

# Psychiatrie : l'amorce du virage ambulatoire

Olivier Mariage, médecin généraliste à la maison médicale Le Gué, membre du bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales

.....  
*L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande, depuis plus de 10 ans déjà, de sortir des logiques hospitalières pour favoriser, tant que possible, l'accompagnement des personnes qui présentent des troubles mentaux, dans leur milieu de vie. La Belgique a d'ailleurs signé, en 2005, la déclaration d'Helsinki. Depuis lors, rien n'a vraiment bougé, et la ministre a enfin décidé de prendre l'initiative.*

.....  
**Mos clefs** : santé mentale, politique de santé.

Le 5 juin 2010, Laurette Onkelinx donne le coup d'envoi des premiers pas d'une réforme qui pourrait faire date dans le domaine de la santé mentale. Un appel à projets est lancé sans que nous en connaissions la teneur exacte au moment d'écrire ces lignes, mais l'essentiel en a déjà été dévoilé lors de réunions publiques qui se sont tenues les mois précédents. De quoi s'agit-il ?

..... La Belgique est championne, avec Malte, des pays européens en terme de nombre de lits psychiatriques et de places résidentielles : elle compte près de 160 lits par 100.000 habitants, alors que le Royaume-Uni, par exemple en compte une vingtaine et l'Italie... moins de 10 ! En Italie, c'est un personnage devenu légendaire, Franco Basaglia qui, dans les années 70 déjà, avait entrepris d'ouvrir tout grand les portes des hôpitaux psychiatriques pour permettre à ces patients de revivre dans la société. Laurette Onkelinx ne va pas si loin, mais on lui reconnaîtra quand même d'avoir amorcé le processus.

Depuis une quarantaine d'années, diverses expériences, dont l'italienne est la plus célèbre ont été tentées de par le monde. Les différents modèles de prise en charge extra-hospitalière ont été évalués, et les conclusions sont claires : la plupart des indicateurs montrent que dans la grande majorité des cas les résultats sont meilleurs. L'OMS estime d'ailleurs qu'à terme, les hôpitaux psychiatriques devraient disparaître, et qu'il devrait suffire de garder quelques lits de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Elle invite les Etats à réaffecter les moyens, progressivement, à des structures ambulatoires diversifiées et travaillant en réseau. Les centres de santé primaires et divers acteurs généralistes sont appelés à jouer un rôle essentiel dans le système dans un objectif de déstigmatisation et de réinsertion des patients.

Plus près de chez nous, à Lille en France, une expérience pilote de l'OMS de ce type est menée avec succès : sur un secteur de 80.000 habitants, dans lequel il y avait autrefois un hôpital

de 250 lits plein à craquer, l'essentiel des moyens a été reconverti en diverses structures de soins, d'accompagnement, d'hébergement, de réhabilitation sociale et de soutien aux familles, de sorte qu'en 2009 il subsistait 8 lits occupés.

.....  
**Que propose la réforme ?**

De manière synthétique, il sera possible aux hôpitaux, sans fermer administrativement de lits, d'affecter une partie de leurs moyens pour développer, avec d'autres acteurs de terrain, cinq fonctions essentielles et indissociables : la prévention et le dépistage, l'accompagnement ambulatoire intensif, la réinsertion sociale, le traitement résidentiel intensif de courte durée, et le développement d'habitats spécifiques diversifiés.

L'ensemble des nouveaux dispositifs travaillera sur une base territoriale (un seul réseau par territoire, espère-t-on) et sera constitué des différents acteurs de terrain impliqués d'une manière ou d'une autre dans le suivi des patients. Un coordinateur sera chargé de piloter l'ensemble et sera désigné par les acteurs du réseau. Un comité de travail stratégique constitué de représentants des différents intervenants, sera chargé de définir les finalités, les objectifs, les actions, les moyens, les échéances et l'évaluation. La notion de référent de soins (un référent par institution pour chaque patient) est développée.

Quelle place pour les maisons médicales, quelle articulation avec la première ligne ?

Toutes les maisons médicales prennent

en charge, à des degrés divers, de nombreux patients psychiatriques. La charge de travail est importante, et les chiffres de l'INAMI montrent que les maisons médicales accueillent une proportion bien plus forte de ces patients que la moyenne de la population. Ce rôle est pourtant souvent méconnu des autorités, et d'ailleurs nous n'avons pas été invités à participer à l'élaboration de ces nouveaux dispositifs. Les difficultés sont nombreuses et ont été bien identifiées par un groupe de travail mis sur pied à la Fédération des maisons médicales : absence de moyens spécifiques (nos assistants sociaux et nos psys ne sont toujours pas financés), difficultés de collaboration avec les psychiatres et les services hospitaliers, difficultés pour faire hospitaliser les patients en crise, absence de réelle gestion des urgences, manque de suivi à la sortie... Le logement représente également une problématique cruciale : dans certains services de psychiatrie, on dénombre jusqu'à 80% de SDF (ces patients sont alors domiciliés à l'hôpital...).

Cette réforme est donc bienvenue et devrait permettre d'améliorer la prise en charge des patients en ambulatoire.

•••••  
**Véritable ambulatoire ou hospitalisation hors les murs ?**

Mais il reste des questions importantes :

1. Les hôpitaux n'ont aucune obligation de s'y engager. Or, cette mutation ne sera pas facile à opérer ; on a du mal à imaginer qu'il y aura beaucoup de candidats pour se lancer dans

cette aventure dans la mesure où l'objectif, à terme, est bien de vider progressivement les hôpitaux.

2. Le personnel restera personnel de l'hôpital qui recevra le financement. Idem pour les psychiatres. Bref c'est l'hôpital qui sort de ses murs pour s'installer à domicile : nous ne pensons pas que ce soit la meilleure manière de procéder.

3. L'articulation avec l'ambulatoire généraliste n'a pas été vraiment discutée. Comment va-t-elle être réalisée ? Mais c'est peut-être aussi une opportunité : le cadre est souple, et il appartiendra aux acteurs hospitaliers et extrahospitaliers de se mettre d'accord sur la définition du territoire, la construction du réseau, de définir ensemble des procédures de collaboration, etc.

La Fédération invite les maisons médicales à s'impliquer dans cette pièce si l'opportunité s'en présente. L'administration et le cabinet nous ont assuré qu'ils y étaient favorables. Normalement, on ne peut pas les en exclure. A certains endroits, des ré-

seaux ambulatoires, formels ou informels, se sont déjà constitués. C'est une base de départ très importante parce que souvent ces pratiques de réseaux permettent déjà de mieux se connaître, et de connaître le potentiel existant sur le territoire. Le risque existe en effet que les hôpitaux s'associent de manière un peu virtuelle avec quelques opérateurs de terrain sans tenir compte vraiment de ce qui se fait déjà. Ce qui pourrait aboutir à des concurrences stériles plutôt qu'au développement de complémentarités dont on a vraiment besoin.

A Tournai, à l'occasion de l'action « lit psychiatrique en balade » en mai 2009, un groupe de travail a été mis sur pied sur cette thématique de l'accompagnement et de la réinsertion des patients psychiatriques en milieu de vie, à l'initiative d'une maison médicale. La majeure partie des institutions actives en santé mentale s'y sont impliquées activement : les trois maisons médicales, les deux services de santé mentale, deux « Clubs psycho-sociaux » (lieux de socialisation des patients par diverses activités), les Habitations protégées, les SPAD (ser-



## • **Psychiatrie : l'amorce du virage ambulatoire** • **(suite)** • • • • • • • • • •

vice de soins psychiatriques à domicile), quelques travailleurs de l'hôpital, le cercle de médecine générale, Similes (association de familles de patients)... Douze mois de travail ont permis d'aboutir à la définition de ce qu'il fallait mettre en place pour venir compléter et renforcer les dispositifs : une équipe de seize personnes travaillant dans un lieu au centre ville, 24h sur 24, permettant d'accompagner les patients les plus lourds en concertation avec hôpital et les acteurs de l'ambulatoire, un comité de pilotage qui rassemble l'ensemble des partenaires, le tout accompagné d'une reconversion de lits psychiatriques en habitations protégées pour améliorer l'offre de logements spécifiques. Des partenariats sont également envisagés avec la société de logement social pour faciliter l'insertion des patients. Aujourd'hui l'ambulatoire tournaisien est prêt pour aller discuter d'une seule voix avec l'hôpital : un projet qui rentre parfaitement dans le cadre fixé par la Ministre Onkelinx est en cours de finalisation et sera présenté prochainement aux instances de l'hôpital psychiatrique.

Quelques chiffres éclairants : un lit psychiatrique coûte environ 7.000 euros par mois. Le financement du projet tournaisien devrait pouvoir se faire avec la fermeture d'une bonne dizaine de lits (l'hôpital en compte 700) et devrait permettre la prise en charge d'environ 200 patients. La reconversion d'un lit chronique (lit T, le moins cher), dans le cadre de la législation actuelle sur les habitations protégées (ou HP), permet de créer environ 6 places d'habitation protégée. Mais là aussi c'est l'hôpital qui décide, et c'est la raison pour laquelle très peu de HP ont été créés depuis la

reconversion forcée de 1990.

### •••• **Perspectives**

Cette réforme va dépendre en grande partie du bon vouloir des hôpitaux. La ministre a annoncé que c'était une première étape, avec des projets pilotes qui seront suivis de près et évalués. A notre sens, seuls quelques projets émergeront et pour en faire une véritable réforme généralisée, il faudra aller plus loin, de diverses manières. D'abord en rendant la transformation obligatoire, comme l'avait fait Philippe Busquin en 1990 en créant les HP et les MSP (maisons de soins psychiatriques) par une reconversion forcée. Ensuite, en affectant le financement à une autre structure que l'hôpital, pour éviter que l'ambulatoire ne devienne l'arrière-cour de l'hôpital. C'est une condition sine qua non pour que l'opération réussisse vraiment.

Enfin, en associant de manière systématique les acteurs de la première ligne généraliste (maisons médicales, médecins généralistes, infirmières à domicile, CPAS...) pour atteindre un objectif essentiel, à savoir la déstigmatisation et la réinsertion.

Un autre aspect mérite aussi réflexion : le financement actuel des hôpitaux par lit et par taux d'occupation. Un hôpital psychiatrique, comme tout hôpital, doit respecter un « taux de remplissage » optimal de ses lits pour garantir ses moyens financiers. Ce qui explique, en grande partie, qu'il n'y a jamais de place pour les entrées, et que certains patients, et notamment les chroniques les moins encombrants, y restent bien trop longtemps. Ce système n'est pas sain, et particulièrement en psychiatrie. Il faut lever cette obli-

gation, et donner des incitants pour la réintégration dans la société.

Il y a du pain sur la planche pour les maisons médicales, et pour le nouveau Gouvernement.