

1. Accompagner les personnes toxico-dépendantes, les réinsérer dans la société, et accompagner leur famille

1. Contexte et description

Dans le domaine complexe des assuétudes, chaque partie prenante a sa vision de la problématique.

Le médecin généraliste prescrira un traitement de substitution comme de la méthadone pour les personnes toxicomanes ou encore du valium pour les personnes alcooliques. Le psychologue voudra voir les choses sous un angle psychologique, à savoir pourquoi, comment, etc. Le travailleur social verra plutôt cette problématique sur le plan de la société : que faut-il pour que la personne soit intégrée dans la société, soit en ordre au point de vue administratif, etc. Il est difficile de concilier toutes ces visions ; or ces professionnels doivent être complémentaires tout en respectant le travail des uns et des autres.

En cette matière, le premier contact est capital car il faut pouvoir s'approprier ou encore nouer les liens avec les personnes concernées.

Ce n'est que lorsqu'on amène la personne à accepter son état et à accepter de prendre la décision de se faire accompagner que des pistes peuvent se dégager.

L'objectif des associations qui œuvrent dans le domaine de la lutte contre les assuétudes reste la réduction des risques, la stabilisation de la consommation, mais aussi, si possible, le sevrage complet. La personne doit passer par un moment de réflexion et puis seulement par une prise de décision. Pour qu'elle arrive à la décision, cela peut prendre plusieurs années ; de nombreux facteurs peuvent intervenir.

Les proches des personnes toxicodépendantes vivent dans la co-dépendance, c'est-à-dire qu'elles vivent avec la dépendance d'un autre.

Leur rôle dans le suivi de la personne à problème est primordial. Les proches ont aussi besoin d'être suivis pour arrêter d'abord de trouver des circonstances atténuantes à la dépendance, mais aussi pour leur propre suivi psychologique et avoir des outils pour cohabiter avec la personne dépendante.

La personne proche peut vite se sentir piégée, elle n'a plus sa propre identité, n'existe plus, peut devenir « accro » aux antidépresseurs, penser parfois au suicide et peut vouloir couper les liens avec la personne toxicodépendante.

2. Publics cibles

- Prioritairement, les personnes toxicodépendantes et leurs proches.
- Indirectement, la société entière est touchée. Il en va de la famille, des riverains (ils peuvent subir des nuisances publiques), de l'employeur (certaines personnes dépendantes ont encore un emploi), etc.
 - Statistiquement, il y a 2/3 d'hommes et 1/3 de femmes parmi les personnes toxicodépendantes qui consultent, et ce dans toutes les structures existantes.
 - En alcoologie, il y a la règle du tiers, c'est-à-dire qu'il y a 1/3 de réussite, 1/3 d'échecs et 1/3 « de régime yoyo ».

3. Parties prenantes

- Les associations qui sont les centres d'aides créés souvent par des initiatives personnelles et bénéficiant d'un soutien des pouvoirs publics. Les pouvoirs publics locaux sont présents via les PCS par exemple qui consacrent un budget à cette problématique. En cette matière, tous les niveaux de pouvoir sont concernés (local, entités fédérées et fédéral).
- Les personnes toxicodépendantes (l'âge varie de 14 à 74 voire 80 ans pour certaines associations), les proches mais aussi la société dans son entièreté.

Il est impossible de déterminer le temps nécessaire que vont prendre les soins.

4. Mise en œuvre

- Le premier rendez-vous est celui du travailleur social, cela peut être le psychologue, l'assistant social, l'éducateur etc.
- Puis le médecin ou le psychologue qui essaie de savoir dans quel contexte la personne consomme et la fonction de la consommation.
- La personne est informée des risques encourus.
- Elle est soutenue et on travaille avec elle sur son désir de sevrer.



- Il est proposé soit :
 - le suivi ambulatoire, c'est-à-dire que la personne vient chaque jour, une fois par semaine, ou tous les 15 jours. Tout dépend du rythme de chacun.
 - le suivi à l'hôpital pour éloigner la personne de son milieu de vie.
 - le suivi dans un centre résidentiel de postcure : ce sont des centres de revalidation. On peut y rester jusqu'à un an et demi selon les centres. Dans ces centres, on réapprend aussi aux personnes accueillies à vivre normalement.
- Parallèlement, les groupes de parole sont créés pour écouter les témoignages qui sont très importants et peuvent provoquer un déclic. Après les travaux de groupe, surviennent de bonnes résolutions qui sont prises même si souvent elles sont oubliées dès que la porte est franchie. L'essentiel est que la réflexion s'installe.
- Les proches sont aussi suivis car ils vivent un véritable calvaire ; des psychologues et des travailleurs sociaux les accompagnent dans la gestion au quotidien de la cohabitation avec la personne dépendante.

5. Conditions de réussite et risques d'échec

Conditions de réussite :

- tout d'abord, la règle de l'individualisation des soins. Cela permet un suivi sur mesure ;
- l'identification du produit dans le fonctionnement de l'individu (cocaïne, cannabis, héroïne, extasy, amphétamine, champignon hallucinogène, alcool, etc.), pour envisager si oui ou non le sevrage est une bonne idée car il peut être contre-indiqué chez certaines personnes ;
- les produits de substitution peuvent aider certaines personnes à gérer le problème durant toute leur vie ; on prescrit souvent de la méthadone mais aussi du valium ;
- le travail en équipe entre les professionnels, les hôpitaux, les communes, les autres pouvoirs publics, etc. ;
- la décision d'un suivi vient de la personne elle-même qui prend conscience qu'elle doit se faire aider.

Risques d'échec :

- le coût n'est pas négligeable car il faut une rigueur au niveau de la formation et une grande souplesse au niveau du cadre de travail ;

- la concertation avec d'autres structures n'est pas évidente car chaque métier a sa spécificité et son expérience, sa façon de travailler ;
- c'est un travail très fatigant pour les professionnels sur plusieurs points :
 - ils sont en face d'un public particulier qui les confronte à l'angoisse, à l'agressivité, au mensonge...
 - parfois les hôpitaux refusent de prendre ces personnes en charge (souvent insolvables, sans mutuelle, situation sociale très compliquée ou encore problème psychiatrique lourd) ;
- les personnes toxicodépendantes constituent un risque aussi pour elles-mêmes (multiplication des prescriptions de méthadone, échange de la méthadone contre une autre drogue, mélange de drogues, etc.) et un danger pour la société également (tapages, violences, vols, etc.) ;
- lorsque les proches qui souffrent beaucoup abandonnent la personne dépendante, car ils n'en peuvent plus, il y a le risque de perdre le travail déjà effectué ;
- les prix des produits de substitution ou des médicaments qui ne sont pas gratuits pour un public fragilisé (méthadone pour la drogue pure et le valium pour les alcooliques) ;
- obtenir une place dans un centre est difficile. Entre la prise de la décision et l'entrée au centre, il peut se passer plusieurs semaines ;
- le médecin prescripteur doit être formé. Les petits centres manquent de médecins, faute de moyens ;
- les personnes concernées peuvent penser que sortir de leur problème les mènera encore à trop d'autres problèmes (par exemple se battre pour récupérer la garde de son enfant, trouver un emploi etc.) et préfèrent ne pas agir pour s'en sortir.

6. Pratiques exemplatives

Le centre **Sésame** à Namur, l'**asbl Destination** à Dinant, le **PCS de Florennes** et le **Service de cohésion sociale** du PCS de la Ville de **Namur**.

A **Florennes**, dans le cadre du PCS, un point de contact sur les assuétudes a été proposé, initié et géré par un citoyen. Le fait que ce soit une initiative d'un citoyen plutôt que d'un professionnel a suscité des méfiances. Après du temps écoulé, la reconnaissance est venue.



2. Proposer des activités physiques pour les aînés

1. Contexte et description

Dans un contexte où la sédentarisation et l'isolement social des aînés vont croissant, les initiatives visant à proposer à ceux-ci une activité physique adaptée se multiplient. Les bénéfices pour la santé sont nombreux : augmentation de l'autonomie au quotidien, renforcement de la force physique, de l'équilibre, de la coordination en vue de prévenir les chutes, réduction des risques de maladies osseuses ou cardiovasculaires... Les effets positifs se font aussi ressentir au niveau mental : moins d'anxiété, meilleure confiance en soi, amélioration du sommeil, de l'appétit, de la mémoire... C'est enfin et surtout un moyen d'offrir aux aînés un lieu de rencontre, de convivialité où ils peuvent se changer les idées et rompre la solitude.

2. Publics cibles

Les seniors à partir de 50 ans.

Si l'accent est mis sur la prévention des chutes, les personnes de plus de 65 ans susceptibles de (re) faire une chute.

3. Parties prenantes

- L'initiative peut venir de la commune (sports, santé, aînés... et/ou PCS) ou du CPAS. Dans les deux cas, des moyens sont alloués (local, matériel, encadrement...). Commune et CPAS jouent aussi un rôle dans la promotion de l'activité auprès du public cible.
- Travailleurs sociaux, services de repas ou de soins à domicile, aides familiales, médecins traitants (relais auprès du public cible).
- Asbl Symbiose (Chapelle-lez-Herlaimont), Département des Sciences de la Motricité de l'Université de Liège, initiative « Bouger Plus » (Esneux).



4. Mise en œuvre

- Développer le projet avec l'opérateur partenaire (Symbiose, ULg, service des sports).
- Désigner les animateurs (professionnels spécialement formés pour mobiliser et motiver les aînés : kiné, éducation physique...).
- Développer un programme adapté, équilibré et accessible.
- Choisir un local : local de la commune ou du CPAS, Maison des Aînés.
- Définir la temporalité de l'activité : séances d'une durée d'une heure environ, se tenant de une à deux fois par semaine, tout au long de l'année scolaire ou au cours d'un cycle de plusieurs semaines.
- Obtenir du matériel spécialisé et varié.
- Médiatiser l'action via divers canaux (bulletin communal, site internet, Facebook, presse régionale et gratuite, travailleurs sociaux en contact avec le public cible).

5. Conditions de réussite

- Le prix de la séance doit être accessible, il est conseillé de proposer une participation gratuite ou à un prix modéré afin de couvrir l'assurance.
- La taille du groupe doit être limitée afin d'assurer un accompagnement suffisant et de limiter les risques : 15 à 20 personnes maximum.
- Ce qui fait la différence, c'est souvent la qualité de l'encadrement, du programme et du matériel.
- Le lieu où se déroulent les séances doit être accessible géographiquement pour les participants (ou le cas échéant, il est utile de fournir un moyen de transport tel qu'un minibus).
- Un budget de fonctionnement doit être prévu : équipe d'animation et coordination, local, publicité (flyers, affiches), matériel.
- Cette activité doit, de préférence, être proposée de manière régulière (1 à 2 fois par semaine).

6. Pratiques exemplatives

A **Chaufontaine**, dans le cadre du projet global Chaufontaine Ville santé et du PCS, Access'gym est un cours de gymnastique pour des personnes en perte d'autonomie ou atteintes d'une maladie chronique invalidante ; 10 personnes participent aux cours qui se donnent 2 x 1 heure par semaine. Les cours sont scindés en 2 parties : physique et cognitive. Un co-voiturage est organisé.

A **Chapelle-lez-Herlaimont**, le CPAS réalise des ateliers de prévention des chutes qui permettent aux personnes âgées d'aborder plus sereinement les déplacements à l'extérieur, mais aussi au sein-même de leur domicile. A cet effet, des séances d'activités physiques et cognitives adaptées sont organisées pour les aînés bénéficiant des différents services du CPAS (aide aux familles, repas chaud, soins à domicile...). Ces séances collectives visant le renforcement des liens sociaux sont portées par une pédagogie de la réussite et ludique (pour le plaisir et la motivation), avec du matériel stimulant (pour la participation), et sont hebdomadaires (pour en tirer un maximum de bienfaits).



3. Mettre en place une aide décentralisée en maisons de quartier en matière de santé mentale

1. Contexte et description

Notre pays fait face à d'énormes défis dans ses efforts visant à promouvoir le bien-être psychologique de sa population, à prévenir les problèmes de santé mentale chez les groupes marginalisés et vulnérables, à traiter et à soigner les personnes atteintes de troubles psychiatriques, et à faciliter leur réadaptation sociale. On estime en effet à 1 sur 4 le nombre de personnes qui connaîtront des problèmes de santé mentale au cours de leur vie.

Dans de nombreux cas, les soins de proximité organisés notamment par les services de santé mentale semblent offrir une meilleure qualité de vie et susciter davantage de satisfaction chez les patients et leur famille que les soins hospitaliers traditionnels. Pour les intervenants en santé mentale, il ne s'agit plus seulement d'« avoir » des partenaires pour le soin, mais d'« être » partenaires de la prise en charge d'une personne, avec elle et son environnement (familial, institutionnel, social). Parallèlement, les besoins des usagers évoluent : ils demandent à être de plus en plus entendus, considérés, voire intégrés, dans les pratiques des professionnels.

La psychologie communautaire combine ces divers éléments en instaurant une approche intégrative, considérant la personne indissociable de son environnement et visant à renforcer la capacité des individus à développer leurs compétences, leurs ressources et ainsi acquérir plus de contrôle dans les décisions qui les concernent (empowerment).

Les psychologues communautaires travaillent au plus près des lieux de vie des personnes, notamment au sein de maisons de quartier, mais également dans le cadre d'un travail de rue. L'accompagnement psycho-socio-éducatif gratuit qui y est proposé accorde la priorité aux populations vulnérables et se réalise sur le long terme, en partenariat avec les acteurs communautaires locaux. La démarche mise en place veillera à améliorer la qualité de vie de ces personnes afin d'augmenter leur autonomie, de favoriser le maintien dans leur milieu de vie et d'améliorer ainsi la cohésion sociale au sein des quartiers précarisés. La volonté est également que cette action facilite la communication entre les institutions sociales et les structures médicales.

2. Publics cibles

Toute personne fragilisée psychologiquement ou souffrant d'une problématique de santé mentale.

3. Parties prenantes

Les administrations communales, CPAS ou services actifs en matière de santé mentale qui mettent à disposition le(s) psychologue(s) communautaire(s).

Les partenaires (milieux hospitaliers, associations, services psychiatriques, services de santé mentale...) qui peuvent apporter un soutien ou vers qui peuvent être orientées les personnes en fonction de leurs besoins.

4. Mise en œuvre

- Définir le projet : service porteur, partenaires/réseau, heures de passage ou de permanence, lieux desservis, matériel et aménagements nécessaires, budget nécessaire, prévoir un espace confidentiel pour les entretiens individuels.
- Trouver les fonds nécessaires à la mise en œuvre du projet et introduire les demandes (aides à l'emploi pour les éventuels engagements, participation aux appels à projets wallons, communautaires, fédéraux, de la Fondation Roi Baudouin, participation des pouvoirs locaux, des services partenaires...).



- Trouver un local ou plusieurs pour y organiser les entretiens (et les aménager).
- Assurer une promotion claire du service, tant auprès des habitants que des services partenaires.

5. Conditions de réussite

- Le psychologue communautaire doit être disponible, à l'écoute, compétent ; il doit veiller à aller à la rencontre des personnes, créer des liens de confiance, susciter l'expression des besoins ; il doit disposer d'un réseau solide susceptible de le soutenir ou vers qui réorienter les usagers.
- Assurer une ouverture ou un passage suffisants du psychologue, un accueil convivial.
- Disposer d'un budget nécessaire pour le bon fonctionnement du service et l'entretien des locaux.
- Faire évoluer l'offre de services en fonction des attentes et des besoins des bénéficiaires, notamment en persuadant d'autres partenaires de se joindre à la dynamique ou encore en menant des activités attractives et pertinentes.

6. Pratique exemplative

La psychologue communautaire engagée par le PCS de **Mons** intervient dans les sept maisons de quartier de la Ville où elle dispose d'un local pour recevoir les personnes en toute confidentialité. Elle y travaille à temps plein, passant un maximum de journées complètes au sein de chaque maison de quartier. Ainsi, elle peut planifier les rendez-vous et disposer de temps lui permettant d'aller à la rencontre des personnes de manière informelle (travail de rue, accueil, participation à certaines activités de groupe). La place privilégiée au sein des maisons de quartier et la méthodologie d'intervention basée sur le tissage du lien de confiance permettent à la psychologue d'être le professionnel de référence pour accompagner les personnes fragilisées. Elle devient l'interlocutrice de première ligne privilégiée dans le domaine de la santé mentale, intervenant à la demande des personnes, mais également des équipes des maisons de quartier, des institutions partenaires, ou de sa propre initiative. Même si la psychologue reste présente auprès des personnes sur le long terme, sa mission est de pouvoir mettre en place les relais nécessaires pour que la prise en charge soit globale et la démarche de soin complète.



4. Créer un Alzheimer café

1. Contexte et description

Maladie dégénérative du tissu cérébral, la maladie d'Alzheimer touche environ 150.000 personnes en Belgique, principalement les plus de 65 ans. Elle entraîne la perte progressive et irréversible des fonctions mentales, notamment au niveau de la mémoire, du langage, du comportement.

Outre les problèmes directement liés à la pathologie, la maladie d'Alzheimer peut, pour les personnes atteintes et leurs proches, conduire à l'isolement, à des difficultés organisationnelles, financières, professionnelles, psychologiques.

Le concept d'« Alzheimer café » vise à offrir à toute personne concernée par la maladie, dans une atmosphère conviviale, un lieu d'information, d'échange d'expériences, d'écoute, de soutien social. Il favorise un dialogue sans tabou sur la maladie, permet de rompre l'isolement et la solitude, donne un sentiment d'appartenance, de reconnaissance et d'acceptation. L'Alzheimer Café peut enfin constituer un moment de répit pour les proches.

2. Publics cibles

Prioritairement, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée et le(s) proche(s) aidant(s). Public hétérogène au niveau du genre, au niveau social, éducation, origine, âge, état de santé.

Indirectement, les professionnels du secteur social et médical concernés.

3. Parties prenantes

- commune et/ou CPAS : initiative, mise en œuvre, support, relais auprès du public cible, publicité ;
- services de soins à domicile ;
- mutuelles, pharmaciens, médecins traitants, gériatres, MR/MRS³ ;
- asbl Ligue Alzheimer, asbl Bien Vieillir, réseau *Viadem* (Charte Ville-amie-démence) ;
- province (plate-forme Alzheimer) ;
- citoyens étant ou ayant été confrontés directement ou indirectement à la maladie.

4. Mise en œuvre

- établir un diagnostic, définir les besoins ;
- trouver un local : AC, CPAS, MR/MRS, Maison des Aînés, Maison des Sports...
- constituer l'équipe d'animation ;
- sensibiliser et former l'équipe : formation « Proxidem » (rencontre des malades et de leurs proches, écoute, information et orientation) et formation « Foranidem » (animation d'un Alzheimer Café) ; la ligue Alzheimer peut fournir les services d'un « coach » ;
- éventuellement définir un thème pour chaque rencontre (facultatif, ce sont les participants qui mènent la discussion (parole libre) ;
- médiatiser l'action via divers canaux (bulletin communal, site internet, Facebook, presse régionale et gratuite, travailleurs sociaux en contact avec le public cible, bouche-à-oreilles) de manière récurrente ; le cas échéant, relance individuelle via la base de données de la ligue Alzheimer ;
- évaluer, améliorer selon la demande et avec les participants.

5. Conditions de réussite

- Le café doit être gratuit pour les participants.
- Il faut réserver un budget consacré à la charge salariale de l'équipe d'animation et un budget de fonctionnement : local, publicité (flyers, affiches), biscuits, café.
- Les rencontres doivent avoir lieu régulièrement (1 à 2 fois par mois).
- Préparer les rencontres et prévoir un débriefing par l'équipe d'animation est indispensable.

6. Pratique exemplative

Le PCS de la Ville de **Wavre** organise, en partenariat avec Alzheimer Belgique, une fois par mois des rencontres et discussions autour de thèmes variés ainsi que des activités répit et art thérapie pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées.

³ Maisons de repos et maisons de repos et de soins.



5. Mettre en place d'une maison médicale

1. Contexte et description

Permettre l'accès aux soins de santé de première ligne à tous est une priorité, certaines zones géographiques connaissent une pénurie de médecins libéraux. Les maisons médicales ou ASI (Associations de santé intégrée) proposent sous statut d'asbl des permanences médicales dans un quartier, dans un village, pour un regroupement de communes. Ces permanences sont assurées par un ou plusieurs médecins généralistes, une infirmière, un kinésithérapeute parfois un travailleur social et un psychologue sont également proposés. Toute personne (quelle que soit sa situation personnelle) peut bénéficier - gratuitement, à un tarif à l'acte ou annuel très réduit - des soins nécessaires après avoir signé une convention. Pour toutes les autres disciplines, le patient est libre de se rendre chez le spécialiste de son choix.

En outre, la maison médicale organise des ateliers communautaires thématiques, de promotion de la santé ou d'éducation permanente.

Il est possible de créer une maison médicale satellite ou d'ajouter une antenne locale à une maison médicale existante.

2. Publics cibles

Prioritairement, les personnes en situation psychomédico-sociale précaire, mais le service est ouvert à tous les habitants de la zone couverte par la maison médicale.

3. Parties prenantes

- L'asbl qui a reçu l'agrément (issue d'acteurs privés, de groupe d'individus, mouvements locaux...).
- Le personnel de la maison médicale.
- La commune ou le CPAS pour des apports financiers complémentaires ou des locaux.
- Le SPW : DGO5 : Direction des Infrastructures médico-sociales.
- L'INAMI.
- D'autres maisons médicales (mise à disposition de personnel complémentaire).

4. Mise en œuvre

- établir un diagnostic avec les opérateurs locaux, définir les besoins du territoire ;
- constituer un dossier, le faire agréer ;
- trouver un local adéquat et bien situé, d'accès aisé ;
- engager le personnel nécessaire, le compléter avec des bénévoles, constituer l'équipe pluridisciplinaire ;
- prévoir les modalités de fonctionnement et de gestion de l'équipe ;
- présenter le projet aux médecins locaux et aux intervenants locaux du secteur de la santé ;
- faire la promotion du service auprès de la population.

5. Conditions de réussite

Il est nécessaire de convaincre les médecins libéraux locaux de la plus-value du service pour les patients, la commune ou le quartier et de bénéficier d'une assise consensuelle du réseau de soin local. Le soutien des autorités locales peut être un des moteurs du projet. La constitution du dossier est longue (prévoir 2 à 3 ans), nécessite des procédures administratives importantes, dont l'accord INAMI. Trouver le personnel médical motivé par une démarche de solidarité peut se révéler difficile dans certaines régions rurales et nécessitera de faire appel à du personnel volant ou à de jeunes médecins qui souhaitent s'installer.

Il est impératif d'atteindre un nombre critique de patients pour pouvoir pérenniser le service et obtenir les aides financières nécessaires au paiement du personnel et au fonctionnement du service (ex : 1000 patients suivis).

Disposer de relais locaux et d'un réseau dans le secteur de la santé est un atout.

6. Pratiques exemplatives

Trooz : maison médicale dépendant de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones. Le champ d'action de la maison médicale sort du territoire strictement communal.

Sprimont : maison médicale issue d'un groupement de médecins généralistes locaux qui ont souhaité mutualiser leurs pratiques en un même lieu et y intégrer le secteur paramédical.

