Fax : 081/74 81 24 • secretariat@interfede.be
Mise en page : Inform'Action asbl • www.informaction.be

Les données diffusées pourront être reproduites par tout utilisateur qui sera tenu d'en indiquer la source.