

# Réforme de la psychiatrie et milieu de vie : enjeux

**Youri Cael**, membre de BOOTSTRAP et coordinateur de Plate-forme de concertation pour la santé mentale Bruxelles et **Charles Burquel**, président de la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale.

**MOTS CLEFS :** santé mentale, politique de santé, organisation des soins, santé communautaire, représentation de la santé et de la maladie.

## Que dit la réforme ?

Avant d'aborder plus concrètement la réforme des soins en santé mentale initiée en 2010 tant par l'autorité fédérale que par les entités fédérées (communautés et régions), il convient de faire un petit détour par la conférence européenne des ministres de l'Organisation mondiale de la santé (Helsinki en janvier 2005) qui reconnaît que « *la santé mentale et le bien-être mental sont des conditions fondamentales à la qualité de vie et à la productivité des individus, des familles, des populations et des nations et confèrent un sens à notre existence tout en nous permettant d'être des citoyens à la fois créatifs et actifs* ».

En 2007, l'autorité fédérale lançait les projets expérimentaux intitulés « projets thérapeutiques » dont l'objectif était d'initier des collaborations entre structures intra-hospitalières et extra-hospitalières et de mettre le patient au centre des dispositifs de soins, notamment via la concertation autour de celui-ci. Les enseignements issus des « projets thérapeutiques » et des nombreuses visites exploratoires de modèles de soins européens (Lille, Birmingham,...) ont amené l'ensemble des ministres compétents en matière de santé publique à proposer, via l'implémentation de l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux, une organisation des soins qui puisse progressivement évoluer

*Les réformes en santé mentale initiées dans divers pays européens portent toutes en elles une volonté politique de désinstitutionnalisation. Toutefois, pour les auteurs de cet article, il importe de questionner l'application sur le terrain de ces nouvelles politiques. Dans cette perspective, ils explorent ici la notion de milieu de vie. Comment intégrer le milieu de vie dans le travail au quotidien ? Comment tenir compte du contexte de vie des patients ? Quelle place pour le travail de proximité et le vivre ensemble dans un territoire de soin prédéfini pour des raisons essentiellement financières et administratives ? Quels sont les institués-instituants*

vers une nouvelle culture du soin. Le modèle préconise d'associer dans une approche globale et intégrée l'ensemble des dispositifs.

L'essence même de cette réforme qui tend « *vers la mise en place de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuits et réseaux de soins* » est intéressante car elle axe davantage les soins en santé mentale sur la collectivité, propose de transformer l'offre essentiellement résidentielle en des soins plus différenciés et de se baser sur les besoins de la personne en partant de son milieu de vie.

En outre, le fait que cette réforme soit le fruit d'une concertation entre tous les ministres de la Santé et qu'elle tente de se réaliser sur base d'une large concertation entre le monde politique et les professionnels du secteur doit être perçu comme un élément relativement positif. Cela dit, la réforme que l'on pourrait qualifier de tentative d'amélioration des soins en et à partir de l'hôpital psychiatrique, ne doit pas nous empêcher de questionner son application sur le terrain, son appropriation par le secteur et la population. Il s'agit d'établir une cohérence qui respecte les spécificités communautaires, régionales et sous régionales.

Plus concrètement, la réforme préconise que les réseaux et circuits de soins, sur un territoire délimité,

remplissent cinq fonctions primordiales, à savoir ; (1) la prévention, la promotion de la santé, le dépistage précoce et la pose du diagnostic, (2) le traitement intensif en ambulatoire via la constitution d'équipes mobiles d'intervention tant pour les problématique aiguës que chroniques, (3) la réhabilitation psychosociale, (4) le traitement intensif résidentiel et (5) l'hébergement spécifique.

Je cite ici Sandrine Rastelli, psychologue et responsable thérapeutique de la Fabrique du pré, qui écrit : « *En d'autres termes, la volonté politique est de regrouper, sur un même territoire délimité, un accès aux soins en santé mentale le plus étoffé et diversifié afin de maintenir le plus possible les personnes dans leur tissu social et leur environnement d'origine et ce, sans oublier d'élargir la réflexion aux autres secteurs de la vie sociale et économique* ».

Nous sommes évidemment sensibles à cette volonté politique de désinstitutionnalisation mais il semble important de s'interroger sur l'impact de ce modèle sur la qualité et l'efficacité des soins. Quelle place pour « le prendre soin », en dehors de toute obligation de résultat ? Quelle place pour le « *care* » dans un monde qui prône des politiques d'activation et sanctionne de plus en plus tout ce qui s'éloigne de la norme ? Comment per-

compte des conséquences sur la santé physique et mentale de ces problèmes sociaux. Ce n'est pas en médicalisant, en psychologisant ou parfois même en psychiatisant le social que nous allons résoudre ces questions. L'exemple des réfugiés politiques est assez significatif à ce sujet. Beaucoup de leurs problèmes pourraient être résolus s'ils pouvaient bénéficier d'un accueil adéquat et pensé.

### **Milieu de vie : comment le penser dans notre travail ?**

Au décours de la Deuxième guerre mondiale, l'Europe a développé de nouvelles politiques de santé mentale qui voulaient tenir compte de l'importance du contexte de vie des patients. Il fallait rompre avec l'univers concentrationnaire des asiles. En France, Tosquelles et Oury ont insisté sur la nécessité de soigner l'institution/établissement et ont, avec Bonnafé, favorisé l'organisation du secteur psychiatrique (découpage territorialisé de soins psychiques dans la cité).

Basaglia en Italie a provoqué la fermeture des hôpitaux psychiatriques et créé des unités de traitement étayées sur des coopératives afin de favoriser la participation de la société civile à l'accueil des malades mentaux.

## **La question d'une éducation générale du grand public au trouble mental se pose d'une manière particulièrement importante dans le cadre de cette réforme.**

mettre à la personne de trouver son propre chemin au sein d'un réseau préétabli de professionnels ? Comment proposer une approche globale et intégrée dans un contexte où l'aide aux personnes et le soin représentent des compétences ministérielles séparées, où le secteur de la santé mentale est à ce point diversifié et morcelé, où les liens avec d'autres secteurs, tels que l'emploi, le logement, la culture,... sont plutôt d'ordre instrumental, où les troubles psychiques d'origine sociale ne cessent d'augmenter la cohorte des sollicitations à l'encontre du secteur pour un financement à peine différent ?

En effet, l'insuffisance des moyens en santé mentale se fait d'autant plus sentir que les professionnels officiant dans le secteur des soins en santé mentale doivent faire face à une augmentation des demandes de prise en charge pour une souffrance psychique d'origine sociale (liée à la précarité, à l'organisation du travail ou induite par nos propres structures d'aide et de soins, parfois même à la violence de l'état). Ce phénomène est manifeste et il est important que le politique tienne

La Belgique n'a pas été en reste. C'est ainsi que se sont institués des services de santé mentale, des services de psychiatrie en hôpital général, des structures psychosocio-thérapeutiques... ainsi que de multiples initiatives collectives liées à la société civile. Ces structures ambulatoires ne sont pas financées par le fédéral et ont une culture psychiatrique différente des hôpitaux. Elles ont une vision psychodynamique du psychisme et des ouvertures vers le sociétal. Dans les années 90, lors d'une précédente réforme de la psychiatrie, sont nées les initiatives d'habitations protégées, les projets pilotes de soins psychiatriques à domicile, les équipes d'outreaching. Ces deux derniers projets touchent une population qui n'accède pas aux services de soins, sans doute parce qu'elle ne correspond pas aux attentes des professionnels.

En outre, il convient de préciser que de nombreux autres professionnels effectuent un véritable travail de proximité. Nous pensons notamment aux services sociaux, aux éducateurs de rue, aux services d'aides

*Quelle place pour 'le care' dans un monde qui prône des politiques d'activation et sanctionne de plus en plus tout ce qui s'éloigne de la norme ?*



aux victimes, aux équipes de soins à domicile,... Et au centre du dispositif, nous ne pouvons oublier les médecins généralistes. Tous ces professionnels ont acquis des compétences dans le suivi des personnes et de leur entourage. Cela dit, la multiplication des interventions est parfois génératrice de problèmes en ce sens qu'elle induit une forme d'enfermement hors les murs (« extérieurement ») en soumettant les bénéficiaires à de multiples contraintes, laissant peu de place à la subjectivité... A ces professionnels s'ajoutent ceux liés directement à la santé mentale. Comment tenir compte de ce potentiel énorme, multiple et diversifié mais dispersé. C'est sans doute pour cela que toutes ces structures ne cessent de tenter d'échanger entre elles au risque de déposséder les personnes concernées de leurs problèmes. Ceux-ci sont externalisés de leur contexte et deviennent des questions qui font plus que débats entre professionnels.

Les paradigmes médicaux trop souvent mis en avant (l'aigu et le chronique, le *care* et le *cure*, l'urgence et la crise, causalité linéaire, diagnostic réducteur, rapport à la norme, négociation avec le patient peu envisagée...) sont insuffisants pour aborder une réalité plus complexe. Le travail dans le milieu de vie doit être compris comme un

C'est justement pour travailler en interface avec ce qui fait lien social, milieu de vie, que nous parlons de territoire qui se veut géographique et administratif. Il serait sous la responsabilité d'équipes de soins intégrés composées entre autres d'un pôle accueil des demandes dans leur complexité avec la possibilité de réponses singulières, d'un pôle soins à domicile, d'un pôle consultation... étayés sur des projets de logement et d'activités diverses (culturelles)...

### **Comment une société peut-elle prendre en charge ses malades mentaux ?**

Comment les populations et leurs autorités locales peuvent-elles prendre en considération les questions liées à la folie et éviter ainsi d'en faire seulement une question de spécialiste ? Comment éviter les stigmatisations à la base de discriminations multiples ? La réponse à ces questions se trouve par exemple dans l'accueil des personnes en souffrance dans des lieux généralistes et aspécifiques.

La question d'une éducation générale du grand public au trouble mental se pose d'une manière particulièrement importante dans la réforme. La participation de la

## ***Le projet d'insertion ne peut se penser sur le mode d'une adhésion à des idéaux d'intégration sociale supposée normale.***

véritable travail clinique d'(ré)insertion, comme une continuité de présence qui laisse la place à autrui et permette le cheminement individuel. Le projet d'insertion ne peut se penser sur le mode d'une adhésion à des idéaux d'intégration sociale supposée normale. Il s'agit de reconnaître la spécificité des trajectoires de vie, mais aussi la contingence des institutions mises en place. Aucun modèle ne peut prétendre à un quelconque privilège thérapeutique. Nous pouvons dire que, plus que les dispositifs variés et multiples mis en place, ce sont les dispositions psychiques des intervenants qui priment dans ce type de travail.

Comment ne pas être tout pour les personnes rencontrées et pouvoir travailler à la fois en décloisonnant nos systèmes d'aide et de soins (les rapports complémentaires de partenariat) et en tenant compte de ce que la société secrète (ou non) elle-même comme manières de se relationner, de vivre ensemble (le travail en interface) ? Ce sont ces institués-instituants qui font le lien social. Nous en avons beaucoup d'exemples : organisations sportives, culturelles, religieuses, familiales, communautaires...

société à cette réflexion peut se faire à travers des lieux d'expériences liés à des activités diverses ouvertes à tous, et où sont prévus des temps de partage des vécus de chacun.

Il s'agit de réactiver les systèmes d'échanges présents dans nos sociétés et de prendre en considération l'apport sur le plan symbolique des laissés pour compte (entre autres les malades mentaux). Il importe aussi de combattre le stéréotype de la « dangerosité » des personnes en souffrance psychique d'autant plus prégnant qu'il est renforcé par les médias. Il ne correspond à rien de scientifique ; à l'inverse, ce sont plutôt ces malades qui sont fréquemment l'objet d'agression.

A Bruxelles, dans le cadre des 'projets 107', on observe une mobilisation importante des personnes et des équipes du secteur de la santé mentale. Les projets présentés (et pour certains acceptés) sont très différents les uns des autres, mettant l'accent sur le développement d'activités tantôt à partir de l'hôpital, tantôt à partir de

l'ambulatoire. Certaines fonctions sont travaillées avec le maximum de personnes concernées. Tous les projets tentent d'intégrer les usagers, leurs familles et les associations qui les représentent. Par contre, il y a peu d'actions avec les politiques qui s'occupent du local, la société civile,... elles se limitent à de l'information.

Nous manquons d'outils pour réfléchir nos projets en termes de santé publique. La Plate-forme pourrait être plus utilisée à cette fin car elle joue un rôle important de trait d'union entre le terrain, l'administration et le politique. De plus, l'Observatoire de la santé et du social nous permet une meilleure connaissance des dynamiques sociales et de la situation sanitaire de notre ville région.

### Brèves conclusions

Le pluralisme des services et des pratiques qui ne fait que s'amplifier. Il n'est pas toujours accepté comme un « bien » politique. La tradition psychiatrique liée à l'hospitalier a tendance à décontextualiser le traitement de la maladie mentale. Les dogmes et les problèmes rencontrés en sont relativement connus. Le travail en ambulatoire a tendance à privilégier une alliance entre pratiques psychodynamiques et institutionnelles riche en coordination multilatérale. Les difficultés rencontrées y sont moins bien repérées. Il y a par exemple un risque de ne pas tenir compte des problématiques aiguës et de s'orienter vers une population présentant moins de difficultés d'inclusion ou de réinsertion.

La réforme de la psychiatrie nous invite à travailler à partir de l'ambulatoire. Pour changer nos mentalités, ne devrait-on pas parler d'extra-ambulatoire plutôt que d'hospitalier ? ■

### Références

---

- ♦ De Munck Jean, *Santé Mentale et citoyenneté: les mutations d'un champ de l'action publique*, Academia Press, 2003 – 180 pages.
- ♦ Rastelli Sandrine, *Circulons! Circulons! Pourvu que nous puissions boire un café ensemble – Pour qu'une trajectoire de soins ne soit pas exempte de déambulation dans Penser l'espace, Initier la circulation*, Une publication de l'asbl. La Traversière, 2010 – 120 pages.
- ♦ *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et réseaux de soins -2010.*
- ♦ *Conférence ministérielle européenne de l'Organisation mondiale de la santé sur la santé mentale: relever les défis, trouver des solutions* – Helsinki, 12-15 janvier 2005 (EUR/04/5047810/6).
- ♦ *Rapport de la Fédération des services de santé mentale bruxellois francophones, Les services de santé mentale bruxellois francophones et la réforme des soins en santé mentale* – Bruxelles, 2011.
- ♦ *Rapport de la Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale réalisé en collaboration avec l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, Spécificités de la Région de Bruxelles-Capitale en rapport avec l'organisation des aides et des soins en santé mentale*, Bruxelles, 2010.
- ♦ «Mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie», *Cahier de propositions politiques* – Liège, 2011.
- ♦ Jean Oury, *L'aliénation*, Editions Galilée, 1992 Paris.
- ♦ Francois Tosquelles, *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, Edition Eres, 2009 (1ère édition 1967).