

SANTÉ MENTALE : LA RÉFORME SE POURSUIT /

Depuis ses débuts en 2010, la réforme en psychiatrie 'psy 107' a déjà été largement abordée dans Santé conjugulée¹. Rappelons qu'elle répond à des directives de l'Organisation mondiale de la santé recommandant la désinstitutionnalisation, ce qui est bien nécessaire en Belgique : ce pays est champion, avec Malte, du nombre de lits psychiatriques - 15 fois plus qu'en Italie. Une nouvelle phase de la réforme s'amorce aujourd'hui ; les enjeux sont importants, y compris pour les maisons médicales. Analyse critique d'Olivier Mariage.

Olivier Mariage, médecin généraliste, directeur de la maison médicale Le Gué à Tournai, permanent politique à la Fédération des maisons médicales.

Une réforme nécessaire

L'Organisation mondiale de la santé recommande de fermer progressivement les lits psychiatriques et d'affecter les moyens ainsi dégagés à des dispositifs permettant d'accompagner les patients dans leur milieu de vie ; cela a été bien précisé dans la déclaration d'Helsinki, signée par la Belgique en 2005. Dans ce processus, les centres de soins de santé primaires (donc chez nous, les maisons médicales), sont appelés à jouer un rôle croissant.

Le budget des hôpitaux psychiatriques a augmenté de 53% en 10 ans, en plus de l'inflation, comme le reste du budget de l'INAMI. Il atteint 1,305 milliard d'€ en 2015. Fermer la moitié des lits psychiatriques permettrait de dégager 652 Mo € pour la Belgique, et donc 202 Mo € pour la Wallonie. Si ce chiffre ne vous parle pas, sachez qu'il correspond approximativement au financement de 4000 emplois.

(source service public fédéral)

1. « Les maisons médicales à l'ère du 'psy 107' », Olivier Mariage, *Santé conjugulée*, mars 2015 ; « Psychiatrie : l'amorce du virage ambulatoire », Olivier Mariage, *Santé conjugulée*, avril 2010.

En 2010, le fédéral a lancé un appel à projets aux hôpitaux psychiatriques, les invitant à « geler » un certain nombre de lits, et à consacrer les moyens dégagés en personnel à la constitution d'équipes mobiles chargées d'assurer un suivi à domicile. Parallèlement, des réseaux sont constitués autour de cinq fonctions (en bref : prévention et dépistage, suivi à domicile, réinsertion sociale, hospitalisation et logement).

Du côté francophone, 6 projets ont vu le jour en Wallonie (Tournai, Mons/Leuze, Manage, Namur, Liège et Verviers) et 2 à Bruxelles (Titeca/UCL et Hermes). Pour amorcer la pompe, chacun de ces projets a reçu une enveloppe annuelle de 400.000 € pour le fonctionnement du réseau, 225.000 € pour les honoraires des psychiatres et 100.000 € pour le salaire du coordinateur.

Nouvelles directives : on avance ... ?

Ces projets pilotes ont fait l'objet d'une « évaluation » en 2015, ils se terminent et l'on entre donc dans une phase structurelle. Cette évaluation a été pour le moins succincte : du pur *top down*. Le service public fédéral s'est contenté de regarder si les projets étaient bien rentrés dans le moule ; les acteurs de terrain n'ont pas réellement eu l'occasion de faire leur analyse. Le modèle n'a pas été questionné. Or n'est-ce pas là l'intérêt des projets pilotes ? Le service public fédéral a donné, de manière informelle (rien n'a été officialisé), ses directives pour les années qui viennent. En résumé :

on continue de la même manière, mais il faudra couvrir tout le territoire, il ne pourra pas y avoir d'overlap (recouvrement), l'enveloppe des 400.000 € destinée au fonctionnement est supprimée, les équipes mobiles devront comporter huit équivalents temps plein pour 100.000 habitants, le territoire de chaque réseau devra comporter un hôpital psychiatrique.

Cette volonté d'avancer est bien évidemment réjouissante, mais de nombreuses questions restent posées.

remettre une couche avec la constitution des réseaux santé mentale enfants-ados qui, eux, doivent coller aux provinces...

Ajoutons que les services de soins palliatifs, les centres locaux de promotion de la santé - CLPS, les services intégrés de soins à domicile - SISD..., eux aussi, ont chacun des territoires différents.

Or, si l'on défend l'idée que le centre du système de santé doit être le patient dans son milieu de vie, il est

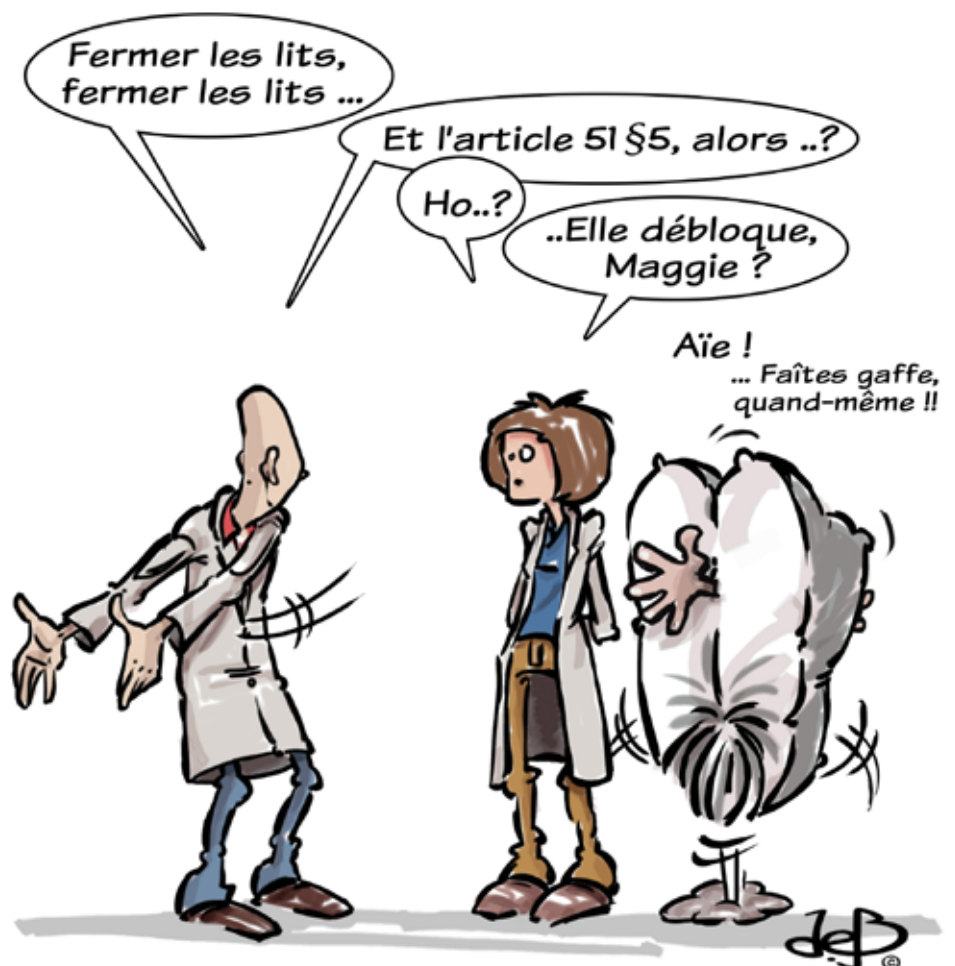
Les réseaux resteront informels ; c'est la meilleure manière de laisser les hôpitaux, qui concentrent les moyens, au centre du dispositif.

Aucune directive concernant les territoires

C'est aux réseaux de négocier entre eux ; les pouvoirs publics n'interviendront qu'en cas d'impossibilité de conclure. On appréciera le fait de laisser le terrain décider, mais ceci pose la question de la territorialisation.

Dans les réseaux, les poids lourds sont les hôpitaux, qui ont leurs propres « zones d'influence ». Ils pèseront donc de tout leur poids dans la négociation. Or, la première ligne dispose déjà d'une territorialisation officielle (les « zones de soins » en Wallonie) qui est en phase avec les cercles de médecine générale et les centres de coordination : si les pouvoirs publics souhaitent que les généralistes s'impliquent plus dans le travail de réseau, il importe de faire en sorte que l'on partage des territoires communs. D'autant plus que la complexité territoriale en santé mentale est déjà énorme aujourd'hui : réseaux, plateformes, soins psychiatriques à domicile - SPAD et réseaux assuétudes ont des territoires différents. On vient d'en

clair que le système doit se construire à partir de la première ligne (niveau de proximité) ; la seconde ligne doit venir en appui et s'emboîter autour de la première. Ce n'est pas cela qui se profile, mais bien une deuxième ligne construite à partir des zones d'influence des hôpitaux. L'hôpital reste au centre : le patient, comme les soignants, n'ont qu'à s'adapter.



Obligation de présence d'un hôpital psychiatrique

Ce deuxième point pose aussi problème, parce que la répartition des hôpitaux psychiatriques est très inégale sur le territoire : deux fois plus de lits (et donc de financement) en Flandre qu'à Bruxelles, et une situation intermédiaire en Wallonie, où la répartition est très variable. Ainsi par exemple, Tournai et ses environs ont environ 500 lits pour 150.000 habitants ; la région de Charleroi, qui compte 350.000 habitants, dispose d'environ 200 lits psychiatriques dans des hôpitaux généraux, mais n'a pas d'hôpital psychiatrique à proprement parler. Il en résulte que Charleroi devrait se rallier à Manage pour créer un réseau qui couvrirait plus de 500.000 habitants : mais quel serait le sens de cette fusion pour les acteurs de première ligne, alors que Charleroi et le centre ont leur dynamique propre ? Comment pourrait fonctionner un réseau de cette

retenue. Les réseaux resteront informels ; c'est la meilleure manière de laisser les hôpitaux, qui concentrent les moyens, au centre du dispositif.

Le grand soir, c'est pour demain ... ?

Il y avait pourtant moyen de s'y prendre autrement. La grosse difficulté dans cette matière, c'est que la santé mentale hospitalière ressort du niveau fédéral, tandis que la santé mentale ambulatoire est régionalisée. Il semble donc en théorie impossible d'utiliser des budgets issus de la fermeture de lits pour financer des dispositifs qui sont de la compétence des entités fédérées : logement, services de santé mentale, services d'insertion...

Sauf que... Lors des négociations sur la sixième réforme de l'Etat, cette question de la réforme de la santé mentale a été mise sur la table pour prévoir un mécanisme

L'hôpital reste au centre : le patient, comme les soignants, n'ont qu'à s'adapter.

taille ? Travailler en réseau, c'est d'abord apprendre à travailler ensemble. Avec des milliers d'acteurs, c'est impossible.

De plus, la mauvaise répartition des moyens sur le territoire va se poursuivre. Quand tout allait à l'hôpital, ce n'était pas trop gênant, puisqu'on peut être hospitalisé loin de son domicile. Mais à partir du moment où le patient se trouve à domicile, les services doivent être disponibles à proximité. Il y aura donc des zones suréquipées, et d'autres quasi désertes...

Suppression de l'enveloppe des 400.000 €, qui peut être compensée par la fermeture de lits

Il faudra faire plus avec moins... : pas un euro pour financer la première ligne et tout ce qui est nécessaire pour réussir cette réforme - création de logements adaptés, financement de la fonction psychosociale dans les maisons médicales, services ambulatoires de santé mentale, dispositifs d'activités et de réinsertion, etc. Où vont aller loger les patients qui sortiront des hôpitaux et qui n'ont plus de domicile ? Ironont-ils grossir le flot des sans-domiciles fixes ?

Le financement continuera à transiter par les hôpitaux qui financeront « leurs » équipes mobiles avec le produit de la fermeture des lits

Les équipes de recherche avaient suggéré de créer une structure pour les réseaux : cette proposition n'a pas été

rendant ces transferts possibles. Cette disposition a été transposée dans la loi de financement (votée aux 2/3 du parlement) du 6 janvier 2014. L'article 51§5 dit ceci : « *Chaque communauté ou la Commission communautaire commune peut conclure avec l'autorité fédérale un accord de coopération ayant pour objet la reconversion de lits hospitaliers en vue de la prise en charge de patients, en dehors de l'hôpital, par un service relevant de la compétence de la communauté ou de la Commission communautaire commune. Dans ce cas, cet accord de coopération prévoit que des moyens supplémentaires sont accordés à la communauté, aux communautés ou à la Commission communautaire commune parties à cet accord de coopération. Ces moyens ne peuvent excéder le coût des lits hospitaliers reconvertis.* ».

Il est donc tout à fait possible de fermer des lits psychiatriques et d'en transférer les moyens financiers vers les communautés (et, du côté francophone, vers les régions en vertu des accords de la Sainte-Emilie) pour que celles-ci mettent en place tout ce qui est nécessaire à la prise en charge des patients en ambulatoire, sans passer par les hôpitaux. Pourquoi n'a-t-on pas emprunté cette voie ?

Nous nous en tiendrons à quelques hypothèses.

Les hôpitaux voient évidemment d'un très mauvais œil qu'on leur enlève des moyens, ce qui est compréhensible. Et leur pouvoir d'influence est considérable puisqu'au fédéral, l'organe consultatif est

le Conseil national des établissements hospitaliers - CNEH : on n'y retrouve que des fédérations hospitalières, la première ligne est absente. Jusqu'il y a peu, il y avait un département « première ligne » au service public fédéral : avec la sixième réforme de l'Etat, il a tout simplement été supprimé.

Les syndicats ne sont pas chauds non plus : ils craignent que dans l'opération de transfert, on en profite pour faire des économies et raboter l'emploi. Ce n'est pas notre objectif, évidemment.

Un accord de coopération n'est pas chose simple à réaliser : il nécessite l'accord des différents gouvernements concernés, et un aval des parlements. Cela demande du temps et de l'énergie, et surtout de la volonté politique.

Les pouvoirs publics ont d'autres fers au feu pour le moment. Maggie Deblock prépare une réforme de la nomenclature (c'est un chantier titanesque), une réforme du financement des hôpitaux (un très gros morceau également) et une révision de l'arrêté royal 78 relatif aux professions de santé. Et du côté des régions, la priorité, c'est de mettre en place les organismes d'intérêt public, comme l'INAMI qui seront chargés de gérer les compétences transférées par la 6^{ème} réforme de l'Etat, et de « digérer » cette réforme.

Mais il n'est jamais trop tard pour bien faire. Pour nous, puisque la Belgique compte au moins deux fois trop de lits psychiatriques (par rapport à la moyenne européenne), le bon sens serait de fermer progressivement ces lits - d'abord là où il y en a le plus - et de transférer les budgets aux régions pour mettre en place des dispositifs ambulatoires bien répartis sur le territoire, en activant ce mécanisme de l'article 51. Ce serait aussi l'occasion de doter la première ligne de moyens nouveaux et, par exemple, de pouvoir financer la fonction psychosociale dans les maisons médicales.

Mais pour le moment tout indique que la politique des prochaines années restera centrée sur les hôpitaux plutôt que de répondre aux vrais besoins des patients. On avait un peu d'espoir en voyant arriver Maggie Deblock, médecin généraliste, aux commandes de la santé publique. Le grand soir ne semble pas encore arrivé... à moins que ? ■