
Exclusion et santé mentale : l'œuf et la poule

Exclusion et santé mentale : l'œuf et la poule

COLOPHON

Exclusion et santé mentale : l'oeuf et la poule

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands onder de titel
Uitsluiting en geestelijke gezondheid : de kip en het ei

Une édition de la Fondation Roi Baudouin
Rue Brederode 21
1000 Bruxelles

AUTEUR(S)

Marie-Françoise Dispa

Synthèse réalisée à partir des rapports suivants :

E. Nicolas, P. Jamouille, S. Mesturini, L. Van Huffel, Développement durable
en santé mentale : la clinique du lien face à l'exclusion sociale, CeRIS -
UMons, 2015

K. Hermans, C. Van Audenhove, E. Meys, Geestelijke gezondheidszorg en
uitsluiting, KU Leuven - Lucas, 2015

TRADUCTION

Patrick De Rynck

COORDINATION POUR LA FONDATION ROI BAUDOIN

Françoise Pissart, directrice
Gerrit Rauws, directeur
Johan Alleman, responsable de projet
Yves Dario, responsable de projet
Ann Nicoletti, assistante
Michèle Duesberg, assistante

MISE EN PAGE

TiltFactory

(EN CAS DE PRINT ON DEMAND)

Manufast-ABP asbl, une entreprise de travail adapté
Cette publication peut être téléchargée gratuitement sur notre site www.kbs-frb.be
Une version imprimée de cette publication électronique peut être com-
mandée (gratuitement) sur notre site www.kbs-frb.be

DÉPÔT LÉGAL

D/2848/2015/17

NUMÉRO DE COMMANDE

3356

Septembre 2015
Avec le soutien de la Loterie Nationale

TABLE
DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
TRAITEMENT OU PAS TRAITEMENT ?	11
A. La personne ne reçoit aucun traitement.	11
B. La personne se voit proposer un traitement, mais celui-ci ne correspond pas à ses besoins réels.....	11
C. La personne reçoit les soins psychiatriques correspondant à une de ses problématiques, mais des comorbidités comme, par exemple, l'alcoolisme, la consommation de drogues ou d'éventuels problèmes physiques sont totalement négligés.....	11
UNE EXPLICATION, SVP !	13
A. Des facteurs institutionnels.....	13
B. Des facteurs culturels.....	13
C. Des facteurs sociaux.....	15
ALORS, QU'EST-CE QU'ON FAIT ?	19
A. Au niveau de la détection/prévention	19
B. Au niveau du soin	20
C. Au niveau des formations	24
D. Au niveau de la recherche	24
ANNEXE	27
A. Participants à la coconstruction du rapport de la KU Leuven	27
B. Participants à la coconstruction du rapport de l'UMons	28

INTRODUCTION

Comme l'a révélé l'Enquête de Santé 2013 de l'Institut Scientifique de Santé Publique, en Belgique, une personne sur trois âgée de 15 ans et plus présente des difficultés psychologiques - stress, anxiété, dépression, troubles du sommeil... - discrètement regroupées sous l'intitulé fourre-tout de 'mal-être'. Et ce mal-être semble augmenter au fil du temps : de 26% en 2008, il est passé à 32% en 2013. De plus, le pourcentage de la population avec une psychopathologie nécessitant une prise en charge professionnelle est également en augmentation : 20% en Wallonie, 16% en Flandre et... 28% chez les personnes de milieux défavorisés.

Pour expliquer ces pourcentages (disponibles sur <https://his.wiv-isp.be/FR/SitePages/Accueil.aspx>), les spécialistes dénoncent les (dys)fonctionnements de nos sociétés. L'injonction à la performance, la pression à la réussite, le poids des assignations sociales, la peur de 'manquer les rendez-vous de la vie', l'usure et le découragement fragilisent la santé mentale. Quant au lien entre exclusion sociale et santé mentale, il s'explique évidemment par la précarité elle-même, un des effets majeurs d'un appauvrissement durable étant, selon les services sociaux, la dégradation de la santé mentale par usure des forces vitales. Mais, il renvoie aussi aux multiples failles et 'fractures' des liens sociaux. Ces dernières étant souvent reliées à d'autres problématiques comme le sans-abrisme, l'errance ou les toxicomanies, inséparables de la précarisation et de l'exclusion.

"... On se perd dans l'usure, et on a du stress, de l'angoisse, on le retourne contre soi, contre les autres ; on tombe malade, on fait une tentative de suicide... on devient plus alcoolique..." (tables rondes FR)

Les troubles psychiques constituent donc, en Belgique, une réalité incontournable. S'ils n'épargnent aucune catégorie de la population, il ne fait aucun doute que certains mènent à l'exclusion sociale et que l'exclusion sociale elle-même peut entraîner des troubles psychiques. Ces troubles sont-ils correctement pris en charge ou le 'treatment gap' dénoncé par l'OMS existe-t-il aussi chez nous ? Autrement dit, toutes les personnes dont l'état de santé mentale exige une intervention professionnelle reçoivent-elles le traitement adapté à leurs besoins, même si elles appartiennent à un milieu défavorisé, ou bien sommes-nous loin du compte ? Et, si le bilan est négatif, comment l'améliorer ? Autant de questions sur lesquelles se sont penchés les professionnels de la santé mentale et de l'aide sociale réunis par la Fondation Roi Baudouin en tables-rondes (francophones (FR) et néerlandophones (NL)) (voir annexe).

Remarque préliminaire

L'OMS¹ suggère d'augmenter la part dévolue au secteur de la santé mentale dans le budget global des soins de santé et de transférer des budgets substantiels vers les soins de première ligne. A l'heure actuelle, le budget de la santé mentale ne dépasse pas 6% du budget de la santé. Aucun rapport avec la charge financière que la problématique des troubles mentaux représente pour la société. La question des moyens financiers est revenu en filigrane dans l'ensemble des discussions des tables rondes de même que celle de l'accès aux soins de santé mentale des groupes les plus préca- risés, dans la continuité de ce qui a été mis en place dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale (Art. 107).

1 Thornicroft G. & Petel V., Including mental health into the new sustainable health goals. The case is compelling, BMJ 2014; 349 : g5189

TRAITEMENT OU PAS TRAITEMENT ?

Le ‘treatment gap’ ou écart de traitement peut se présenter sous trois formes.

A. La personne ne reçoit aucun traitement.

C'est (beaucoup) plus fréquent qu'on ne pourrait le croire. Même dans les pays développés, les troubles psychiques sont moins bien soignés que les maladies physiques : alors que le diabète est traité à près de 95%, par exemple, la dépression ne l'est qu'à 30%, ce qui signifie que deux personnes avec une dépression sur trois ne reçoivent aucune aide. Et, quand on sait que la plupart des personnes dépressives ne consultent qu'à l'instigation et sur les instances de leurs proches, on se doute que les sans-abri, les malades et les isolés ne peuvent que passer à travers les mailles du filet...

B. La personne se voit proposer un traitement, mais celui-ci ne correspond pas à ses besoins réels.

Dans certains groupes, comme les personnes sans abri, ainsi que les personnes immigrées, les troubles psychiques vont de pair avec des problématiques sociales si nombreuses et si complexes que les soins qui leur sont administrés ne couvrent qu'une infime partie de leurs besoins.

“On découvre un problème de logement important, l'insalubrité ; on découvre des dettes, des problèmes avec les enfants importants, des problèmes de santé au niveau des enfants, des problèmes d'absentéisme scolaire, des problèmes de violence... toute une série de choses.”

(tables rondes FR)

C. La personne reçoit les soins psychiatriques correspondant à une de ses problématiques, mais des comorbidités comme, par exemple, l'alcoolisme, la consommation de drogues ou d'éventuels problèmes physiques sont totalement négligés.

L'alcoolisme, par exemple, n'est traité que dans 14% des cas, alors qu'il favorise la pérennisation des autres troubles.

En résumé : beaucoup de gens confrontés à des problèmes psychiques ne reçoivent pas les soins qui leur sont nécessaires - parfois même pas de soins du tout - l'accès à une aide professionnelle étant particulièrement difficile pour ceux qui en ont le plus besoin.

UNE EXPLICATION, SVP !

Si rien ne peut justifier le ‘treatment gap’, de nombreux facteurs contribuent à l’expliquer. Par exemple...

A. ...des facteurs institutionnels

- Bien qu’elle ne soit pas négative en soi, la spécialisation le devient lorsque les services travaillent en parallèle au lieu de collaborer, se focalisant sur ‘leur’ aspect du problème, sans tenir compte de l’individu dans son ensemble. *‘En Flandre, c’est notamment le cas dans les rapports entre l’aide sociale et les soins de santé (les Centres d’action pour le bien-être de première ligne et les Centres de santé mentale de deuxième ligne), l’aide sociale et la politique du logement, les services d’aide aux sans-abri et les Sociétés immobilières de service public...’* (tables rondes NL). La fragmentation qui en résulte ne peut que déstabiliser davantage les personnes confrontées à des problématiques complexes. *‘Ce sont des clients maintenant, admet une responsable de service psychiatrique. Ils viennent et repartent très vite, sans qu’on ait pu les accrocher...’*
- Cette logique de la spécialisation aboutit à un manque de continuité dans le soin, forcément préjudiciable aux personnes en situations multiples d’exclusion. Comme le dit un participant des tables rondes FR, *‘j’ai l’impression que, d’une manière ou d’une autre, il faudra qu’on arrive à faire en sorte qu’il puisse y avoir une personne ou un groupe de personnes qui suive ces usagers, ces patients, vraiment au long cours’*. L’objectif ultime est le travail en réseau, les rapprochements entre les disciplines restant le meilleur moyen de freiner les effets de l’exclusion sur la santé mentale.
- La désinstitutionnalisation des soins psychiatriques peut apparaître comme une bonne évolution. Mais, pour que le processus de soin se poursuive au domicile du patient, il faut que celui-ci ait un domicile!

B. ...des facteurs culturels

- Dans notre société, la crainte d’être étiqueté ‘patient psychiatrique’, ‘malade mental’ ou tout simplement ‘fou’ détourne encore pas mal de gens de se faire aider.
- Une mauvaise expérience personnelle ou les récits dramatisés de ceux qui sont déjà ‘passés par là’ suffisent souvent à jeter le discrédit sur l’ensemble du secteur de la santé mentale.
- Beaucoup d’usagers, surtout issus de milieux très précarisés, ne correspondent pas à la conception du ‘bon client’ développée, souvent à leur propre insu, par les intervenants. Mauvaise maîtrise du langage, fatalisme, hyperexigence, agressivité... leurs interlocuteurs ne savent pas par quel bout les prendre !
- Intervenants et usager peuvent avoir des conceptions différentes de la relation d’aide. Pour conserver son équilibre, un intervenant doit développer une capacité à entendre, voire à ressentir la détresse de l’autre, mais sans trop l’absorber. L’usager, lui, aspire souvent à une plus grande empathie - *‘Il recherche moins une relation d’aide qu’une relation proche de l’amitié...’* (tables rondes NL) - et,

lorsqu'elle lui est refusée, réaction professionnelle qu'il assimile à un rejet, il a tendance à partir en claquant la porte !

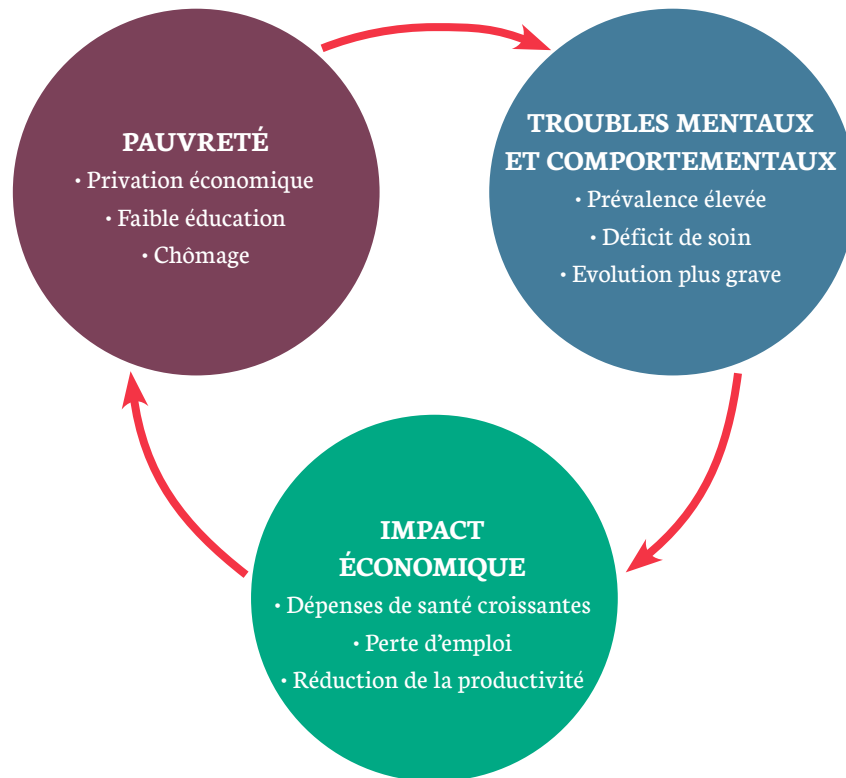
Immigration et santé mentale

Les personnes issues de l'immigration forment évidemment un groupe très hétérogène, et la plupart ne sont pas plus exposées aux troubles psychiques que le reste de la population. En Europe, plusieurs études ont cependant révélé une incidence accrue des psychoses et des tentatives de suicide chez les personnes immigrées de première et deuxième générations, ainsi que parmi les membres des minorités ethnoculturelles, avec une plus grande vulnérabilité chez les femmes. Les chercheurs attribuent ces résultats à des facteurs de risque particuliers, dont la méconnaissance du système de santé mentale et une mauvaise maîtrise de la langue, mais aussi la peur de susciter, chez les intervenants, des réactions dictées par le racisme ou en tout cas le manque de sensibilité culturelle. Les plus menacés sont, sans surprise, les réfugiés et demandeurs d'asile, qui ont souvent connu la guerre ou la violence dans leur pays d'origine et vivent chez nous dans l'incertitude - voire l'illégalité - et la précarité, se refusant à rechercher une aide psychologique par crainte que cette demande ne leur vaille tôt ou tard un ordre de quitter le territoire (Van Bergen, Montesinos et Schouler-Ocak, 2015).

C. ...des facteurs sociaux

- Avant même d'entraîner une misère matérielle éventuelle, due à la réduction du pouvoir de consommation, le chômage cause une misère symbolique ou mentale. Certaines personnes ont le sentiment que leur vie n'a plus de sens, ni pour elles-mêmes ni pour les autres. Déconstruites, dépersonnalisées, elles ne reçoivent pas d'aide, car, submergées par leur propre impuissance, prisonnières de l'image du 'chômeur ou assisté profiteuse' qui circule dans l'imaginaire public, elles se résignent et n'en cherchent pas.
- Malgré leur utilité, les plans d'activation à l'emploi, qui visent à aider les allocataires sociaux à se réinsérer par le travail, exercent parfois une pression difficile à supporter sur certaines personnes en situation de fragilité. De ce fait, certains bénéficiaires d'allocations sociales finissent par être orientés vers le secteur de la santé mentale, où les intervenants ont d'autant plus de mal à les prendre correctement en charge qu'ils ne disposent pas de l'expertise nécessaire en terme d'intégration socio-professionnelle.
- Dès 2001, l'OMS a attiré l'attention sur le cercle vicieux pauvreté-santé mentale. D'une part, la survenue des troubles psychiques mène à une perte de productivité économique qui contribue à une dégradation de la situation financière et, à terme, à la pauvreté. D'autre part, la pauvreté a des effets cumulatifs qui peuvent avoir un impact durable sur le fonctionnement mental et social d'une personne.

LE CERCLE VICIEUX DE LA PAUVRETÉ ET DES TROUBLES PSYCHIQUES



- Dans les services de santé mentale, les demandes de personnes en situation de fragilité sociale, minées par l'isolement, la paupérisation, les discrédits, affluent. Cette fragilité sociale, qui se double généralement d'une fragilité relationnelle et/ou intime, ces trois sphères se renforçant mutuellement, met les professionnels à quia, parce que le problème avoué n'est jamais ce dont il a l'air. Derrière une demande de quelqu'un qui se dit déprimé, par exemple, c'est une accumulation de difficultés sociales qui porte le symptôme officiel.

“Les gens nous parlent beaucoup [...] des rendez-vous manqués dans la vie... Ils en parlent indépendamment de la question de la santé mentale, sauf que la multitude de rendez-vous manqués provoque parfois des rendez-vous obligatoires non choisis qui sont ceux des portes d'entrée multiples, par exemple de la santé mentale, du suicide, de se retirer, de se replier sur soi, de ne plus se sentir bien avec soi-même...” (tables rondes FR)

- La vie en rue, qui est le quotidien de nombreux sans-abri, parmi lesquels de plus en plus de jeunes ballottés dès l'enfance, mais aussi des personnes âgées sans ressources, exige un travail de proximité et de restauration de la confiance en l'autre, d'autant plus difficile que ces personnes ont rompu tous les liens sociaux traditionnels et ne connaissent plus que des accroches flottantes.

7 groupes-cibles...

Parmi les personnes victimes du ‘treatment gap’, les professionnels réunis par la Fondation Roi Baudouin ont d’abord identifié 7 groupes-cibles particulièrement vulnérables :

1. les jeunes adultes ‘lâchés’ par l’aide à la jeunesse et pas encore récupérés par l’aide aux adultes ;
2. les personnes en partance d’une institution (y compris les prisons) ;
3. les clients des CPAS présentant une problématique psychiatrique ;
4. les nouveaux venus (personnes réfugiées, personnes au statut de séjour précaire) ;
5. les personnes qui fréquentent les centres d’accueil pour sans-abri ;
6. les personnes qui risquent d’être expulsées de chez elles (parce qu’elles dérangent, manquent d’hygiène, etc.)
7. les personnes vulnérables, malades et isolées vivant dans la rue et dans les gares.

Mais, ils se sont vite rendu compte que de nombreuses personnes en situation de fragilité échappaient à cette première classification, et d’autres groupes-cibles ont été identifiés : les personnes socialement isolées, même si elles disposent d’un logement ; les personnes présentant des comorbidités (par exemple une personne dont les problèmes mentaux vont de pair avec un retard mental et/ou une addiction, de sorte qu’il est difficile de savoir vers quelle catégorie de soin l’orienter) ; les personnes souffrant d’une dépendance grave et bénéficiant de soins palliatifs ; les personnes qui refusent de faire appel aux services de santé mentale et les personnes internées.

Attention! Quand les intervenants se focalisent sur les groupes-cibles, certaines personnes risquent de tomber entre le bateau et le quai. Il faut donc rester vigilant !

ALORS, QU'EST-CE QU'ON FAIT ?

Au terme de discussions longues et animées, les chercheurs ont formulé une série de recommandations. Objectif numéro 1 : améliorer l'accessibilité des soins en santé mentale pour les plus fragiles.

A. Au niveau de la détection/prévention

- De façon générale, les chercheurs recommandent une plus grande attention aux problèmes de santé mentale dans l'enseignement et sur les lieux de travail. Trop souvent, le manque d'information/sensibilisation/formation pousse l'entourage des personnes à problèmes, dans les écoles comme dans les entreprises, à 'faire semblant de rien', ce qui favorise dépression, phobie scolaire et burnout.

“A mon entrée dans le secondaire, nous avons dû nous présenter à tour de rôle, et je ne suis arrivée à rien tellement je bégayais. Les autres se sont marrés – “Ça ne va pas, Pauline, tu as froid?” – et le prof n'a rien dit, alors qu'avant la rentrée, ma logopède lui avait envoyé une lettre pour lui expliquer que je bégayais. J'ai vécu deux années horribles, qui m'ont complètement déstabilisée...” (Pauline, adolescente)

- Les chercheurs recommandent aux médecins généralistes, CPAS et services sociaux de première ligne de mieux se former et, par exemple, de recourir au Guide d'intervention mhGAP mis au point par l'OMS et destiné à affûter leurs compétences en matière de détection des troubles mentaux. *‘Plus précisément, soulignent les participants à la deuxième table ronde NL, le recours à ce guide permet aux professionnels peu ou pas familiarisés avec les problématiques psychiatriques de les détecter avec précision et donc d'orienter les personnes concernées vers le service le plus compétent pour les aider’.* Selon eux, c'est le meilleur moyen d'éviter des interventions dommageables, susceptibles d'aggraver le mal-être des usagers au lieu de les soulager.

Le Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées, élaboré dans le cadre du Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale, peut être téléchargé (en français, anglais, espagnol et arabe) sur le site de l'OMS, http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/.

- Une approche préventive s'impose également de façon systématique avec des groupes particulièrement vulnérables, notamment:
 - les jeunes enfants élevés dans des circonstances précaires et potentiellement traumatisantes ;
 - les personnes à risque de 'basculer à la rue' ;
 - les personnes socialement isolées.

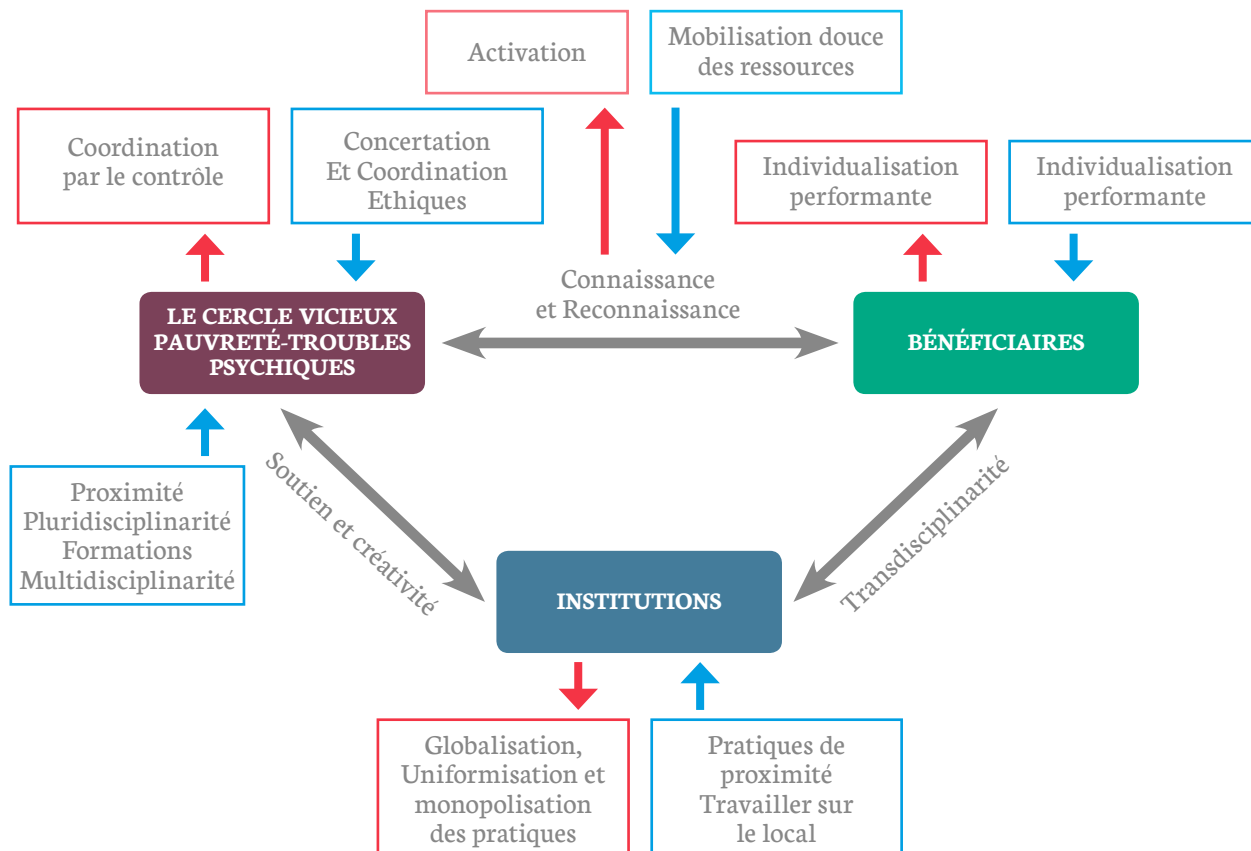
• Une attention particulière est requise pour ceux que les néerlandophones appellent les 'zorgwekkende zorgmijders', c'est-à-dire les personnes fragilisées qui ne cherchent pas d'aide et s'affichent même comme carrément réfractaires aux soins, ou alternent demandes et rejets de l'aide, par peur d'être déçues, laissées pour compte mais qui peuvent pourtant représenter un danger pour elles-mêmes ou pour la société. Les intervenants de terrain doivent s'intéresser prioritairement à ces personnes d'une grande instabilité relationnelle. Leur prise en charge peut exiger, chez les soignants de première ligne, l'acquisition de compétences spécifiques, ainsi qu'une vigilance particulière. *'Il ne faut pas perdre de vue le fait que ces clients requièrent des formes de suivi différentes et plus poussées'* (tables rondes NL).

B. Au niveau du soin

Dans ce domaine, selon les chercheurs, six mesures s'imposent.

1. Favoriser les pratiques d'inter-, pluri- et transdisciplinarité, dans un esprit de responsabilité partagée.

Devant le nombre et la complexité croissants des situations que la santé mentale est amenée à traiter, les troubles psychiques n'étant souvent que la partie émergée de l'iceberg, il n'est plus possible pour les différents acteurs de ce secteur de travailler chacun dans son coin. Hyperindividualisme et hyperspécialisation doivent céder la place à la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité. Pour le plus grand bien des usagers, mais aussi des intervenants, qui finissent par s'essouffler lorsqu'ils sont livrés à eux-mêmes.



- La pluridisciplinarité ou organisation du travail à plusieurs favorise une lecture plurielle d'une situation. Elle garantit des approches différentes et complémentaires, tant dans la prise en charge que dans la réflexion globale sur la santé mentale.

“Il y a un groupe porteur – et là on peut parler de ressource à côté des difficultés – un groupe porteur qui réunit des professionnels de chaque institution, et c'est vraiment intéressant parce que c'est l'idée de décroisser, parce que, au départ, chacun faisait un peu la même chose dans son coin. Donc l'idée, c'est de vraiment voir qui fait quoi et de ne plus faire de doublons...” (tables rondes FR)

- L'interdisciplinarité propose une articulation entre les disciplines pour créer une manière de faire soin à plusieurs. Elle permet de voir une personne dans son contexte, en interaction avec un ensemble, pour éviter la vision fractionnée propre à la spécialisation.
- La transdisciplinarité se base sur la diversité des ressources au sein du système de soin, mais aussi sur la reconnaissance des ressources et de la participation des personnes au processus de soin.

La transdisciplinarité, facteur de transformation

Le groupe des hommes de l'Entraide des Marolles montre comment l'articulation des ressources entre l'institution et ses bénéficiaires produit de la confiance et du soin. Ces hommes étaient peu en contact avec les professionnels de l'aide et du soin. Pour aller à leur rencontre, des intervenants ont accepté leur invitation à jouer à la pétanque dans un parc. Des liens se sont tissés et ensemble, ils ont décidé de continuer à jouer dans un local en s'appuyant sur les compétences des professionnels à organiser des projets. Ces hommes ont commencé à s'autonomiser, à créer de nouveaux projets tout en se revendiquant comme appartenant à l'institution. Ils ont ainsi fait des démarches pour bénéficier de l'article 27, se sont adressés au politique...

Des zones de porosité doivent donc être créées:

- entre les différentes structures d'un même territoire d'intervention, afin d'aboutir à un diagnostic concerté, pluridisciplinaire et multisectoriel des difficultés vécues par les publics fragilisés ;
- entre les institutions des champs concernés, afin d'assurer la coordination des actions dans les situations à la fois complexes et aiguës.

2. Valoriser et améliorer les fonctions d'accueil dans les structures hospitalières et associatives.

L'accueil des publics exclus est la base de tout processus thérapeutique. *‘L'accueil participe pleinement à ce que les personnes aillent mieux en se déposant, en créant des liens avec nous...’* (tables rondes FR). Mais, dans l'état actuel des choses, les personnes exclues ont parfois l'impression d'être agressées plutôt qu'accueillies. *‘Ils vont*

parler de la violence du professionnel qui est en face d'eux au CPAS, au FOREM, à l'accueil de l'hôpital... Ils pensent dans le sens : on ne me reconnaît pas pour ce que je suis' (tables rondes FR). Pourtant, beaucoup de services reconnaissent implicitement l'importance de l'accueil en aménageant des espaces réservés à cet usage.

L'ennui, c'est que, face aux difficultés exprimées par les personnes en situation d'exclusion, un espace bien aménagé ne suffit pas. L'accueil doit se définir comme le lieu d'un possible thérapeutique : grâce à la qualité relationnelle de l'accueil, la rencontre avec les professionnels devient possible, parce que les personnes accueillies se sont senties suffisamment investies et reconnues. Ce travail de première ligne sera d'autant plus porteur de changement qu'il aura la capacité de s'adapter au public d'un point de vue organisationnel et relationnel.

Les services hospitaliers et sociaux doivent donc abaisser leur seuil d'accessibilité pour accueillir les personnes en souffrance et leur entourage éventuel. Ainsi, il est essentiel de permettre aux personnes de (se) déposer sans rendez-vous préalable, et de s'approprier le lieu par l'expression, sans contrainte de temps ni de résultats immédiats.

3. Miser sur les approches psychosociales de proximité pour les 'zorgwekkende zorgmijders' en situation d'auto-exclusion, chez qui la souffrance produit des réactions de défense, mais aussi d'adaptation à l'exclusion : pour pouvoir continuer à vivre, ces personnes s'excluent elles-mêmes des lieux de socialisation. Ces structures d'accueil de proximité peuvent remplir une fonction de vigilance face aux situations qui se dégradent.

Les intervenants doivent 'aller vers' elles, mais dans un esprit de co-construction de la rencontre : le lien social ne s'impose pas, il se rétablit progressivement par la qualité de la présence. Pour une participante des tables rondes FR, *'il est important d'avancer par petites étapes et relever les tout petits changements parce que c'est le signe que d'autres changements sont possibles'*.

Par ailleurs, ces approches de proximité qui défendent la valeur thérapeutique du lien doivent être mieux reconnues et intégrées, tant par le secteur de la santé mentale que dans les politiques sociales.

4. Développer et renforcer les formules de désinstitutionnalisation de la santé mentale : pratiques d'accompagnement à domicile, dans les lieux d'hébergement et dans les lieux de vie (y compris dans la rue).

Encore trop peu considérées, ces pratiques assurent pourtant une part non négligeable de la continuité du lien et du soin, grâce à une meilleure connaissance des publics fragilisés et de leur contexte de vie. De plus, en collaborant par des structures à bas seuil d'accès, encadrées par des professionnels formés, les secteurs de la santé mentale et de l'aide sociale peuvent contribuer à réduire la fréquence des crises et les effets néfastes des hospitalisations chroniques. *'Nous avons de plus en plus de jeunes qui font une décompensation psychotique*, explique un psychologue qui a longtemps animé un service d'accompagnement à domicile. *Si on les boucle dans un hôpital pendant des mois ou des années, ils sont perdus. Par contre, si on intervient au sein même de leur milieu de vie, en investissant aussi dans le soutien à leur entourage, et en veillant à leur donner d'entrée de jeu la bonne information et la bonne médication, je suis persuadé*

que beaucoup d'entre eux peuvent arriver à quelque chose. Le tout est de renoncer aux réactions de détachement et de désinsertion pour repenser l'hôpital comme un lieu de soins intensifs : une fois la crise passée, il FAUT en sortir !'

Abri de nuit

Certaines initiatives – groupes thérapeutiques, accueils en hôpital de jour, abris de nuit spécialisés en collaboration avec des hôpitaux, sont des espaces tiers qui réduisent le risque d'exclusion. C'est le cas du SASS (Structure d'Accueil Socio-Sanitaire), abri de nuit développé par le Dispositif d'Urgence Sociale du CPAS de Charleroi dans des locaux sur le site de l'Hôpital Vincent Van Gogh. Dedicée aux situations de grande fragilisation, cette structure offre un hébergement transitoire la nuit et un accompagnement en journée. Résultat : moins de crises, et une consommation de psychotropes en baisse.

5. Promouvoir le principe d'intégralité du soin en créant un réseau autour des personnes fragilisées.

Dans ce but, les chercheurs recommandent de faciliter et de renforcer les rapports de collaboration entre:

- les initiatives à bas seuil d'accès (aide aux jeunes marginalisés, accueil de nuit, associations où les usagers ont la parole, centres d'accueil de jour) et les réseaux de soin en santé mentale ;
- les soins de santé mentale, les soins aux personnes handicapées et les soins aux personnes toxicomanes en vue d'assurer un soin intégral à celles qui souffrent d'un double diagnostic ;
- les services de santé mentale et les services de police ;
- les organisations et les réseaux de soin en santé mentale;
- les intervenants, les aidants proches et les membres des familles ;
- les intervenants et les personnes de confiance/référence ;
- le secteur de la santé mentale et des organisations non subsidiées par les pouvoirs publics. *'Il s'agit par exemple de Médecins du Monde/Dokters van de Wereld, les associations au sein desquelles les pauvres peuvent s'exprimer, les réseaux régionaux de lutte contre la pauvreté, les personnes de confiance, les organisations d'entraide des différentes communautés ethniques, Similes, etc.'* (tables rondes NL).

ADOCARE

Adocare constitue un consortium entre Action for teens asbl et LUCAS KU-Leuven, soutenu par la Commission Européenne et axé sur l'installation, autour des jeunes, d'un réseau d'acteurs concernés : prestataires de soins spécialisés (psychiatres, psychologues...), experts, autres intervenants, utilisateurs de soins et parents – plus bien entendu les jeunes eux-mêmes. Par la recherche, la sensibilisation, l'amélioration des compétences et l'échange d'informations, ADOCARE vise à inspirer les politiques européennes en développant et soutenant des structures de soins innovantes, adaptées aux jeunes qui présentent des problèmes de santé mentale.

6. Promouvoir les pratiques locales citoyennes qui tissent du lien social et constituent un filet de protection face à l'exclusion sociale.

Il s'agit ici de sensibiliser les différents acteurs institutionnels à l'effet bénéfique des pratiques locales et citoyennes dans l'amélioration de la santé mentale des communautés. A ce titre, il paraît important de promouvoir auprès des institutions sociales et hospitalières une meilleure connaissance de ces pratiques.

Espace de parole

A Bruxelles, la Strada, centre d'appui au secteur bruxellois d'aide aux sans-abri, anime le projet Espace de parole, où des personnes sans abri et mal logées peuvent prendre la parole et discuter avec d'autres personnes (travailleurs sociaux, artistes, chercheurs...) de problématiques qui les concernent. Ce projet est une illustration de ce que la parole est un vecteur de soins pour ceux que leurs conditions de vie précaires mettent au ban de la société. Lorsque la parole n'est plus informelle, elle instaure une distance vis-à-vis des réalités de la rue. Elle permet de les signifier et de les verbaliser autrement. L'Espace de parole développe ainsi l'identité narrative, la mise en récit de soi, de son parcours et de ses perspectives. Mais il est aussi le lieu d'une parole citoyenne qui interpelle les pouvoirs publics.

C. Au niveau des formations

La formation pluridisciplinaire à la compréhension des souffrances sociales devient nécessaire pour faire face à leur complexité (multiculturalité, tensions de genre, exclusions sociales, ...). Il s'agit de promouvoir des formations et des sensibilisations selon les axes suivants:

1. Formation des psychiatres aux réalités du social et de son impact sur la santé mentale.
2. Formation aux dimensions interculturelles de notre monde.
3. Organisation de rencontres formatives entre les secteurs de la santé mentale et de l'action sociale, mais aussi entre les professionnels des deux secteurs et des utilisateurs des services.
4. Valorisation des actions formatives qui intègrent l'ensemble des secteurs.
5. Création de nouvelles modalités de supervision en phase avec ces réalités.
6. Organisation de journées intersectorielles sur les effets de l'exclusion sur la santé mentale, impliquant les acteurs du soin et du politique.

“Nous avons des consultations individuelles qui se font toujours en petits groupes, parce qu'il y a pratiquement toujours, au moins, un interprète, qui représente la société d'origine et la langue par laquelle les gens pensent. Il y a aussi des groupes ethnopsy qui sont des groupes à 5, 6, 7 ou plus de personnes professionnelles qui s'occupent des problèmes d'une personne ou d'une famille, de consultants, chacun est en coconstruction à partir de son expérience...” (tables rondes FR)

D. Au niveau de la recherche

Tant pour alimenter les évolutions proposées que pour en apprécier le bien-fondé, les chercheurs suggèrent :

- d'acquérir une meilleure connaissance des besoins propres aux minorités ethno-culturelles, dans le but d'améliorer l'interculturalisation du soin ;
- d'expérimenter des stratégies nouvelles selon une approche bottom-up ;
- d'analyser la plus-value apportée par une concertation et une collaboration accrues entre les différentes structures de soins.

ANNEXE

À l'initiative de la Fondation Roi Baudouin, des professionnels des secteurs de la santé mentale et de l'intervention sociale reconnus pour leur expertise et leur ancrage en Région Wallonne et à Bruxelles d'une part, en Région Flamande d'autres part, ont pu être réunis en quatre séquences de tables rondes, qui ont abouti à la rédaction de deux rapports, l'un en néerlandais, l'autre en français.

Le rapport 'La clinique du lien face à l'exclusion sociale', confié au Département d'Etudes et d'Actions Sociales (DEAS) de l'Université de Mons, a été rédigé par Emmanuel Nicolas, en collaboration avec Pascale Jamouille, Silvia Mesturini et Luc Van Huffel, sous la responsabilité de Pascale Jamouille, chargée de cours, et de Willy Lahaye, chef de service.

Le rapport 'Geestelijke gezondheidszorg en uitsluiting', confié à la KU Leuven et à LUCAS (Centrum voor Zorgonderzoek & Consultancy), a été rédigé par le Prof. Dr. Koen Hermans et le Prof. Dr. Chantal Van Audenhove, assistés par Evy Meys.

A. Participants à la coconstruction du rapport de l'UMons :

Benjamin Boelen (Croix-Rouge de Belgique)
Marie-Gladys Busse (Exil)
Yves Dario (Fondation Roi Baudouin)
Anne Dereuck, Chloé Delmotte (SSM La Pioche)
Marc-André Domken (Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège)
Judith Duchêne (Service Insertion Précarité, (Fédération des CPAS de l'Union des Villes et Communes de Wallonie)
Manu Gonçalves (Ligue Bruxelloise Francophone de Santé Mentale, SSM Le Méridien)
Pascale Jamouille (UMons)
Irène Kremers (MASS Diapason, Entre 2, Relais Santé de Charleroi)
Willy Lahaye (UMons)
Christine Mahy (Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté)
Antoine Masson (Facultés Universitaires Notre Dame de la Paix, Namur)
Emilie Meessen (asbl Infirmiers de Rue)
Silvia Mesturini (UMons)
Emmanuel Nicolas (UMons)
Dan Schurmans (SSM Tabane)
Patricia Schmitz (SMES B)
Luc Vandormael (PCS de Waremme, Association Interrégionale de Guidance et de Santé)
Luc Van Huffel (Latitude Nord (PPU), UMons)
Raphaël Verschuren (Transit)
François Wyngaerden (UCL)

B. Participants à la coconstruction du rapport de la KU Leuven :

Johan Alleman (Koning Boudewijnstichting)
Griet Briels (Vlaams Netwerk Armoede)
Paul De Bock (DG Gezondheidszorg)
Roel De Cuyper (PC Gent-Sleidinge)
David de Vaal (De 8: Antwerps Integratiecentrum)
Isabel Debuysere (WGC De Sleep)
Pascal Delheye (Faber KULeuven)
Aafje De Wacker (De Biekorf, CAW Antwerpen)
Cis Dewaele (Steunpunt Algemeen Welzijnswerk)
Steven Gillis (Stad Gent)
Patrick Janssens (CGG Brussel)
Jenny Krabbe (Psychiater in Brussel)
Chris Lenaerts (Recht-Op vzw)
Hild Meyleman (Dokters van de Wereld)
Wim Meyvis (De Spiegel, vzw)
Tineke Oosterlinck (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)
Ann Moens (Zorgnet Vlaanderen)
Eva Pockelé (OCMW Antwerpen)
Kimberley Van Daele (OCMW Gent)
Kris Van der Sype (CGG Eclips en AZIS netwerk Gent)
Paul van Deun (De Spiegel vzw)
Steven Van Hemelryck (De Zuidpoort vzw)
John Vanacker (OPZC Rekem)
Jan Vanhauwere (Politie Demendal, Diest, Scherpenheuvel en Zichem)
Annemie Vermassen (Psychiatrisch ziekenhuis Stuivenberg)
Jan de Clerq (Federatie voor Diensten van geestelijke gezondheidszorg)

Fondation Roi Baudouin,
Fondation d'utilité publique
Rue Brederode 21, 1000 Bruxelles
info@kbs-frb.be
T. 02-500 45 55

Les dons sur notre compte
IBAN: BE10 0000 0000 0404
BIC: BPOTBEB1 sont fiscalement
déductibles à partir de 40 euros.

Fondation Roi Baudouin **Agir ensemble pour une société meilleure**

La Fondation Roi Baudouin est une fondation indépendante et pluraliste, active au niveau local, régional, fédéral, européen et international. Nous voulons apporter des changements positifs dans la société et, par conséquent, nous investissons dans des projets ou des individus qui peuvent en inspirer d'autres. En 2014, la Fondation Roi Baudouin et les Fonds qu'elle gère ont attribué 30 millions d'euros de soutien à 1.712 organisations et 270 individus pour des projets autour de la pauvreté, la santé, le développement, l'engagement sociétal, le patrimoine...

La Fondation organise également des journées d'études, des tables rondes, des expositions et partage des expériences et des résultats de recherche dans des publications (gratuites). Nous nouons des partenariats et stimulons la philanthropie 'via' et non 'pour' la Fondation Roi Baudouin.

2.122 personnes mettent leur expertise à disposition dans nos commissions d'experts, comités d'accompagnement, comités de gestion et jurys indépendants. Leur engagement bénévole garantit des choix de qualité, l'indépendance et le pluralisme.

La Fondation a été créée en 1976, à l'occasion des 25 ans de règne du roi Baudouin.

Merci à la Loterie Nationale et à tous les donateurs pour leur précieux soutien.

www.kbs-frb.be Abonnez-vous à notre e-news
Suivez-nous sur Facebook | Twitter | YouTube | LinkedIn



PUB N°3356

Exclusion et santé mentale :
l'œuf et la poule