

# **PRATIQUES INNOVANTES EN SANTE MENTALE : « La Liaison avec la première ligne ».**

*Notes d'Alain Devaux (Président de la Commission Santé Mentale de la FAMGB)*

Dans le cadre de la réforme en santé mentale, le SPF Santé Publique a organisé le 16 février 2017 une Journée consacrée à la liaison avec la première ligne.

## **INTRODUCTION PAR LE PROFESSEUR PIETERS**

Le Professeur Pieters a introduit la journée en rappelant les différentes définitions de la Santé. Tout le monde connaît celle de l'OMS : « La santé est un état de bien-être physique mental et social ». Plus réaliste est celle donnée par le Dr Hunber, médecin généraliste qui définit plutôt la santé comme la capacité d'un individu à s'adapter à des modifications de son état physique ou mental ou à des modifications de son environnement.

En 2008 l'OMS a souligné l'importance de la première ligne de soins comme voie d'entrée dans le système de santé. Ce n'est malheureusement pas le cas de la Belgique où il n'y a pas d'échelonnement des soins.

L'OMS a également souligné qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale.

Il est donc nécessaire d'avoir une première ligne de soins qui soit forte afin d'intégrer les dimensions psychosociales dans la prise en charge des patients, cette prise en charge devant viser à leur intégration maximale dans la société.

Un service de santé mentale de première ligne se doit donc d'offrir un trajet de soins continu comprenant l'évaluation diagnostique, le traitement, le suivi jusqu'à et y compris les soins palliatifs.

Il doit également prendre en charge les aspects somatiques et faire appel à des soins spécialisés si nécessaire.

Il faut développer un modèle de « collaborative care », grâce auquel les MG et les spécialistes (psychiatres, psychothérapeutes) peuvent élaborer ensemble un plan de soins structuré, anticipant les crises et assurant un follow up systématique.

Il faut aussi avoir un « case management » efficace, utilisant les nouvelles techniques de la communication.

Les spécialistes doivent être disponibles pour les MG et assurer des inter et supervisions.

Et enfin il faut un financement suffisant, ce qui n'est pas encore le cas.

## **Pourquoi faut-il absolument développer un modèle de soins intégrés autour du patient à partir de la première ligne dans son milieu de vie ? Pour plusieurs raisons:**

- Un citoyen sur quatre souffre de difficultés psychologiques ; il n'y aura jamais assez de psychiatres ou de psychothérapeutes pour pouvoir tous les prendre en charge. Il faut savoir que les troubles psychologiques qui ne sont pas traités correctement ont un impact économique et somatique important. Par exemple l'espérance de vie des psychotiques est de 20 années inférieure à celle des autres citoyens.
- Seul 1 patient sur 3 souffrant de troubles mentaux (TM) est traité correctement.
- La moitié des patients traités pour un TM le sont sans qu'un diagnostic précis ait été posé.
- Traiter un patient dans son milieu de vie le protège mieux au niveau des droits humains, ce qui n'est pas toujours le cas en milieu hospitalier ou en Institution.
- Le coût économique est moindre en ambulatoire qu'à l'hôpital.
- Toutes les études sur ce sujet ont montré que les soins prodigués par la première ligne sont au moins aussi efficaces que les soins donnés en milieu hospitalier.

## **Pour réaliser cet ambitieux projet il faut réunir plusieurs conditions :**

- Un engagement ferme du politique pour soutenir et renforcer la 1<sup>ère</sup> ligne
- Une formation des acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne à la prise en charge des TM
- Une véritable culture de la collaboration entre les MG et les spécialistes
- Une disponibilité des professionnels de la 2<sup>ème</sup> ligne qui doivent être proches de la 1<sup>ère</sup> ligne

- Une coordination efficace entre tous les acteurs autour du patient dans les différentes fonctions (1<sup>ère</sup> ligne, insertion professionnelle, logement...)
  - Un remboursement des prestations de psychothérapie
  - Une réponse à l'inquiétude des MG par rapport à la protection du secret professionnel.
- 

## **QUATRE PRATIQUES INNOVANTES**

Quatre pratiques innovantes (3 en Flandres et 1 à Bruxelles) ont été présentées.

### **Le Projet Flandre Nord-Ouest et Côte :**

Une équipe psy experte a été formée qui vient en support des MG via un point d'appel unique leur permettant d'entrer rapidement en contact avec elle. Le message de l'équipe est simple et clair: si vous suspectez un TM chez un patient, appelez-nous.

L'équipe fournit un support de la 1<sup>ère</sup> ligne en l'aidant à construire un réseau autour du patient, en se déplaçant au domicile du patient, en assurant un transfert vers des soins spécialisés si cela s'avère nécessaire.

Lors du premier contact avec le patient l'équipe va soit proposer une approche classique (consultations en tête à tête), soit une approche basée sur le réseau. Les interventions se font toujours en connexion avec le MG via un rapportage rapide et systématique.

L'équipe assure aussi la formation des MG afin de renforcer leurs compétences à poser un bon diagnostic et à réagir plus adéquatement devant un TM. De plus, elle assure une fonction de concertation et de liaison. Elle offre un coaching structurel, continu à la 1<sup>ère</sup> ligne.

L'équipe a fait les constats suivants :

- Par manque de connaissances les MG réfèrent trop vite vers la 2<sup>ème</sup> ligne, alors qu'ils auraient pu prendre les patients en charge dans 20% des cas.
- Beaucoup de patients ayant été soignés en hôpital psychiatrique disparaissent de tout suivi à leur sortie. Avec des pathologies qui s'aggravent et posent de graves problèmes dans leur entourage. L'équipe a pu faire le pont entre la 2<sup>ème</sup> ligne et la 1<sup>ère</sup> lors de la sortie du patient.
- L'équipe a aussi noté le manque total de préparation du réseau social (famille, amis, voisins) à accueillir un patient souffrant de TM.
- L'équipe suggère également que les SSM, qui sont saturés, pourraient améliorer leur accessibilité via une permanence téléphonique où les MG pourraient être conseillés ou coachés.
- Enfin l'équipe se plaint d'un manque criant de moyens financiers pour mieux répondre aux besoins croissants. Elle s'étonne que l'argent économisé sur la fermeture des lits psychiatriques ne soit pas automatiquement reversée aux équipes de 1<sup>ère</sup> ligne ! D'autant plus que la réforme 107 va amener plus de patients avec des TM vers la 1<sup>ère</sup> ligne.

### **Le projet de la Maison Médicale de Leuven / Tervuren :**

Particulièrement innovante est l'approche des patients atteints de TM développée par cette maison médicale. Une de ses psychologues, grâce au subside de la Province, a rencontré tous leurs patients présentant des TM. Au lieu de l'approche classique, basée sur le DSM, elle a eu l'idée originale de développer un modèle d'aide basé sur la motivation du patient, en le rencontrant là où il est et en rédigeant avec lui son récit de vie. Cette approche part des besoins du patient et se focalise sur son rétablissement.

Cette approche a permis de définir 4 tableaux de vie.

- Le tableau « Régisseur » : c'est le patient qui a été institutionnalisé la plus grande partie de sa vie. Il est conscient de son TM. Il a besoin d'une équipe qui le connaît bien. Il veut avoir une vie hors de la psychiatrie, il n'a

pas besoin qu'on soit toujours présent mais notre présence est essentielle quand il en a besoin. On lui propose une rencontre 3 fois par an, avec ses proches, pour faire le point.

- « Le Chercheur » : c'est un patient atteint de TM dont il n'est pas toujours conscient, il cherche de l'aide mais malheureusement le MG met du temps avant de le référer vers un service spécialisé. Avec lui il faut partir de sa plainte, la mettre en lien avec son contexte (problème de travail, de chômage, de personnalité ?). Faire préciser par le patient quelle est sa demande et agir à partir de là.
- « Les Passants » : ce sont ces patients qui vont et viennent sans jamais trouver la solution. Ils finissent par perdre toute motivation, ils perdent confiance dans ceux qui veulent les aider. Dans ce cas il ne faut surtout pas les référer, car on ne fait qu'accroître leur déception. Il faut plutôt construire un réseau autour d'eux, il faut les faire bouger (faire du sport, du théâtre, chercher un meilleur logement...) et ainsi les faire sortir des cercles vicieux dans lesquels ils sont enchaînés. En les gardant dans la 1<sup>ère</sup> ligne on évite une aggravation de leur état.
- « Les Vulnérables » : ces patients sont incapables d'encore demander de l'aide. Il s'agit de patients SDF exclus de la société et du système de soins. Là ce sont des équipes mobiles, allant sur leur lieu de vie, qui sont indispensables pour créer du lien avec eux. La première chose à faire est de rétablir leurs droits sociaux (CPAS). Il ne faut surtout pas les juger, ni les culpabiliser car ce serait les renvoyer une nouvelle fois à leurs échecs. On parle chez eux du « syndrome d'auto-exclusion ». Le projet « Housing First » peut leur permettre de sortir de la rue, étape indispensable à leur rétablissement.

### **Le projet de la Cellule d'appui su SMES-B :**

L'équipe bruxelloise s'intéresse aux patients atteints de TM et vivant dans la grande précarité. C'est une équipe de 2<sup>ème</sup> ligne à laquelle le SDF ou son entourage peuvent faire appel.

Elle a comme objectif la formation des aidants, l'interpellation du politique sur l'impasse des dispositifs d'aides cloisonnés. Elle vient en renforcement des aidants en activant le réseau autour du patient, en le prenant temporairement en charge, en faisant appel aux équipes mobiles du projet 107.

Elle agit sur 3 niveaux :

- -le patient : en le rétablissant dans ses droits sociaux
- -les travailleurs psychosociaux : en leur apportant des formations, en leur redonnant confiance .
- -l'institution d'aide : en essayant de corriger ses dysfonctionnements (interventions)

Les difficultés de l'intervention de cette équipe tiennent à la grande précarité des patients ajoutée à leur absence de demande, à leur méfiance et à la difficulté d'entrer en contact avec eux.

### **Le projet du Limbourg :**

Une équipe de psychologues de 1<sup>ère</sup> ligne est à la disposition des MG. Leur intervention est de courte durée, basée sur le « stepcare » (par étape) et sur la détection précoce des TM et leur prévention.

Un agenda électronique est mis à la disposition des MG qui peuvent directement inscrire un rendez-vous pour leur patient. Le délai d'attente est de maximum 2 semaines. Le psychologue rencontre le patient pendant 2 à 3 entretiens et envoie un rapport au MG par voie électronique.

L'intervention consiste en exploration diagnostique, psychoéducation, conseils et avis et aussi en gestion de la crise. En moyenne les patients sont vus 4 fois.

Pour 1/3 des patients ces interventions sont gratuites, les 2/3 restants s'acquittant de 9€ par entretien.

Les attentes des MG, auxquelles l'équipe s'efforce de répondre sont :

- -un rapportage systématique
- -un seuil bas de prise en charge
- -une accessibilité financière
- -une déstigmatisation des TM
- -une inclusion du patient dans le réseau

Les difficultés de l'équipe tiennent à la charge de travail croissante et à l'insécurité du financement (un projet semblable à Gand a été interrompu brutalement faute de renouvellement de son financement)

## **CONCLUSION GENERALE :**

**Pour que la réforme de santé mentale réussisse, c'est-à-dire permette de soigner dignement les patients atteints de TM dans leur milieu de vie, elle doit répondre impérativement aux 4 conditions suivantes :**

- 1. L'existence d'un réseau incluant, dans une zone géographique bien définie, l'ensemble des acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne : tant ceux impliqués dans le soin proprement dit que ceux impliqués dans les déterminants de la santé mentale (logement, CPAS, école, justice, insertion socioprofessionnelle etc..) ainsi que les usagers eux-mêmes. Ce réseau doit assumer une fonction de coordination efficace permettant d'optimiser les ressources du territoire.**
- 2. L'existence d'une équipe de spécialistes (psychiatres, psychologues) venant en soutien du réseau. Ces équipes seront au service de la 1<sup>ère</sup> ligne, en assumant 3 fonctions essentielles :**
  - **Une fonction de formation, vie des inter et supervisions**
  - **Une fonction de coaching et de support : ceci implique qu'elles soient disponibles et facilement accessibles via une porte d'entrée unique (numéro de téléphone, agenda ouvert au MG)**
  - **Une fonction de liaison entre la 1<sup>ère</sup> ligne et la 2<sup>ème</sup> ligne. Fonction très importante tant pour permettre l'orientation des patients gravement atteints vers les hôpitaux ou des structures spécialisées, que pour préparer le retour des patients lors de leur sortie de ces institutions**
- 3. Un financement structurel permettant aux équipes et aux réseaux d'assumer pleinement leur travail d'aide. L'argent épargné par la fermeture des lits psychiatriques doit être réinvesti dans la 1<sup>ère</sup> ligne. Sans ce transfert financier la réforme annoncée sera un leurre et conduira rapidement à une pénurie de moyens dont les premières victimes seront les patients.**
- 4. L'approche en 1<sup>ère</sup> ligne des patients atteints de TM doit être une approche centrée sur leurs besoins, visant à leur rétablissement, sans jugement et sans exclusion. Notre but ne doit certainement pas de vouloir « normaliser » les patients souffrant de TM, mais bien au contraire de les aider à avoir la vie la plus digne possible, dans une société qui serait davantage capable de les accueillir avec humanité.**