



La fonction psychiatrique et les maisons médicales

.....

Malgré des investissements importants, notre système de santé se montre peu efficace pour les personnes souffrant de maladies mentales graves. Il s'avère aussi peu équitable dans la mesure où il est incapable de prendre en compte les conditions de vie qui souvent déterminent la santé mentale et pèsent davantage sur les plus démunis. C'est pourquoi, il importe de recomposer notre système de santé mentale dans le sens d'un soutien aux intervenants non-spécialisés, intégrés dans le milieu de vie. A cet égard, les « projets 107 » qui invitent à reconvertir des moyens hospitaliers dans le milieu de vie peuvent être un pas dans la bonne direction.

.....

Il n'a pas d'ami. Il n'a plus de logement, ses souffrances sont lancinantes, il n'a plus d'activités sociales et a fortiori de revenu. Pour ces raisons et bien d'autres, ce personnage est pris en charge par le système social et de santé. Le soin qu'on lui accorde est relativement important puisqu'il est suivi 24h/24 depuis plus d'un an en hôpital psychiatrique. Sa triste situation, incongrue en regard des moyens affectés à l'améliorer n'a rien d'exceptionnel. Elle s'apparente à celle des quelques 4000 personnes hébergées dans les hôpitaux psychiatriques depuis plus d'un an¹.

Ce portrait n'est qu'un visage du problème, mais il permet de dessiner ce qui motive une réflexion sur la transformation du système de soins de santé mentale. Tout d'abord, celui-ci se révèle pour une part inefficace. Pour différentes catégories de personnes, il n'atteint ni les objectifs de soins, ni les visées de réhabilitation qu'il prétend réaliser. C'est le cas, par exemple, pour ces personnes qui restent à l'hôpital psychiatrique de façon durable, ou celles qui y entrent et sortent sans trouver les

ancrages nécessaires à la vie quotidienne dans la communauté.

Le problème de l'inefficacité du système est particulièrement manifeste pour les personnes qui souffrent de « maladies mentales graves et persistantes »². De nos jours, celles-ci pourront difficilement s'appuyer sur des services suffisamment adéquats qui leur permettent de vivre, d'aimer, de travailler ou d'élever des enfants dans leur environnement familial. En conséquence, ces personnes s'appauvrissent et leur souffrance reste en l'état. Les dommages sont aussi portés par les entourages qui désespèrent de trouver un peu de soulagement. Les préjugés sont subis par la communauté car ce processus contribue à perpétuer le préjugé selon lequel ces personnes sont incapables, irresponsables, voire dangereuses ; nous perdons alors une présence et une rencontre.

La question de l'efficacité du système en regard, notamment, des personnes souffrant de « maladies mentales graves et persistantes » se double d'un autre problème. Ce sont les personnes les plus meurtries socialement et économiquement qui recourent plus souvent que les autres à l'hôpital psychiatrique³. Le système actuel, essentiellement basé sur l'hôpital, ne parvient pas à prendre en compte ce qui se joue d'essentiel dans les situations : les déterminants sociaux de la santé mentale y sont des facteurs majeurs. Pour notre personnage dessiné en préambule, il est tout aussi question d'habitat, de revenu, de participation à la vie communautaire que de traitement de ses symptômes psychiatriques. Un deuxième défi à relever est celui de l'équité et des actions à mener sur des déterminants sociaux pour réduire les inégalités existantes en santé mentale.

Le défi est de construire des alternatives qui tiendront compte de ces deux aspects du problème :

- la question de l'efficacité du système invite à réfléchir - en se coltinant les situations les plus difficiles - aux visées que nous assignons aux soins de santé mentale. L'horizon est de penser à ce dont il s'agit dans le « prendre soin » en développant un paysage plus ouvert sur les dimensions de la vie quotidienne (habiter, apprendre, éduquer, travailler, aimer...);

Eliane Bailly,
psychologue,
Olivier Croufer,
chargé de mission
au centre Franco
Basaglia,
**Vanni Della
Giustina,**
psychologue,
membres du
Mouvement pour
une psychiatrie
démocratique dans
le milieu de vie.

1. 4731 personnes étaient hospitalisées dans des lits depuis plus d'un an en 2003, voir l'étude du KCE, Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T, reports 84B, 2008.

2. Nous faisons ici référence à cette catégorie largement reprise par les études scientifiques comme celle du KCE, Organisation des soins de santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante. Y a-t-il des données probantes ?, Reports 144B, 2010.

Mots clés : santé mentale, précarité, déterminants de la santé, virage ambulatoire, soins de santé primaires, inégalités de santé.

- la question de l'équité invite à nous interroger sur la façon dont vont s'organiser des processus et des coopérations sociales qui tiendront compte des disparités existantes en santé mentale. La réflexion dépasse dès lors le champ d'action spécialisé des services en santé mentale. Là aussi, il existe un paysage à composer au sein duquel la place des maisons médicales est à penser.

Nous parlerons peu du champ spécialisé de la santé mentale, bien qu'une transformation soit fondamentalement nécessaire à ce niveau. Ce secteur doit se recomposer pour faire du milieu de vie la base à partir de laquelle déployer une diversité de services. Il s'agit, notamment, de mettre en place des équipes suffisamment mobiles pour intervenir dans l'environnement social, en temps de crise comme dans la continuité. Il s'agit aussi d'organiser des services qui soutiennent l'activité sociale, économique et culturelle des personnes. L'efficacité de ce genre de services dans le milieu de vie est aujourd'hui suffisamment étayée par la littérature et des expériences belges ou étrangères pour qu'ils puissent enfin être progressivement systématisés en Belgique. C'est un des enjeux de la réforme en cours à travers les projets dénommés psy107⁴.

3. Par exemple, les personnes de la classe la plus faible encourent un risque de 60 % plus élevé d'utiliser les lits psychiatriques que la population de référence selon l'étude des Mutualités chrétiennes, Avalosse H. et al., Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes, Mutualités chrétiennes, 2008.

4. Plus d'information sur le blog PSY 107 (www.psy107.be) du service publique fédéral Santé publique.

Un paysage à recomposer où construire des lieux habitables

Avant d'être prise en compte comme maladie, la souffrance psychique mérite d'être activement contextualisée pour permettre une « connaissance située », condition indispensable pour prévenir tout processus d'aliénation et de ségrégation.

D'où l'importance qu'une telle démarche puisse être menée par des services généralistes de première ligne qui prennent en compte les facteurs communautaires, relationnels, psychiques et enfin somatiques de la personne, de là à permettre d'orienter les soins vers une approche globale de l'existence et de la souffrance.

La rencontre avec la personne en souffrance nous montre sa difficulté d'habiter son corps, sa maison, son travail, ses relations. Tout l'art

du soignant est de déceler les indications que la personne nous donne sur les failles qui sont ouvertes dans le paysage qui est le sien. Elle nous invite à nous engager dans un travail d'étayage à la fois individuel, communautaire et politique, à l'accompagner dans des trajectoires partagées, sur un territoire dont les contours se retracent ensemble : auxiliaire du Moi, passeur de paroles, le soignant est aussi passeur de liens. Cela amène le soignant à bouger, à entrer dans le paysage en question, à investir le territoire sur lequel il est amené à intervenir.

La liaison avec le milieu de vie de la personne devient dès lors une priorité d'ordre éthique et méthodologique : *primum non nocere* (d'abord ne pas nuire).

Les processus de délégation trop rapide aux services spécialisés psychiatriques ont pour effets délétères collatéraux la stigmatisation et la perte de sens.

La stigmatisation est parfois définitive : il n'est pas facile de sortir des circuits psychiatriques et de leur étiquetage une fois que l'on y est entré. La perte de sens concerne le collectif et est produite par la décontextualisation de la question portée par le symptôme, qui se retrouve évacuée vers un autre lieu : le diagnostic y est individuel plutôt que situationnel.

Cette perte de sens s'entend au niveau micro-social (famille, proches) comme à un niveau plus large.

Le soin ne peut donc être psychiatrique que s'il n'a de cesse de se déspecialiser. C'est sur ce paradoxe que repose son éthique (de transformation du sujet et d'un monde pour le sujet). C'est aussi la condition pour qu'existe une psychiatrie démocratique.

Perspectives de transformation en regard du projet 107

La réforme 107 invite à reconverter des moyens hospitaliers dans le milieu de vie.

Pour transformer le soin, il ne s'agit pas seulement d'exporter des moyens dans le milieu de vie, mais de penser et recomposer le paysage des institutions susceptibles d'étayer la fonction psychiatrique telle que nous l'avons définie.



Ce principe de déspecialisation doit être à l'œuvre dans cette recombinaison du paysage et dans l'attribution des moyens. Plutôt que de créer de nouveaux services, il nous paraît plus judicieux (et rigoureux) d'intégrer ces moyens tant humains que financiers dans les champs non-spécialisés :

- La médecine générale : médecins généralistes indépendants et centres de santé intégrés ;

- L'entourage proche et familial ;
- Le logement ;
- L'emploi, les activités à but social, la culture ;
- La citoyenneté, le monde associatif.

● La médecine générale

La médecine générale dite de première ligne est la porte d'entrée universelle ou de première adresse d'une souffrance qu'elle soit localisée dans le corps ou psychique, diffusée dans l'existence. L'intégration des soins psychiatriques au sein des soins primaires est une des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé⁵. Les tableaux psychiatriques occultent souvent la dimension strictement somatique qui risque d'être négligée dans le soin spécialisé.

En maison médicale, la mise en place d'une approche globale et pluridisciplinaire de proximité garantissant l'accessibilité des soins et la confrontation à un public précarisé a développé au sein des équipes les conditions d'intelligence nécessaires aux acteurs du soin, en l'occurrence psychiatrique.

Rencontrer la personne dans son milieu de vie (le domicile mais aussi le quartier) amène l'équipe à s'intéresser à l'univers matériel, relationnel du patient, à ce qui tisse son existence, à ses relations avec son gestionnaire de biens, avec son pharmacien, à tout ce qui peut être facteur de santé et de lien entre lui et les autres. Cette dimension du vivre ensemble est au cœur du projet des maisons médicales.

Ce travail demande une équipe pluridisciplinaire c'est-à-dire un groupe de personnes entraîné à l'exercice des consultations conjointes, de l'intervention et d'une pensée pluraliste et parfois divergente.

Dans cette équipe, tous les « niveaux » de soin sont à prendre en compte, sans hiérarchie,

ce qui permet de pointer l'attention sur des activités ou des ressources ignorées ou tenues pour négligeables et qui se révèlent centrales.

Cette mise à jour des formes non-reconnues du soin en équipe est sans aucun doute potentialisée dans une culture de travail où l'égalité reste une valeur centrale, tant au sein de l'équipe que par rapport aux patients et à leurs collectifs.

Participer à la réforme du 107 suppose que l'on soutienne l'identité généraliste et l'accueil non-spécialisé tout en réclamant des moyens pour :

- développer nos interfaces, tant avec le secteur des soins spécialisés psychiatriques qu'avec le monde associatif, de l'aide sociale et le secteur de l'aide à domicile : plates-formes de concertation, cellules de liaison entre acteurs du soin au sens large et financement de ces activités de liaison, dispositions permettant la circulation des idées et des ressources. La fonction psy à ce niveau appartiendrait à tous : cette capacité d'écouter, de lire les signaux ou indications sans les laisser lettre morte et de s'engager sans attendre la demande. La fonction du psy dans ce contexte sera de soutenir une lecture contextuelle des symptômes et une pratique de co-construction et d'étayage qui garantisse de l'ouvert ;
- développer des pratiques innovantes, de santé communautaire qui s'appuient sur les ressources de la personne et son expertise : groupes de gestion autonome des médicaments psychotropes, pairs-aidants... ;
- soutenir une pratique permanente de co-construction.

Les médecins libéraux devraient être financés pour développer des liens et des moments de concertation avec les services de coordination de soins à domicile ainsi que de concertation avec des plates-formes plus larges qui incluent les services d'insertion et de réhabilitation.

Les équipes mobiles et d'*assertive community treatment* (traitement assertif dans la communauté) prévues dans le cadre de la réforme devraient fonctionner en appoint de cette première ligne (trop souvent court-circuitée dans le système actuel où des hospitalisations se décident dans des situations d'urgence sans que soient alertés les soignants du milieu de vie).

5. Voir La santé mentale en soins primaires : améliorer le traitement et promouvoir la santé mentale, brochure téléchargeable sur le site de l'OMS. <http://www.wfmh.org/WMHD%2009%20Languages/FRENCH%20WMHD09.pdf>.

Les psychiatres se trouveraient alors en seconde ligne, leur expertise étant réorientée vers la prescription médicamenteuse et le soutien aux soignants et intervenants du milieu de vie.

Les centres de santé mentale développeraient des missions spécifiques qui viendraient compléter et étayer les ressources des centres de santé intégrés. Le recours à ces ressources comme soutien à la première ligne se ferait en évitant le processus de délégation décrit plus haut : suivant les fluctuations de l'intensité des interventions requises, les soignants de première ligne, au lieu de se défaire de la question, se font aider pour la traiter.

● L'entourage proche et familial

Des espaces de soutien et de relais de la parole des proches devraient être renforcés.

En médecine générale, on parle encore de « médecin de famille ». Lorsqu'une problématique psychologique apparaît dans ce cadre, elle interroge la figure du secret professionnel (individuel) en regard du groupe familial, toujours atteint par la maladie d'un de ses membres.

La réforme devrait s'atteler à re-penser les contraintes et ressources liées à ces mandats de médecin de famille.

● Le logement

D'autres initiatives que les habitations protégées ou lieux résidentiels spécifiques devraient être pensées en matière de logement : habitats mixtes solidaires, à vulnérabilité croisée (handicap physique / psychique, faible revenu / perte d'autonomie), représentation d'associations de patients dans les logements sociaux.

● L'emploi, les activités à but social, la formation, la culture, la citoyenneté

Les centres de revalidation fonctionnelle (CRF), ou des dispositifs de formation et insertion professionnelle spécialisés devraient trouver place au sein du FOREM et des lieux existants de formation (écoles).

Des moyens humains et financiers (réinjectés du budget de la santé mentale vers la culture) devraient être donnés aux centres créatifs et associations culturelles pour leur permettre de développer une politique d'insertion d'un public fragilisé et ainsi les reconnaître comme acteurs de santé.



Epilogue

Tous ces transferts de moyens financiers et humains peuvent se penser dans le cadre du budget et de l'enveloppe actuelle pour les soins psychiatriques.

Si ces transferts pouvaient s'opérer, on pourrait espérer que notre homme de départ ait un logement, des occupations dans un groupe d'entraide ou un réseau d'échange de savoirs, retrouvant place dans la cité, lieu habitable à nouveau hospitalier au sens premier du terme. ●