

>> Les cahiers

de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale

Aux portes du soin

l'accessibilité en santé mentale

IWISM

INSTITUT WALLON
POUR LA SANTÉ MENTALE



RÉGION WALLONNE

Avec le soutien du Cabinet
du ministre des Affaires
sociales et de la Santé



Synthèse des travaux
sur l'Accessibilité aux soins
en santé mentale
et Actes du Colloque
Charleroi, le 3 février 2006

Merci, pour leur contribution à cette réflexion, à :

Ghislaine Adrianssens, Sandrine André, Carole Bachely, Alain Bachy, Jérôme Backx, Pierre Baldewyns, Martine Baudin, Virginie Bellefroid, Jean Bergen, Marie-Béatrice Bergen, Jean-Paul Bernard, Jean-Marc Bienkowski, Christiane Bontemps, Marie-Claire Bousmanne, Jean Broekaert, Muriel Burllet, Yves Cartuyvels, Valentine Charlot, Alain Cherbonnier, Yvette Claus, Marion Commerce, Jacqueline Cornet, Claire Couder, Carine Culot, Lydia Curkovic, Agnès Darquenne, Patrick Declerck, Françoise De Keyser, François Delforge, Yves Delforge, Bénédicte Delhaye, Isabelle Delliège, Martine Delporte, Caroline Delsaux, Nicole Demeter, Sophie Derval, Stéphanie De Schaetzen, Annick Devaux, Didier De Vleeschouwer, Chantal Dion, Sabrina Dion, Delphine Doucet, Ingrid Dropsy, Françoise Duesberg, Paulette Duhaut, Henri Dupont, Séverine Dupont, Valérie Fabri, Lucienne Fauconnier, Micky Fierens, Luc Fouarge, Céline Frère, Marie-Louise Fressy-Meunier, Anne-Pascale Galloy, Jean-Louis Genard, Muriel Genette, Sylvie Gérard, Vincent Gérard, Jacqueline Gihousse, Christine Gosselin, Claire Grandjean, Isabelle Guebenne, Véronique Guillaume, Laurence Guilmet, Catherine Hector, Denis Henrard, Chantal Hérion, Stéphane Hoyoux, Pascale d'Hulster, Muriel Humblet, Paul Jacques, Anne Jaumotte, André Jonart, Maurice Lamy, Francine Lange, Jean Laperche, Micheline Legaux, Martine Lemasson, Hugues Leroy, Liliane Leroy, Michèle Loiseau, Patricia Longrée, Thierry Lottin, Sylvie Maddison, Monique Maréchal, Marie Marganne, Dominique Masy, Anne-Marie Médard, Nicolas Miest, Paule Monty, Sylvie Mouillet, Viviane Nezer, Bernadette Nicolas, Stéphanie Nicolas, Colette Nigot, Rita Notarnicola, Virginie Olivier, Anne Peeters, Daniella Randrianasolo-Lamoline, Florence Renard, Philippe Renard, Marie-Madeleine Robert, Christine Rottiers, Carine Serano, Fabienne Simon, Patricia Smits, Robert Sterck, Bernadette Taemans, Emmanuel Thermolle, Luc Tiberghien, Brigitte Tilmant, Cinzia Tolfo-Agoni, Murielle Truillet, Francis Turine, Maryse Valfer, Françoise Vandaele, Patrick Vandergraesens, Benoît Van Tichelen, Christelle Vastrade, Annie Verbeeck, Christiane Vienne, Maryline Vincent, Christine Volvert, Thierry Wathelet, Nadine Wauthier, Fabienne Willem, François Wyngaerden ...

et l'ensemble des participants au colloque du 3 février 2006.

Coordination et synthèse : Sylvie Maddison et Virginie Olivier - IWSM

Relecture : Delphine Doucet - IWSM

Editeur responsable : Christiane Bontemps – IWSM

rue Henri Lemaître, 78 – 5000 Namur

Cahier 3

Juin 2006

Aux portes du soin :
L'accessibilité en
santé mentale

Avertissement

Le matériel proposé ici à la réflexion s'appuie sur des avis, des témoignages, des réactions, ... recueillis selon une méthodologie ancrée sur la parole de gens. Cette richesse du matériau d'analyse constitue aussi une difficulté du travail dans la mesure où il est parfois difficile d'extraire les aspects subjectifs et affectifs qui le rendent unique.

La prudence doit donc prévaloir quand il s'agit d'interpréter les données reçues. Celles-ci n'ont bien évidemment pas valeur de vérité en soi, certaines sont même à prendre avec des « pincettes » et demanderaient à être vérifiées ultérieurement.

Tout leur intérêt réside dans le fait de pouvoir, à partir des éléments relevés, dresser des hypothèses non pas élaborées théoriquement mais bien directement issues de ceux - professionnels, partenaires ou usagers - qui ont l'expertise de leur expérience.

Entendre les paroles, confronter les discours, croiser les avis, chercher à comprendre ensemble, correspond au travail qui a été mené et à l'analyse qui en a été faite.

Qu'elle soit prolongée par chacun qui pourra à son tour se l'approprier, la compléter de sa propre expérience pour la faire évoluer.

Plus qu'une fin en soi, ce cahier vient ponctuer un temps d'une réflexion qui ne peut s'envisager que dans la durée, pour se traduire progressivement en actes, sur le terrain de la santé mentale.

En santé mentale, les besoins peuvent se décliner à l'infini et l'offre semble foisonner bien au-delà des seuls services de soins... Comment la personne en souffrance pourra-t-elle, si cela s'avère nécessaire, trouver « le bon soin, au bon endroit, au bon moment » ? Comment le service de soins en santé mentale pourra-t-il se mettre au diapason de cette mosaïque de demandes ?

La question de l'accessibilité est multiple et particulièrement vaste. Elle renvoie au concept même de santé mentale qui nécessite une lecture plurielle de l'individu dans ses différentes dimensions : psychologique, somatique, culturelle, sociale, ...

En amont, elle nous amène à nous interroger sur les besoins en santé mentale et sur ce qui pousse les gens, à un moment donné, à chercher de l'aide et à croire qu'il peut y avoir, comme par magie, une réponse toute faite à toute difficulté de vie.

En aval, elle ouvre sur une certaine façon de s'intéresser aux soins qui prend en compte l'ensemble des réponses possibles, non seulement les « soins » qui se définissent comme tels, mais également les pratiques qui visent – directement ou indirectement - un « mieux-être ». Elle s'intéresse ainsi aux soins psychiatriques, aux interventions psychothérapeutiques, aux traitements médicamenteux, à l'accompagnement psychosocial, ... et à tout ce qui « fait soin » : de l'écoute attentive d'un ami à la présence quotidienne de l'aide familiale en passant par l'association de quartier cherchant à renouer du lien social ou le soutien de l'éducateur au jeune en décrochage.

Cette perspective est extrêmement vaste. Elle témoigne de la singularité et de la complexité de l'être humain et renvoie à d'incontournables questions sur le champ de la santé mentale. De quoi se demander, une fois de plus, comment arriver à combiner logiques individuelles et collectives et à articuler aspirations personnelles et impératifs de santé publique.

Autant de bonnes raisons pour l'IWSM de s'intéresser à l'accessibilité en santé mentale. Pour y arriver, impossible de faire l'impasse sur une série de réflexions et d'interrogations qui se situent bien au-delà des soins. Le propos de ce cahier sera donc partiel, puisqu'il vient ponctuer une première étape centrée sur l'accessibilité aux soins, limitant ses investigations à l'accès aux 6 catégories de services spécialisés en santé mentale : services de santé mentale, hôpitaux psychiatriques, services psychiatriques en hôpital général, initiatives d'habitations protégées, maisons de soins psychiatriques, services conventionnés avec l'INAMI.

Suite à un travail de recherche et d'investigation dans la littérature et auprès des différents acteurs de santé mentale, ce cahier propose des repères pour favoriser l'accessibilité aux soins en santé mentale.

Une réflexion menée par et pour tout qui se sent concerné : usager, famille, intervenant psycho-médico-social, professionnel de la santé mentale ou responsable de la gestion et du suivi du secteur, conscient du chemin que l'on peut encore parcourir dans le domaine de l'accessibilité aux soins en santé mentale et prêt à y prendre part de façon active.

Outre les pistes proposées par les acteurs, traduites sous forme de recommandations, ce cahier n°3 de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale reprend les actes du colloque qui a planché sur ces balises ainsi qu'une synthèse des travaux qui ont alimenté la réflexion tout au long de l'année 2005.

En point d'orgue de ces travaux, nous soumettons en fin de cahier, les priorités définies par les acteurs de santé mentale en Wallonie, réunis dans la transversalité de l'IWSM, au-delà de leurs différences. Un nouveau défi pour tous ceux qui sont prêts à s'investir pour la santé mentale et entendent la mettre à la portée de tous !

*Autour de la question
de l'accessibilité*

Autour de la question de l'accessibilité

Introduction

En lien avec le thème de travail qu'il s'est choisi pour l'année 2005, l'Institut Wallon pour la Santé Mentale a décidé de consacrer les quatre dossiers de la Revue Confluences à quatre des multiples facettes de la question de l'accessibilité.

Ont été abordés :

- > Les représentations de la santé mentale : « **Images de la santé mentale** », *Confluences 9* (mars 2005) ;
- > Les questions qui se posent en amont du soin : « **Support social et souffrance psychique** », *Confluences 10* (juin 2005) ;
- > L'urgence comme porte d'entrée : « **Urgences psychiatriques et interventions de crise** », *Confluences 11* (septembre 2005) ;
- > Le rôle des médecins généralistes : « **Médecine générale et santé mentale** », *Confluences 12* (décembre 2005).

Chacun de ces dossiers est synthétisé dans cette 1^{ère} partie du cahier. La synthèse fait largement référence aux textes complets¹ que nous vous invitons à lire.

¹ Disponibles à l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.

Images de la santé mentale²

Les images et représentations que l'on se fait de la santé mentale, de la folie, de la souffrance psychique ne sont-elles pas, déjà en soi, un obstacle à l'accessibilité en santé mentale? N'est-on pas face à des tabous, des préjugés qu'il convient de dépasser avant d'envisager d'entreprendre une démarche d'aide ou de soins?

Les quelques enquêtes menées en population générale attestent que des clichés ont longue vie et que la compréhension des problèmes et des réponses qui peuvent y être apportées se détache difficilement de caricatures... que l'on soit, ou non, soi-même directement confronté à ce type de situation.

Maladie mentale et dépression

La population distingue la folie et la maladie mentale d'une part et, d'autre part, la dépression. Tous les comportements violents et illégaux (viols, incestes, agressions,...) sont attribués à la « maladie mentale » ou à la « folie ». Ils ont quelque chose d'effrayant et sont attribués à la fatalité, l'hérédité. La dépression est socialement plus acceptée (plus acceptable?). Elle désigne un ensemble de difficultés dont on peut guérir. Autrement dit, le « dépressif », cela peut être soi-même alors que le « fou », le « malade mental », c'est l'autre.

L'aide à apporter

L'hôpital est reconnu comme lieu de soins exclusif pour le malade mental, qui ne serait pas toujours conscient de son état. C'est un lieu clos, protecteur où la thérapie est essentiellement perçue comme relevant de la pharmacologie. L'hôpital n'est, par contre, pas jugé adéquat pour le « dépressif », à qui l'on préfère d'abord l'aide des proches voire du médecin généraliste. Si ce soutien et la volonté de la personne à « rebondir » ne suffisent pas, le recours à des professionnels est alors envisagé mais non sans difficulté tant cela apparaît encore pénible, voire humiliant! C'est alors un besoin d'écoute et, si nécessaire, un traitement pharmacologique qui est prioritairement attendu sans toujours être bien rencontré, à en juger par le bilan sévère que dressent certains usagers (A. Duchaine).

De manière générale, les structures extra-hospitalières de soins en santé mentale sont très largement méconnues.

² Confluences n°9, Mars 2005. Il est également fait référence ici à ce qui s'est dit dans le cadre des rendez-vous de Confluences convoqués sur ce même thème le 9 mai 2005 par l'IWSM. Synthèse rédigée par Sylvie Gérard - IWSM.

Au-delà de la stigmatisation des patients et de la maladie, il faut pouvoir aussi s'intéresser à la souffrance des proches et des soignants. Leur travail est éprouvant et la façon dont ils le vivent influence également les représentations que l'on se fait de la santé mentale. Il est important de pouvoir dépasser un sentiment de culpabilité et de relayer les expériences d'intégrations réussies. Peut-être, si tous les moyens étaient mis en œuvre pour travailler à la réinsertion sociale des « ex-psychiatisés », le public se ferait-il une image plus exacte de la nature de ces troubles qui apparaîtraient alors comme n'étant qu'un moment de la vie d'une personne (*J. Dechène*).

Les médias et la santé mentale

La presse écrite, notamment, fait très peu écho de la psychiatrie. En matière de santé mentale par contre, il est largement fait référence à des choix et faits de société ou tout ou presque est sujet à questionnement en matière de « bien-être »: le travail, l'évolution de l'enfant, l'euthanasie, les conditions de détention, le statut des victimes,... sans toutefois jamais vraiment être traité à fond. « Les journalistes ne savent pas comment parler de santé mentale », a-t-on entendu dire à l'occasion d'un colloque... Peut-être parce que la psychologie est tellement proche de nous que tout le monde pense pouvoir en parler. La santé mentale regroupe sous un même vocable toutes sortes de situations à la fois préventives et curatives avec des manières d'aborder des problèmes (psychiatriques, psychologiques, sociétaux) qui n'ont rien à voir les uns avec les autres (cela va du pipi au lit au stress en passant par la dépression). Les gens ne savent pas, en définitive, correctement se représenter la santé mentale.

Il s'agit aussi d'oser assumer la responsabilité de définir les conditions d'une bonne santé mentale et de souligner ce qui, dans le contexte environnemental, provoque la maladie. On a tendance à individualiser des problèmes de société ; c'est ainsi que l'on voit déborder les consultations en services de santé mentale.

Et l'accessibilité ?

Si l'on veut adapter nos outils d'intervention et évaluer leur impact, (...) il est essentiel de comprendre ce qui influence la santé des gens et leur comportement vis-à-vis des dispositifs institués d'aide, ou encore ce qui mobilise leurs ressources propres, en amont d'une éventuelle recherche d'aide auprès de professionnels. (...) Il ne suffit pas de se dire « mon service reçoit autant de personnes, donc, il répond aux besoins de celles-ci. Il faut aussi s'intéresser aux personnes en difficultés qui, pour diverses raisons, ne font pas la démarche de prendre rendez-vous ou se débrouillent autrement (...). Des chiffres de l'OMS indiquent, en effet, que seulement un tiers des personnes qui ont besoin de soins consultent effectivement (*P. Jacques*).

Améliorer l'accessibilité aux soins en santé mentale, c'est donc peut-être, en amont de toute « action », pouvoir tenir compte de ces représentations et de ses répercussions sur la santé publique.

Support social et souffrance psychique³

La souffrance psychique d'une personne s'exprime autant dans son réseau social qu'auprès des professionnels qui, « classiquement », sont compétents pour l'entendre.

Un réseau social à construire

Pour qu'une personne recoure à un soutien dans son entourage, les défis sont nombreux : faire confiance, croire que l'autre veut son bien, pouvoir partager son vécu intérieur, reconnaître sa vulnérabilité... De son côté, le réseau, souvent restreint, s'épuise en étant confronté constamment aux mêmes difficultés de santé de la personne. Comment maintenir les solidarités sociales et pallier ses carences de supports ? Des médiateurs pourraient intervenir sur demande pour chercher des solutions concrètes, des compromis, des changements d'attitude chez les proches.

Dans le cadre des maisons médicales, le médecin généraliste est davantage sollicité pour agir sur les liens sociaux défaillants et les maux qu'ils occasionnent chez leurs patients. Une approche pluridisciplinaire avec des services externes est indispensable pour répondre à leurs besoins. Les professionnels veillent aussi à développer les ressources et l'autonomie des patients dans les démarches entreprises.

L'existence d'un réseau personnel ne va pas toujours de soi. Le mal-être de l'individu est alors exacerbé par l'isolement social et familial. Par son écoute et son accompagnement dans leur vie quotidienne, l'aide familiale peut réintroduire du lien social et parfois une raison d'être pour ces personnes isolées.

L'accessibilité en 1^{ère} ligne ?

Si les ressources susceptibles d'aider les personnes en difficulté sont multiples, elles tendent pourtant à être d'autant plus inaccessibles ou inadaptées lorsqu'elles sont spécialisées et institutionnalisées. Un des facteurs permettant de comprendre ce phénomène est « l'absence de demande » des individus souffrants. Des changements de posture sont nécessaires, du côté des professionnels, pour rencontrer cette « absence de demande ». Des intervenants établissent des contacts avec les personnes là où elles se trouvent, réduisent les conditions d'accès à l'aide, privilégient une approche globale des situations, grâce à un partenariat entre cliniciens et travailleurs sociaux.

³ Confluences n°10, juin 2005.
Synthèse rédigée par Vincent Gérard - IWSM.

Peut-on imaginer des lieux d'accueil accessibles à tous, sans critère d'admission, où chacun pourrait venir « se déposer » un moment, lorsqu'il en ressent le besoin ? Pas des lieux de thérapie, mais des lieux thérapeutiques qui permettent de créer un lien social, de reprendre, peu à peu, pied dans la vie...

Actuellement, ceux qui éprouvent le besoin de parler peuvent le faire 24h sur 24, 7 jours sur 7, via le numéro téléphonique 107. Cette ligne est accessible et gratuite dans l'ensemble du pays. Des écoutants bénévoles, formés et encadrés par des professionnels, offrent une écoute en respectant l'anonymat.

Le système socio-sanitaire comporte toutefois des impasses qui empêchent d'assurer le suivi du patient. Les intervenants devraient pouvoir se déplacer vers les lieux où l'usager manifeste sa souffrance pour assurer la cohérence de son suivi. Afin d'assurer une diversification des portes d'entrée vers l'aide et les soins, il est nécessaire qu'un ensemble de services, sur un territoire déterminé, intègre différentes possibilités de réponses en adéquation avec les besoins des patients et leurs conceptions de l'aide et des soins.

Quand mal-être social et psychique s'entremêlent

D'autant plus que les demandes adressées à certains « professionnels du soins » dépassent largement les problématiques individuelles, leur origine se situant aussi sur un plan collectif : précarité de l'emploi, injustices sociales... En effet, les liens entre la précarité et la santé mentale font émerger de nouvelles problématiques qui sortent du champ de compétence des professionnels de la santé mentale et du social.

Témoin privilégié des problématiques sociales, le service d'insertion sociale d'un C.P.A.S. est, lui aussi, régulièrement confronté au mal-être psychique d'une population précaire. L'articulation entre l'accompagnement individuel et collectif, d'une part, entre un travail social et psychosocial, d'autre part, est dès lors nécessaire. Les travailleurs sociaux accompagnent chaque personne dans sa reconstruction identitaire et son élaboration d'un projet de vie par le biais d'ateliers qui mobilisent leurs compétences relationnelles, créatrices, gestionnaires... Des espaces collectifs sont créés pour encourager les personnes à élargir ou à recréer leur réseau social.

Urgences psychiatriques et interventions de crise⁴

Les urgences ambulatoires

Les médecins généralistes sont régulièrement confrontés à l'urgence en santé mentale pour laquelle ils se disent assez démunis. Pouvoir disposer d'une seconde ligne spécialisée en ambulatoire, d'un « service psychologique de garde », pour passer le relais et disposer ainsi d'une alternative aux services d'urgences hospitaliers, serait un souhait de leur part (*Y. Delforge*).

Les psychiatres privés rencontrent de nombreuses situations de crise relationnelle d'origines diverses avec la double difficulté d'avoir à faire le tri de ce qui est réellement urgent et ensuite de désamorcer la pseudo-urgence pour inciter le patient à réaliser un travail psychothérapeutique en profondeur (*P. Lievens*).

Les Services de santé mentale accueillent quant à eux peu d'urgences, vu leur fonctionnement sur rendez-vous aux heures de bureau, ce qui leur est souvent reproché. Certains ont cependant introduit une souplesse de fonctionnement leur permettant de répondre à des situations de crise (plage horaire libre pour visites sans rendez-vous, intégration des demandes urgentes, etc.).

Il existe aussi des numéros d'appel où se dépose parfois l'urgence. L'idée est alors, par la parole, « de déplacer le focus pour sortir de l'immédiateté et amener l'appelant à récupérer du jeu, de l'espace et du temps, dans une situation qui apparaissait totalement crispée » (*A. Gonthier*). Si l'angoisse est trop présente et ne peut être apaisée, l'écouter préconise une orientation vers une prise en charge thérapeutique.

Faire la part des choses en services d'urgences

Aujourd'hui, près de 80% des urgences « psy » arrivent dans les hôpitaux généraux, qu'ils soient ou non pourvus d'un service de psychiatrie spécifique (la plupart n'en disposent pas), ce qui représente de 10 à 30 % des urgences (*Ph. Hoyois*). Les pathologies psychiatriques avérées constituent une minorité de ces urgences dites psychiatriques. La plupart d'entre elles sont en lien avec une crise psychosociale ou relationnelle familiale, conjugale, sociétale ou institutionnelle. Elles sont principalement issues d'une situation qui se dégrade depuis des semaines, voire des mois, plutôt que d'un fait récent (*S. Maes*). Elles sont accueillies dans des services généraux au milieu des autres urgences par du personnel médical et paramédical non spécialisé, voire peu formé en psychiatrie. Le rôle de l'urgentiste sera pourtant « de faire la part des choses entre somatique et psychique, idéalement et sans a priori, et de répondre à ce qui constitue l'urgence » (*A. Fox*). Décoder l'urgence est essentiel pour y répondre adéquatement voire l'utiliser comme levier thérapeutique. C'est pourquoi, il est préférable d'éviter une réponse précipitée, sauf dans certaines situations d'urgence psychiatrique (*S. Maes*).

⁴ Confluences n°11, Septembre 2005.

Synthèse rédigée par Virginie Olivier – IWSM.

Fonctionnement des urgences

Dans certains hôpitaux généraux, il n'y a pas de garde psychiatrique. Le psychiatre n'intervient donc qu'avec un certain délai, relativement long, et seulement quand c'est possible, car tous les hôpitaux ne disposent pas de psychiatres appelables, intégrés à la garde. C'est mal vécu par le patient et son entourage, mais aussi par le personnel des urgences, sollicité d'une part par les nombreux cas d'urgence somatique et amené d'autre part à prendre des décisions qui reviendraient à un spécialiste en psychiatrie (H. Dupont). On peut regretter, à certains endroits, que les hôpitaux généraux, lorsqu'ils sont plusieurs, ne puissent collaborer pour mettre en place un système de tournante afin d'organiser les urgences psychiatriques.

D'autres, par contre, ont eu l'opportunité de mettre sur pied un véritable service d'urgences psychiatriques ou psycho-médico-sociales intégré à la fois au service des urgences et au service de psychiatrie. Ces services permettent dans certains cas un suivi de crise, c'est-à-dire la possibilité de revenir aux urgences de 3 à 5 fois pour travailler la crise. Le service d'urgence peut être perçu par le patient qui y est pris en charge comme un lieu de protection, de répit, où des choses peuvent se mettre en place. C'est un lieu transitoire où la sortie doit être envisagée dès l'entrée.

Le relais et la nécessité du réseau

Ainsi, un service d'urgences psycho-médico-sociales, comme celui du CHR de la Citadelle à Liège, permet à une équipe pluridisciplinaire de réfléchir avec la personne à sa trajectoire, son retour à domicile et un suivi ambulatoire. C'est au « Case manager » que revient le rôle de garantir le fil rouge. Pour ce faire, le travail en réseau et la connaissance des services sont indispensables. A La Clairière, l'hôpital psychiatrique de Bertrix, c'est une consultation qui a été mise en place afin de se décaler de l'urgence et étudier les alternatives à l'hospitalisation.

Concernant les services d'urgences en hôpitaux généraux, ce relais n'est pas toujours facile à mettre en œuvre. D'où le regret des professionnels de ne pouvoir aller jusqu'au bout du travail avec la personne en crise : ils n'ont généralement pas le temps d'assurer un entretien et s'ils recommandent un suivi ambulatoire, ils savent d'avance qu'il est très aléatoire en terme de délai notamment. Davantage de collaboration entre urgentistes et psychiatres pourrait améliorer cet état de fait, de même que la mise en place d'un travail en réseau plus large, de manière à « offrir la plupart des ressources nécessaires tant à la résolution de la crise ou de l'urgence qu'à la mise en place d'un suivi thérapeutique » (Ph. Hoyois).

Le droit au recours aux urgences

Les récentes volontés politiques visant à réduire l'usage des urgences sont basées sur des critères médicaux de danger. Or, la plupart des demandes concernant des situations de santé mentale et, en majorité de mal-être, sont peu lisibles en termes strictement médicaux et sont difficilement hiérarchisables (J. Moriau). Cette volonté d'interdire les urgences aux « urgences non-médicales » interroge véritablement l'accessibilité aux soins en santé mentale. Une possibilité pour désengorger les urgences serait peut-être la mise en place systématique d'un service d'urgences psychomédico-sociales, comme évoqué ci-dessus, preuve à l'appui : grâce à une telle cellule, le CHU St Pierre à Bruxelles est ainsi parvenu à réduire de moitié les hospitalisations.

Médecine générale et santé mentale⁵

Le médecin généraliste : un champ d'intervention de plus en plus large

Le champ curatif s'élargit en s'inscrivant dans une perspective globale « incluant les déterminants non strictement médicaux de la santé, tels que les facteurs psycho-sociaux, environnementaux et culturels » (*A. Hoffman*). Les médecins généralistes sont ainsi amenés à étendre leur réseau de collaborations au-delà du monde médical.

Leur répartition dans les quartiers et le fait qu'ils se déplacent à domicile les dotent d'une connaissance et d'une proximité qui fait qu'ils sont souvent les premiers acteurs professionnels interpellés par la population dans les problématiques de santé mentale (*A. Hoffman*).

En effet, celles-ci sont celles qui amènent le plus souvent les adultes (de 25 à 64 ans) chez leur médecin (*C. Haxiaire*), avec une majorité, voire une quasi-totalité de patients atteints de « la maladie humaine de la douleur d'exister ». Seuls 5 à 20 % d'entre eux seraient touchés par des maladies véritablement somatiques. Une multitude de nouvelles pathologies émergent, tissées sur un fond de dépression : fatigue chronique, fibromyalgie, spasmophilie, etc., auxquelles on remédie souvent par des médicaments (*Ph. van Meerbeeck*).

Le manque de formation à l'aspect humain

Les lacunes dans la formation des médecins généralistes sont évidentes sur le plan des relations humaines. Le cursus universitaire est essentiellement axé sur la technicité médicale, faisant fi des différentes dimensions - relationnelle, contextuelle ou psychologique - dans lesquelles s'inscrit la franche majorité des pathologies rencontrées par les généralistes. Même si, peu à peu, davantage de place est consacrée aux sciences humaines, celle-ci reste minime.

Ainsi, devant cette difficulté à traiter la douleur d'exister, de nombreux médecins prescrivent parce qu'ils ont l'impression que leurs patients ne reviendront pas s'ils ne le font pas. Pourtant, l'expérience montre que, lorsqu'un réel dialogue peut s'établir, le patient revient... (*Ph. van Meerbeeck*) Ce dialogue, cette écoute, cette empathie, certains médecins s'emploient par contre à les développer, allant parfois jusqu'à les considérer comme le point de départ de toute prise en charge. Ils sont déjà en soi thérapeutiques, par le lien de confiance qu'ils instaurent (*D. Hubert*). Naturellement, cette approche prend plus de temps qu'une consultation où l'on prescrit, le médicament faisant aisément taire les symptômes (*A. Hoffman*). La question n'est pas de faire du médecin un psychanalyste, mais de lui donner des outils pour soutenir ses patients et les encourager à aller plus loin si besoin ; et une consultation de 20 minutes à une demi-heure peut suffire pour ce faire.

En termes d'accessibilité, il y aurait un intérêt à revaloriser cette fonction thérapeutique en médecine générale, comme dans d'autres branches de la médecine (*Ph. van Meerbeeck*). C'est aussi une des

⁵ Confluences n° 12, Décembre 2005.

Synthèse rédigée par Virginie Olivier - IWSM.

principales attentes des usagers face à leurs médecins généralistes, qui se traduit précisément dans leur demande d'une écoute attentive et de la lecture « entre les lignes » de ce qu'ils amènent, d'une relation qui permet la confiance, d'une ouverture qui facilite le dialogue, d'une possibilité de transmettre des informations en termes de relais et de ressources, et d'un temps qui fait souvent défaut.

Cette empathie n'est toutefois pas toujours simple à gérer sans prérequis. La souffrance du médecin généraliste est réelle, notamment parce que son travail est difficile, particulièrement exigeant et moins valorisant que par le passé et que la relation entre le médecin et son patient a beaucoup changé (exigences, négociation, etc.). Certains tiennent le coup en retirant des apports positifs en contre-partie, mais un grand nombre se réoriente professionnellement.

Face aux lacunes dans la formation, il existe heureusement plusieurs formations continues qui permettent aux médecins de se sensibiliser aux problématiques de santé mentale : c'est le cas, entre autres, des Groupes Balint (approche de la relation soignant-soigné) et du Réseau Alto (problématiques d'assuétudes).

Les relations médecine générale-santé mentale

En étant au cœur de la vie des gens et de leur famille, le médecin généraliste peut leur proposer une aide, « avant une éventuelle escalade dans la détresse amenant aux consultations dans un service d'urgence avec toute la violence relationnelle et thérapeutique qu'elles peuvent occasionner. Il peut répondre aux urgences au domicile et organiser l'intervention spécialisée » (*A. Gillet-Verhaegen*).

D'une manière générale, on observe que les médecins sont particulièrement démunis quant à l'orientation d'un patient présentant des troubles de la santé mentale : ils connaissent peu les ressources existantes. Diffuser davantage de documents sur la santé mentale et sur les services et associations actifs dans ce domaine dans leur cabinet pourrait s'avérer pertinent pour que les usagers puissent trouver le renseignement dont ils ont besoin (*Nadine / Psytoyens*).

Les médecins généralistes ne sont pas encore très bien intégrés dans le réseau en santé mentale du patient. Ils déplorent trois grands points face au secteur « psy » : la grande difficulté de collaborer sur les problématiques liées à l'urgence psychiatrique (réalités de travail différentes, délais d'attente, déficit de places) ; un manque de communication qui pose la question de la continuité des soins dans une perspective qui favorise de plus en plus les soins à domicile pour les patients psychiatriques et, enfin, le hiatus entre la dynamique de travail propre aux médecins généralistes (indépendants) et celles des institutions (personnel salarié) qui rend quasi incompatible l'organisation de la concertation.

Les médecins généralistes, parfois assez isolés dans leur pratique, sont demandeurs d'une meilleure collaboration avec les intervenants en santé mentale. Pour ce faire, celle-ci doit être travaillée dans ses écueils et assortie d'un minimum de moyens. Le développement de projets de santé communautaire ou le travail en équipe pluridisciplinaire comme en maison médicale, notamment, sont d'autres pistes.

État des lieux

Synthèse des travaux préparatoires

Introduction

La réflexion sur l'accès aux soins en santé mentale s'appuie sur un premier état des lieux des questions d'accessibilité. Celui-ci a été réalisé par l'IWSM tout au long de l'année 2005 via l'organisation de cinq tables rondes.

Ces rencontres successives ont réuni, par catégorie d'âge, professionnels, partenaires et usagers, pour examiner ensemble, chaque fois à partir d'un témoignage concret, les différentes facettes de l'accessibilité⁶ : coûts, répartition géographique, horaires, délais, langage, culture, représentations sociales, accueil, critères d'admission,...

Les résultats de l'analyse ont permis de sérier les questions à travailler en ateliers, lors du colloque du 3 février 2006, pour aboutir à des recommandations. Ils ont fait l'objet d'un document de travail disponible à l'IWSM⁷.

Cette 2^{ème} partie du Cahier reprend in extenso les témoignages sur lesquels s'est appuyée la réflexion et propose une synthèse de chacune des tables rondes.

⁶ Les hypothèses travaillées lors des tables rondes reposent sur les résultats de l'analyse exploratoire réalisée par François Delforge, chercheur IWSM, novembre - décembre 2004.

⁷ « Accessibilité aux soins en santé mentale - État des lieux de la situation : synthèse des tables rondes organisées en 2005 », IWSM, janvier 2006.

Petite enfance⁸

Témoignage

Catherine (prénom d'emprunt) a 41 ans. Elle est maman de deux grands enfants (18 et 20 ans) issus d'un premier mariage. Divorcée, elle vit depuis quatre ans avec un compagnon qui souhaite devenir père. Catherine tombe enceinte de jumeaux et cette grossesse la submerge de sentiments ambivalets.

La future maman est suivie par un gynécologue qui travaille conjointement avec une infirmière sociale des consultations pré-natales de l'Office National de l'Enfance (ONE). C'est lors de ces consultations pré-natales qu'est décelé un état dépressif important.

Le gynécologue et l'infirmière sociale pensent qu'il serait utile qu'un accompagnement à domicile soutenu soit programmé dès la naissance. L'infirmière, avec qui un lien privilégié s'est noué, en parle à la maman qui accepte alors de rencontrer à deux reprises les intervenantes d'un service d'accompagnement à domicile pour faire connaissance et préparer le futur suivi.

En février: naissance prématurée des enfants.

Pendant un mois, les petits séjournent en néonatalogie. En même temps, la maman est suivie par un psychiatre de l'hôpital qui lui prescrit un traitement médicamenteux et soutient avec les services pré-natal et néo-natal l'organisation d'un suivi dans une unité «mère-enfant» pour veiller à ce que l'état psychique très dégradé de la maman n'ait pas de répercussion sur le développement des enfants. L'infirmière sociale de l'ONE prend contact avec l'unité pour faire admettre Catherine au sein de celle-ci.

En Mars: entrée de la maman dans l'unité «mère-enfant». Dans un état de grande mélancolie et persuadée de ne pas y arriver avec ses petits, elle a des idées suicidaires récurrentes. De plus, elle éprouve des difficultés à s'adapter au rythme des jumeaux, elle entre peu en relation avec eux et les stimule peu également.

⁸ Table ronde organisée le 4 mai 2005 à Ottignies-Louvain-la-Neuve. Coordination: Sylvie Maddison - IWSM.

S'en suit une prise en charge assez longue (jusqu'en novembre) durant laquelle une série de choses sont mises en place en plus du travail thérapeutique proposé dans l'unité.

Des difficultés de couple et familiales (relations avec les grands enfants) risquant d'entraver la démarche thérapeutique, un travail avec l'ensemble de la famille est effectué.

Les membres de celle-ci ne comprennent pas la longueur du séjour et ont l'impression que Catherine va beaucoup mieux et qu'il n'y a plus lieu pour elle de rester.

Des ajustements sont nécessaires au niveau de ses retours pendant les week-ends. Elle se sent effectivement très dépassée quand elle rentre à la maison car les tâches domestiques ont été mises de côté pendant la semaine et elle doit s'occuper de tout en rentrant.

D'où la nécessité de faire comprendre aux enfants et au compagnon que Catherine est toujours en souffrance et qu'il leur faut assumer le quotidien pour lui alléger ses retours.

Par ailleurs, la fluctuation des visites de son mari et les difficultés de couple perturbent son évolution au sein de l'unité.

L'établissement d'un réseau d'intervenants semble indispensable pour préparer sa sortie.

Ce travail est réalisé avec l'assistante sociale en concertation avec la famille. Les contacts pris avec les différents services sont effectués par l'assistante sociale en présence de la maman.

L'équipe de l'unité pense qu'il est surtout nécessaire de trouver un espace où cette maman puisse apprendre à se reconstruire en tant que femme et retrouver un élan vital.

La recherche d'un centre de jour est une des premières démarches réalisées. Un travail d'acceptation s'effectue avec Catherine et son mari qui considèrent cet endroit comme une « maison de fous ».

>> Les cahiers

de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale

Il se fait qu'ils habitent non loin de l'hôpital psychiatrique où se situe le centre de jour et que dans leur rue, ils côtoient des personnes psychotiques qui vivent en habitations protégées.

Après discussion, la maman et son mari acceptent ce choix même si l'anxiété et les inquiétudes persistent chez Catherine. Elle est accompagnée par l'assistante sociale de l'unité « mère-enfant » le premier jour de son admission au centre.

Elle commence à le fréquenter pendant son séjour à l'unité à raison de deux fois par semaine, et ensuite quatre fois dès le retour à la maison.

Parallèlement à la fréquentation du centre, elle est suivie chez un psychiatre en milieu hospitalier.

La recherche d'une crèche pour permettre à Catherine d'aller au centre de jour n'est pas chose facile. D'un côté, le père des enfants est très réticent à l'idée que sa femme ne s'occupe pas elle-même des petits. De l'autre, le manque de possibilités d'accueil...

Par chance, une nouvelle crèche vient de s'ouvrir non loin du domicile de la famille mais il faut attendre que deux places se libèrent. Le séjour sera prolongé de quelques semaines à l'unité, le temps que ces deux places soient disponibles.

Du côté des petits, l'unité mère-enfant a quelques inquiétudes. Ceux-ci semblent avoir des difficultés à entrer en communication, ils vivent des moments de retrait avec beaucoup de pleurs ou de somnolence excessive et présentent un retard de développement.

Une rencontre avec la crèche est organisée trois semaines après la sortie de Catherine pour aborder ce sujet. Les puéricultrices trouvent que les petits évoluent bien à la crèche et qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter.

Parallèlement à l'accueil en crèche, le service d'accompagnement à domicile est mobilisé à raison d'un jour par semaine, quand la maman ne va pas au centre de jour.

Dans le but de veiller au bon développement des petits et de pouvoir détecter d'éventuelles difficultés, la puéricultrice à domicile va de temps en temps observer leur évolution en crèche. Cette collaboration entre la crèche et le service d'accompagnement est facilitée par le fait que ces deux structures sont chapeautées par la même direction.

Un cahier de communication permet à chacun de noter ses observations et remarques et fait donc aussi office de lien entre la crèche, les parents et le service d'accompagnement à domicile.

La mobilisation du Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ) en tant que « coordinateur de l'action d'aide » semble être selon l'équipe de l'unité « mère-enfant » un bon garant de la continuité des soins mis en place. La famille est concertée à ce sujet et accepte. Un rapport est rédigé par l'unité et présenté aux parents avant d'être envoyé au SAJ. Une réunion est ensuite organisée au SAJ en présence de la famille, de l'unité, de la crèche et du service d'accompagnement à domicile afin d'établir un programme d'aide formalisé. La prise en charge financière de la crèche sera assurée par l'aide à la jeunesse, ce qui facilite assurément l'établissement de ce programme.

Actuellement, Catherine va beaucoup mieux. Elle continue à aller une fois par semaine au centre de jour et la puéricultrice du service d'accompagnement vient encore une fois par semaine à domicile. C'est la maman qui en a décidé ainsi, jugeant qu'elle n'avait plus besoin d'être autant suivie. Elle est actuellement à même de reprendre des initiatives et de s'organiser de manière autonome.

Elle ne doit plus être « portée » par les services mais peut prendre « le bon » de ce que chacune des aides peut lui apporter.

Les petits évoluent bien et communiquent de mieux en mieux. Un des deux est reçu en consultation par un neurologue à la demande d'un kinésithérapeute. Le neurologue ne décèle aucun problème particulier chez l'enfant mais prescrit une séance de kinésithérapie par semaine afin de stimuler son développement moteur. Les enfants continuent à aller à la crèche et cet accueil est vécu comme un plus et pour eux et pour leur maman.

Synthèse de la table ronde

Détecter le plus **précocement** possible un problème qui se pose permet d'intervenir rapidement et d'empêcher la situation de se dégrader. Néanmoins, le petit enfant débutant à peine son processus de développement, le diagnostic ne doit pas être posé trop vite et ne doit pas être figé.

Les intervenants de première ligne tels que les travailleurs de l'ONE, la halte-garderie ou la crèche sont de bons témoins du développement de l'enfant. C'est d'autant plus le cas lorsque le professionnel connaît bien la famille, qu'il a pu établir avec elle une relation de confiance et surtout lorsqu'il se rend à domicile, comme dans le cas du suivi post-natal. Il existe différents services qui proposent ce type de suivi après l'accouchement, au départ ou en collaboration avec l'hôpital. C'est quelque chose d'important en termes de **prévention**. On peut donc regretter la limitation actuelle des consultations de nourrissons organisées par l'ONE qui constituaient pourtant, bien souvent, la seule occasion de sortie pour certaines mamans. Ces lieux permettent de développer un mini réseau social et leur disparition et/ou leur réduction à l'aspect purement médical doit être interrogé. Une des alternatives se situe peut-être au niveau des maisons ouvertes. Il s'agit d'initiatives qui se multiplient aujourd'hui pour favoriser la rencontre et l'échange entre parents d'enfants de moins de 3 ans.

Lorsqu'un **parent** est lui-même **en souffrance**, il arrive aussi, souvent, que ce soit le professionnel qui lui vient en aide qui soit amené à repérer les difficultés de l'enfant.

Le **risque de banalisation** est toutefois réel: il arrive que des professionnels ne remarquent pas le problème ou ont l'impression que les parents s'alarment trop vite. Pourquoi ne pas leur faire confiance lorsqu'ils sentent que leur enfant ne va pas bien? S'il y a une inquiétude du parent, il est important qu'elle soit entendue.

Les familles témoignent des sentiments (colère, impuissance, incompréhension, etc.) qui les ont traversées et de leurs difficultés face à la problématique de leur enfant. Parfois, ce sont elles qui portent la recherche d'aide voire la concertation des différents intervenants, seules, à bout de bras. Ne manque-t-il pas d'une possibilité d'accompagnement intensif des familles dans de telles situations? **Un intervenant de référence** pourrait par exemple suivre la situation au fil du temps, pour bien connaître les différentes démarches effectuées et soutenir les parents dans leur cheminement et dans leur ressenti.

Un autre problème est celui de **l'information**. Il est cité de façon récurrente et porte tant sur la problématique présentée par l'enfant que sur les aides disponibles.

Des listes d'attente énormes existent dans certains services, notamment les hôpitaux pédo-psychiatriques et les unités mère-bébé. Par conséquent, il faut parfois recourir à des **solutions inappropriées**, avec les conséquences qu'on peut imaginer tant pour les parents que pour les enfants. On arrive, par exemple, malheureusement trop souvent à des situations déchirantes où l'on doit séparer la maman et le bébé.

Parfois aussi, les **critères** qu'impose le service sont difficiles à atteindre ou à accepter : la déscolarisation, par exemple, dans un centre de jour. De même, certains **obstacles** rencontrés par les parents ont été pointés : notamment la distance géographique avec le service adéquat ou l'aspect financier parfois très contraignant. Certaines aides sont particulièrement très onéreuses, mais d'autres frais viennent encore se greffer sur la prise en charge principale de l'enfant, comme, par exemple, un soutien psychologique pour les parents, ou des frais de logopédie non remboursés compte tenu des conditions d'accès (ici notamment : l'établissement du quotient intellectuel (QI) de l'enfant, impossible à réaliser pour un enfant en bas âge).

Enfance⁹

Témoignage

Julie (prénom d'emprunt), ma fille, a 8 ans et demi. Elle est atteinte du Syndrome de Gilles de la Tourette (SGT).

1 mois après son entrée en première primaire, elle a commencé à cligner des yeux. Ayant moi-même des tics depuis l'enfance, je les ai de suite remarqués, alors qu'ils étaient encore très discrets. J'ai alors demandé à mon mari d'observer... il a confirmé.

Ce que je savais à ce moment-là des tics était que moins on en parle, mieux c'est. Un tiqueur ne sait pas arrêter ses tics. Et s'il y pense, c'est encore pire. Alors mieux vaut ignorer.

Très vite (quelques jours), d'autres tics sont apparus : toussotements, retroussements du nez, « hum hum » à la fin de chaque phrase, surtout en situation de stress, quand on l'interroge en classe par exemple.

Julie m'a alors demandé de l'emmener chez le médecin pour qu'on lui donne du sirop pour sa toux. Je lui ai expliqué qu'elle n'avait pas de rhume, que sa toux était un tic, comme les clignements des yeux, le retroussement du nez, etc. Je lui ai expliqué qu'un tic est un mouvement incontrôlable, involontaire, inutile, que le cerveau ordonne de faire par erreur. J'avais aussi comme tic à l'époque de toussoter, je lui ai donc expliqué qu'elle était comme moi, comme ma grand-mère. Qu'on n'y pouvait rien. Quand j'étais petite, il n'existait pas de médecin pour soigner ce trouble. Ou du moins, ils étaient encore plus difficiles à trouver qu'aujourd'hui et mes parents ne les ont pas cherchés. Mais si elle le souhaitait, je chercherais un spécialiste pour elle.

Quelques jours plus tard, Julie rentre en pleurs de l'école. On lui fait des remarques, on lui demande sans arrêt si elle est malade, pourquoi elle ne se soigne pas. Elle me demande de lui trouver un médecin.

⁹ Table ronde organisée le 11 mai 2005 à Charleroi.
Coordination : Virginie Olivier – IWSM.

Ne sachant pas du tout vers qui me tourner, j'ignore encore l'existence du Syndrome Gilles de la Tourette, je téléphone à la pédiatre et lui demande quel genre de médecin s'occupe des tics. Hésitante, elle me conseille de prendre rendez-vous chez un neuropédiatre, elle en connaît une à la clinique proche de chez nous; je téléphone donc là-bas.

Un mois plus tard nous rencontrons ce médecin. Nous sommes en février 2003. Je lui décris les symptômes de Julie: tics moteurs et tics vocaux (les deux seuls symptômes obligatoires dans le SGT), mes propres symptômes, ceux de ma grand-mère... Elle est intéressée par le nombre de personnes qui ont des tics dans ma famille et dit qu'elle en parlera à son collègue qui prend en charge les adultes.

Pour quelqu'un qui connaît le SGT, le diagnostic est vraiment très facile à faire. Ça ne semble malheureusement pas être le cas de ce neuropédiatre. Elle m'explique que souvent les tics sont associés à des Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) ou un trouble important du comportement. J'apprendrai plus tard en découvrant le SGT que ces troubles sont en effet fréquemment associés aux tics, mais qu'ils ne sont pas obligatoires pour établir un diagnostic de SGT.

Après un questionnaire et quelques tests, la neuropédiatre conclut à un léger retard psychomoteur et un léger Déficit d'Attention. Elle prescrit de la psychomotricité à Julie. Cesséances lui font beaucoup de bien. En quelques séances elle prend de l'aisance, arrive à supprimer beaucoup de mouvements parasites qu'elle fait en courant, sautant, écrivant,... Les tics diminuent. Nous arrivons à la fin de l'année scolaire. Julie fait encore quelques séances de psychomotricité pendant les vacances d'été, nous arrêtons en septembre, les tics ayant très fort diminué. De plus, nous arrivons au terme du nombre de séances remboursées par la mutuelle. Je préfère garder les séances restantes pour le cas où....

Dès la fin du mois d'octobre de la 2ème primaire, un mois après l'arrêt de la psychomotricité, les tics de Julie réapparaissent en force. Plus complexes et plus intenses que l'année précédente: elle porte ses deux mains à son visage et les renifle, retousse le nez, tend le cou, tape un pied contre l'autre en marchant... Je reprends contact avec la neuropédiatre mais n'obtiens pas de rendez-vous avant le mois de janvier (2 mois plus tard). De cet entretien nous ressortirons très déçus. Le médecin nous reçoit une dizaine de minutes à peine. Elle refait

>> Les cahiers

de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale

quelques petits tests à Julie et trouve qu'il y a une amélioration par rapport à l'année dernière (ce que je trouve normal puisque Julie a 1 an de plus...). Elle re-prescrit de la psychomotricité puisque cela l'avait bien aidée.

Quand je lui demande des nouvelles de son collègue, elle répond rapidement qu'il n'a pas répondu à ses questions. Si je veux moi-même consulter, elle me conseille sans conviction d'aller voir un psychiatre. Elle prétend que ce n'est pas le « rayon » d'un neurologue. Que les neuropédiatres prennent les enfants en charge parce que ce sont des enfants et que sinon personne ne s'en occuperait, mais que les tics ne sont pas vraiment non plus de leur ressort. Elle nous pousse dehors, elle ne semble pas avoir envie d'en parler plus longuement.

En rentrant à la maison, me sentant quelque peu abandonnée, je tape « tic » dans un moteur de recherche sur Internet. Je tombe rapidement sur des sites parlant du Syndrome de Gilles de la Tourette. Tous ont la même définition : il s'agit donc bien d'une maladie neurologique. Je ne comprends pas pourquoi la neuropédiatre m'a conseillé d'aller vers un psychiatre. Pourquoi prétend-elle que ce trouble n'est pas de son ressort ? L'ignorance de la maladie sûrement...

Plus tard je changerai d'avis sur le rôle du psychiatre dans cette maladie, mais à ce moment-là je suis plus rassurée de savoir qu'il s'agit d'un trouble neurologique, organique, plutôt que psychologique.

Grâce à mes recherches sur Internet je rentre en contact avec une dame belge dont le fils souffre du syndrome « Gilles de la Tourette » qui m'oriente vers un neurologue à Liège, spécialisé dans les mouvements anormaux et notamment le SGT. Je prends rendez-vous pour ma fille et pour moi-même à son cabinet privé, pour deux semaines plus tard. Ce médecin consulte également à l'hôpital, mais là je devrais attendre plusieurs semaines avant d'être reçue.

Mi-avril 2004, nous avons, par ce médecin neurologue, la confirmation du diagnostic de Syndrome Gilles de la Tourette pour Julie et pour moi-même. Je commence un traitement médicamenteux mais pas ma fille. La psychomotricité lui a de nouveau fait du bien. Les tics ont à nouveau diminué, aucun traitement ne semble nécessaire à ce moment-là. Mais au moins, nous avons mis un nom sur nos symptômes.

Les tics sont bien maîtrisés jusqu'en décembre 2004. Julie est alors en 3ème primaire. Le début de l'année s'est bien passé, mais dès le mois de décembre les tics réapparaissent et elle commence également à avoir quelques TOCs (faire le tour de son banc avec son doigt...). En janvier, elle me demande de l'emmener chez un médecin pour soigner ses tics qui l'ennuient à nouveau.

Entre temps, mes propres symptômes se sont accentués. Le traitement prescrit par le neurologue ne me convient pas. Je découvre alors que je souffre également d'un Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDA/H) et entend parler d'un psychiatre spécialisé dans le TDA/H chez les adultes. Je prends rendez-vous avec lui.

Après quelques entretiens et l'essai d'un traitement qui ne me convient toujours pas, je suis hospitalisée pendant 6 semaines en psychiatrie. Je comprends alors à quel point le Syndrome Gilles de la Tourette (SGT) et le Trouble Déficitaire de l'Attention, avec ou sans Hyperactivité (TDA/H), même s'il s'agit de troubles neurologiques, influencent la vie psychique du patient atteint. Les moqueries, les remarques incessantes et blessantes sur le comportement, les échecs successifs (scolaires, professionnels, sociaux),... sont autant de choses qui bien souvent engendrent une mauvaise estime de soi, du stress, un malaise général, voire une dépression. Le stress augmente les tics et le déficit d'attention, les tics et le déficit d'attention augmentent le stress... On se retrouve vite dans une spirale.

Suite à cette expérience personnelle et très positive avec la psychiatrie, je préfère me tourner vers cette spécialité dans le cas de Julie plutôt que de retourner chez la neuropédiatre qui ne connaît pas le SGT, ou chez le neurologue de Liège qui n'est pas spécialisé pour les enfants.

Depuis quelques mois, j'ai beaucoup lu sur le SGT, j'ai rencontré d'autres personnes atteintes... J'ai entendu parler d'un médecin pédopsychiatre qui soigne plusieurs petits «SGT» et a très bonne réputation. Il fait partie de l'équipe de mon propre psychiatre. L'équipe entière est très renommée.

Nous avons rencontré ce pédopsychiatre une première fois, il y a 15 jours. Un second rendez-vous est prévu la semaine prochaine. Nous avons eu la chance de pouvoir rencontrer ce médecin rapidement grâce à un désistement. Habituellement, il faut minimum 3 mois pour obtenir un rendez-vous.

Je suis contente d'avoir trouvé un médecin qui nous propose un examen neurologique complet, psychologique, biologique (prise de sang), etc., sans ignorer l'aspect neurologique de la maladie. Ce médecin attache beaucoup d'importance au vécu de l'enfant par rapport à sa maladie, à l'angoisse qu'il peut ressentir, à la frustration etc. Je suis contente de la relation qu'il a établie avec ma fille. J'espère avoir enfin sonné à la bonne porte.

Les psychiatres que j'ai rencontrés (le mien et celui de ma fille) ont cette qualité de regarder le patient dans son ensemble : son aspect physique, organique et son aspect psychique. L'un ne va pas sans l'autre. L'un influence l'autre, on ne peut pas les traiter séparément.

Synthèse de la table ronde

La détection du trouble aussi tôt que possible est très importante dans la mesure où une prise en charge précoce apporte généralement de meilleurs résultats. C'est donc particulièrement important pour les enfants. La vocation généraliste de la plupart des professionnels de l'enfance (pédiatre, centres PMS, etc.) constitue certes un atout dans l'approche des situations en difficultés mais parfois aussi un frein à la reconnaissance de problématiques particulières. Les acteurs de première ligne, disposent de **peu d'outils** et surtout de **peu de temps** pour détecter les difficultés de l'enfant. C'est une lacune importante à souligner car **l'aspect préventif** semble bien peu présent en santé mentale. Le médecin généraliste et/ou le pédiatre pourraient jouer un rôle en intégrant systématiquement les informations plus spécifiques à la santé mentale dans le dossier médical de l'enfant.

Les parents, qui côtoient leur enfant au quotidien, peuvent eux-mêmes constater certains dysfonctionnements. Encore faut-il que leur parole puisse trouver écho en consultation, que le médecin leur fasse **confiance**. Il est vrai qu'à force de vouloir à tout prix éviter la stigmatisation, on en arrive parfois à banaliser des situations qui méritent une attention.

Un diagnostic, bien qu'il ne doive pas être considéré comme figé vu le **caractère évolutif de la situation des enfants**, peut être un point de départ dans la recherche d'un traitement adéquat. Pour l'établir, il est primordial de recontextualiser les symptômes présentés par l'enfant dans sa situation globale. Si ce diagnostic peut s'avérer apaisant pour certains parents, le processus d'acceptation de celui-ci prendra toujours du temps.

Une fois le trouble circonscrit, la recherche de solutions peut rencontrer divers **écueils**, entre autres :

- * Les listes d'attente « invraisemblables » dans les hôpitaux et les services de santé mentale, quand il n'y a pas, tout simplement, refus de prise en charge. Il semble que la capacité maximale de certains services soit atteinte en permanence. Les délais d'attente sont malheureusement aussi liés aux coûts : plus les tarifs sont accessibles, plus les listes d'attente sont longues. De plus, les démarches administratives, nécessaires pour être admis dans certains services, prennent beaucoup de temps.
- * L'absence de ressources dans certaines régions : notamment dans la région de Chimay, dans la « botte du Hainaut », et dans la Province du Luxembourg, où il y a manifestement un problème de répartition des structures et des professionnels en ce qui concerne la pédopsychiatrie. Les seuls recours possibles sont soit, lorsque c'est possible, mobiliser le réseau avec les ressources disponibles, soit se déplacer relativement loin de son lieu de résidence.
- * Les lacunes en termes de réponses à l'urgence, auxquelles on semble parfois devoir pallier par une camisole chimique, solution souvent plus facile et plus rapide à court terme. Cette réponse n'est cependant pas vraiment adaptée à la santé mentale, où le médicament devrait surtout servir à mettre d'autres pistes en place. Ces lacunes en matière d'urgences reflètent un possible manque d'adaptation des structures, mais renvoient aussi au système de subsidiation qui a sa part de responsabilité à ce niveau.
- * Le coût des soins en santé mentale constitue un frein pour les familles, notamment le nombre limité de séances de logopédie ou de psychomotricité remboursées par la mutuelle. De plus, il est difficile d'avoir une information précise, les tarifs et les remboursements variant selon les services, les types de professionnels, les régions, les mutuelles, etc.

Adolescents - jeunes adultes¹⁰

Témoignage

L'histoire de Pierre (prénom d'emprunt) est racontée par son père adoptif. Pierre a eu 17 ans au mois d'août dernier. Il est arrivé dans notre famille 3 jours après sa naissance. Il est Belge d'origine.

Nous avons une fille biologique, Anne (prénom d'emprunt), âgée de 28 ans. 11 ans séparent donc nos 2 enfants.

Nous nous sommes tournés vers l'adoption pour des raisons de santé chez mon épouse. Le projet d'adoption est un projet que nous avons mûrement réfléchi à trois.

Ce qui nous a frappé, c'est qu'après avoir été très calme pendant 2-3 jours, Pierre a brutalement commencé à avoir des crises de pleurs, de jour comme de nuit, et à être très agité.

Il devient un enfant nerveux qui trouve difficilement le sommeil. Quand nous lui donnons son biberon, il reste dans nos bras le temps du biberon, puis se débat pour qu'on le libère.

Quand il commence à marcher, son énergie est débordante et nous devons le surveiller en permanence dans ses allers et venues.

Il a le contact très facile et tout le monde l'apprécie pour sa spontanéité et son caractère attachant. Il demande beaucoup de signes d'affection et de tendresse de notre part, tout en les repoussant très vite après. En plus, il fait beaucoup pour attirer l'attention sur lui.

Ce sont pour nous les premières manifestations de quelque chose « d'anormal » dans son comportement. Nous y faisons face, mais avec une sensation très souvent d'épuisement, car le besoin de surveillance est quasi permanent !

¹⁰ Table ronde organisée le 25 mai 2005 à Liège.

Coordination : Marie Marganne – IWSM.

Durant les premières années de sa vie, nous constatons chez Pierre une énergie débordante. Il pleure et hurle quand sa maman s'absente. Cette anxiété et cette nervosité, nous font consulter un pédopsychiatre qui exclut le diagnostic d'hyperactivité. Il nous informe que notre enfant est « anxieux » et qu'il faudra constamment le rassurer en prenant le temps de répondre à toutes ses questions et angoisses. Ce travail est très contraignant et devient épuisant.

Au fur et à mesure qu'il grandit, nous trouvons important, par exemple, de canaliser cette énergie dans le sport. Il y excelle, mais nous constatons qu'il ne maîtrise pas toujours bien certaines règles du jeu et joue souvent pour se faire remarquer par nous.

Toute sa scolarité maternelle et primaire se caractérise par une énergie débordante, un manque de concentration. Nous recevons régulièrement des convocations pour des entretiens avec les instituteurs ou avec le PMS, car notre enfant « perturbe continuellement la classe ». Nous désirons être partenaires, mais nous sentons que la plupart ne souhaitent pas gérer trop de difficultés et que c'est à nous qu'il incombe d'apporter des solutions. Pierre n'a eu que deux institutrices qui se sont montrées capables de le gérer, de le stimuler, de l'encourager.

Jusqu'à l'âge de 8-9 ans, nous parvenons à maintenir les limites dont notre fils a besoin. Il adopte un langage de plus en plus injurieux envers nous, mais nous parvenons encore à le contrer. Il a 9 ans quand nous déménageons. Dans sa nouvelle école, l'enseignant n'a pas pris la peine de comprendre son comportement et n'a pas compris l'importance de travailler en partenariat avec nous pour adopter une stratégie commune. Pierre a réussi à bernier l'instituteur et ses parents pendant plusieurs mois ! Il réussit sa scolarité primaire, malgré tout.

Vers l'âge de 12 ans, l'agressivité de Pierre prend un caractère de plus en plus violent, jusqu'à s'en prendre physiquement à nous. L'escalade s'installe. Nous découvrons également nos limites en tant que parents, difficiles à avouer au début.

Nous nous renseignons autour de nous pour obtenir l'aide la plus appropriée et nous nous rendons compte qu'il faut se débrouiller seuls ! A ce stade, nous ne comprenons pas encore l'affection de notre fils, et nous continuons à gérer les

>> Les cahiers

de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale

angoisses en mettant principalement sur le dos de l'adolescence le caractère plus agressif de son comportement.

Entre 12 et 15 ans, voici en résumé le parcours que Pierre a suivi :

- consultation d'une pédopsychiatre qui déclare vite « forfait », car Pierre ne veut plus la rencontrer.

- consultation d'un deuxième pédopsychiatre, tous les 15 jours pendant 1 an, sur conseil de notre médecin traitant. Il propose un éloignement familial, via l'internat, et une thérapie médicamenteuse.

Pierre entre en 1^{ère} secondaire. Sa scolarité est moyenne. Les retours à la maison, les week-end, sont infernaux ! Il dit souvent « avec ma (vraie) mère, au moins, ... », « vous n'auriez pas dû m'adopter, », « A cause de vous, je n'ai pas pu rester avec ma vraie mère, ».

Dans cette école, nous avons un bon contact avec l'infirmière du Centre psycho-médico-social. Les autres intervenants ne se rendent pas bien compte du problème, et ne comprennent pas nos questions ou informations, tant Pierre a, avec eux, un comportement « normal » ;

A ce moment, grâce à la création d'une association spécialisée, nous mettons enfin des « mots sur les maux », des mots plus justes sur la problématique dont souffre notre fils : les Troubles de l'Attachement. Il est important de comprendre ce mécanisme de pensée, plein de paradoxes (« plus je suis violent envers vous - mes parents - plus je demande que vous me prouviez que vous - mes parents - vous m'aimez »), qui peut prendre différentes formes de violence, soit vis à vis de l'enfant (auto-mutilation, tentative de suicide), soit envers autrui (surtout la mère adoptive).

Devant les menaces de Pierre envers nous et envers lui-même, nous ouvrons, sur les conseils d'un juge de la jeunesse, un dossier au Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ) en vue d'assurer une protection face à d'éventuels débordements. Tant Pierre que nous, sommes bien reçus par une assistante sociale du SAJ. Les propos de notre fils correspondent aux nôtres. Le SAJ ne donne pas de solution à ce stade-ci de notre démarche.

En fin d'année scolaire, et suite à une frustration importante (un stage de vacances ADEPS qu'il n'acceptait pas), Pierre tente d'étrangler mon épouse ;

ce qui nous amène à déposer plainte, avec certificat médical à l'appui, à la Gendarmerie; acte difficile mais indispensable!

S'en suit un placement d'urgence par le SAJ en famille d'accueil (durant une grande partie de l'été), suivi par un placement dans une institution dépendant du SAJ. Il fréquente en même temps une école professionnelle. Les retours à la maison, les week-end, sont toujours infernaux et nous ne voyons aucune amélioration. Pierre décide à ce moment de refuser de se faire suivre par le pédopsychiatre. Nous poursuivons néanmoins son traitement médicamenteux, car celui-ci représente le seul moyen de le calmer en cas de débordement.

À la demande grandissante de Pierre, l'équipe de l'institution tente de retrouver sa mère biologique. Notre fils rencontre pour la première fois sa mère; ce qui lui procure dans un premier temps un grand apaisement, mais le frustrera davantage par la suite, car il ne pourra pas garder le contact avec elle comme il le souhaitait.

Après 3 mois de séjour dans l'institution, une décision de retour à domicile est prise, surtout du fait de la promiscuité avec d'autres jeunes jugés « plus difficiles et dangereux » que notre fils! Un suivi périodique, à domicile, par l'équipe de l'institution est proposé. Il change alors d'école.

Nous éprouvons des difficultés à faire admettre par le SAJ que Pierre a, à notre sens, un problème mental important, nécessitant une aide plus spécifique. Notre fils refuse toute aide psychiatrique. Le SAJ nous propose une prise en charge familiale, en ambulatoire.

De notre propre initiative, et sur recommandation d'autres parents de l'association à laquelle nous participons, nous décidons plutôt de trouver une aide thérapeutique plus globale pour lui, soit en Institut Médico-Psychologique (IMP) soit en hôpital pédo-psychiatrique. Mais les places dans ces institutions sont limitées et un temps d'attente est nécessaire.

À partir de Pâques 2002, Pierre décide de ne plus fréquenter l'école, nous rencontrons peu de réponses et peu d'aide auprès de la Direction de l'école et du centre PMS. Ce dernier nous informe que nous devons en avvertir le SAJ.

Une troisième intervention policière a lieu.

Quelques temps après, mon épouse est hospitalisée pour une semaine. Notre fils

>> Les cahiers

de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale

lui a rendu visite et a été impressionné. A son retour à la maison il a décrété violemment ne pas vouloir fréquenter l'école le lendemain. Le lendemain soir notre fille me téléphone car Pierre est violent et menaçant à son égard. Nous avons finalement été contraints d'appeler la police pour la quatrième fois, en lui demandant de prendre Pierre en charge, ce soir là !

Nous avons toujours bénéficié de bonnes interventions de la part de la police !

Cette intervention policière s'est terminée le lendemain par un transfert du dossier au SAJ. Le lendemain soir (un vendredi !), le SAJ a réussi à trouver une place dans un centre SAJ, pour un hébergement temporaire, en attendant une place en Centre d'Accueil d'urgence (CAU). Le SAJ me demande d'accompagner moi-même notre fils (violent) au CAU, le lundi soir ! Une place avait enfin été trouvée !

L'objectif essentiel des CAU est de trouver une place dans un institut, dans les vingt jours qui suivent, avec une possibilité de renouveler le séjour pendant vingt jours. Une seule éducatrice s'est montrée intéressée par nous et notre histoire. Nous refusons finalement un placement qui nous est proposé, dans une autre institution du SAJ.

Pierre étant de retour à la maison, et face au décrochage scolaire, le SAJ, sur notre proposition, appuie une formule d'expédition en mer, durant 5 semaines avec 3 autres jeunes accompagnés d'un couple d'éducateurs-navigateurs ; une bonne expérience, mais pas suffisante, avec une équipe motivée et soutenante.

Au terme de l'expédition, le SAJ exerce pour la première fois, et sur notre insistance, une contrainte sur notre fils, le menaçant de transférer son dossier au Tribunal de la Jeunesse s'il n'accepte pas la solution que nous lui proposons pour la rentrée. Cette contrainte semble heureusement porter ses fruits depuis lors.

Durant les vacances, nous recevons ENFIN une réponse positive d'un hôpital pédo-psychiatrique, qui accepte l'admission de Pierre... Au départ, il semblait réticent, mais les professionnels ont quand même réussi à le convaincre, sans pour autant le contraindre.

En septembre 2002, il est donc admis à l'hôpital. En parallèle, il fréquente une école d'enseignement spécialisé.

Le pédopsychiatre qui le suivait et qui devait signer la demande d'admission, ne paraissait pas du tout convaincu par notre choix. Pour lui, «il fallait laisser les choses aller, et les gérer au quotidien, tant bien que mal». Quand nous lui demandions ce qu'il voyait comme évolution, la réponse était: « peu d'espoir de voir la situation évoluer favorablement, avec comme conséquence prévisible que notre fils deviendrait un marginal, un délinquant, sans beaucoup de perspectives en terme d'autonomie, de revenus, de travail ».

D'emblée, à l'hôpital, nous sommes associés à la prise en charge. Pierre revient tous les 15 jours à la maison.

Nous avons une rencontre d'une heure, avec deux membres de l'équipe, avant chaque retour à domicile, afin de faire le bilan de son vécu les quinze derniers jours. L'évolution de son comportement est analysée de manière détaillée.

Après trois mois, on nous fait comprendre qu'il ne peut pas rester indéfiniment dans un hôpital pédo-psychiatrique, et qu'une place vient de se libérer dans un IMP. Devant notre inquiétude, on nous assure que l'hôpital est toujours prêt à le reprendre en cas de situation difficile, et que les deux centres ont l'habitude de fonctionner en «réseau».

Fin décembre 2002, Pierre est admis à l'IMP. L'accueil est très bon. On sent la continuité de la prise en charge, mais on sent d'emblée que les moyens en personnel d'encadrement sont nettement différents! Les contacts sont très personnalisés.

Pierre revient à la maison tous les 15 jours. Pour commencer, cela se passe soit très bien, soit très mal, nécessitant alors qu'il retourne à l'IMP.

Tous les trimestres, une réunion est organisée à l'hôpital en présence de la psychologue et de l'éducateur (réfèrent de Pierre) qui l'ont suivi à l'hôpital, le psychologue et l'assistante sociale de l'IMP, nous les parents, et notre fils. Nous faisons le point ensemble, et ces bilans sont positifs. On y observe une certaine amélioration, lente, mais progressive.

Sur le plan scolaire, l'IMP ré-inscrit Pierre dans l'enseignement spécial, de type 8, cette fois. Notre fils opte pour la section «cuisine». Jusqu'à Pâques 2003, ses résultats scolaires sont très bons.

>> Les cahiers

de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale

Après Pâques, le comportement de Pierre se dégrade, il reste violent vis à vis de nous et il développe un langage et des gestes suicidaires. Il a très mal vécu la mort, par suicide, d'un ami très proche de la famille. L'hôpital décide de le ré-hospitaliser pour une semaine. Il revient rassuré et apaisé à l'IMP.

Son année scolaire n'est pas concluante, surtout sur le plan comportemental, nous nous rendons compte que les liens entre l'école et l'IMP ne sont pas très développés.

En juin 2003, nous relançons le SAJ (qui ne s'était pas manifesté depuis un an). Nous demandons qu'un cadre contraignant soit de nouveau rappelé à notre fils Son comportement mettait en danger non seulement les autres, mais également lui-même. Il était aussi nécessaire de programmer les activités durant la période des vacances. L'hôpital nous a vivement conseillé d'alerter le SAJ, afin de le rallier dans ce sens.

Une semaine après, l'IMP provoquait une réunion entre le SAJ, l'hôpital, eux et nous. L'attitude du SAJ a été de nous demander «de quelle aide nous avons besoin?», alors que c'est à eux, en tant que professionnels, que nous nous adressions, pour qu'ils nous proposent des solutions! Nous apprenons par ailleurs qu'une rencontre de mise au point entre le SAJ et notre fils avait été organisée au mois de mars de la même année, sans que nous n'en ayons été avertis. Pierre étant pris en charge par l'IMP, l'assistante sociale nous a averti que le dossier allait être classé; chose à laquelle nous nous sommes opposés formellement.

A ce stade de son parcours Pierre a réussi à développer une certaine confiance en la personne du directeur de l'IMP, qui parvient à dialoguer avec lui dans les moments difficiles.

Lorsque TOUS les intervenants sont «sur la même longueur d'onde», il se sent sécurisé.

Autre événement positif: un stage bénévole, à la fin des vacances d'été, à la garderie de la clinique où travaille son papa. Un des animateurs l'affectionne et le comprend très bien. Pierre lui téléphone souvent quand il ne se sent pas bien, et nous essayons de collaborer avec lui pour faire passer nos messages.

Notre fils est invité à refaire l'expérience. Au Carnaval, il refait ensuite un stage, officiel cette fois, à la demande de l'IMP. Il bénéficie d'une évaluation et se sent valorisé par les conclusions positives du stage.

Nous l'inscrivons à une formation d'animateur, organisée à Pâques. Il acquiert beaucoup de confiance en lui, et rencontre d'autres jeunes avec lesquels il sympathise. Cette formation se prolonge et il pourra obtenir à terme un certificat «d'animateur».

Sur l'invitation d'un éducateur de l'IMP, il renoue également avec le football.

Nous pouvons affirmer qu'aujourd'hui Pierre bénéficie d'une aide et d'une prise en charge qui globalement le rassurent, et nous aussi. Néanmoins, il reste un enfant très fragile, vivant les contrariétés difficilement, n'ayant pas encore un but précis dans la vie (donc éprouvant des difficultés à s'orienter sur le plan scolaire), attendant impatiemment ses dix-huit ans pour «faire ce qu'il veut», «s'orienter où il voudra»; mais vivant néanmoins mal, avec beaucoup d'angoisses et de questions, toutes les grandes inconnues qui se présentent à lui. Il aura encore, à notre sens, besoin d'encadrement, bien au-delà de ses dix-huit ans. Pourvu que cela soit possible, car nous craignons que son futur statut d'adulte ne lui offre pas tous les services réservés aux enfants et adolescents.

Synthèse de la table ronde

Les lacunes au niveau de l'**information** ont été soulevées. Celle-ci fait défaut tant du côté des parents, qui recherchent une aide pour leur jeune, que du côté des professionnels eux-mêmes, surtout des intervenants de première ligne. Ainsi, non seulement le problème n'est pas toujours détecté comme il le devrait pour être pris en charge à temps, mais si c'est le cas, l'orientation vers un service relais ad hoc ne va pas toujours de soi. Cette méconnaissance de l'offre de soins est un obstacle à l'accessibilité. Par ailleurs, les **préjugés** à l'égard de la psychiatrie sont tenaces, au sein même des professions médicales.

Dans quelque parcours que ce soit, il est important de **ne pas rompre le lien**. Les intervenants qui reçoivent des parents inquiets et leur enfant devraient pouvoir dire «pour le moment, on ne fait rien, mais revenez dans trois mois pour réévaluer la situation». Assurer le suivi signifie à la fois s'interroger sur l'aide à donner à l'enfant mais aussi aux parents et ne pas laisser trop de choses reposer sur leurs épaules. Les groupes de paroles et d'entraide peuvent être pour ces derniers de bons soutiens, ainsi que de bons vecteurs d'information.

Une fois la solution adaptée identifiée, c'est souvent **le manque de places** disponibles qui pose problème. Si certains défendent la création de places supplémentaires, d'autres intervenants sont perplexes car ils pensent qu'en augmentant l'offre, la demande risque d'augmenter aussi. Tout le monde s'accorde cependant sur un point : il est essentiel que les structures soient assez souples pour s'adapter aux différentes situations et aux symptômes nouveaux qui apparaissent chez les adolescents. L'aide proposée doit pouvoir se décliner sous différentes formes : expression verbale ou non, psychomotricité, ateliers, groupes, etc.

Le passage à l'âge de la majorité est un véritable problème en termes d'accès aux soins. En effet, d'une part, on observe que des structures pour enfants refusent des jeunes de 17 ans avec lesquels elles ne pourront pas assurer un travail à suffisamment long terme. D'autre part, les services pour adultes ne peuvent légalement pas accueillir un mineur. Ces jeunes à l'entre-deux se retrouvent donc dans une grande difficulté à trouver de l'aide. Au niveau de la prévention, les centres psycho-médico-sociaux existent dans le secondaire, mais les étudiants de l'enseignement supérieur ne savent pas quant à eux vers quel interlocuteur ils peuvent se tourner. On constate que la problématique de l'adolescence se poursuit souvent, aujourd'hui, jusqu'à 25 ans.

A cela s'ajoute la question de **la demande** : certains adolescents et jeunes adultes en souffrance ne sont pas en mesure d'exprimer une demande (ce qui constitue pourtant une exigence de certains services), allant même parfois jusqu'à refuser l'aide qui leur est proposée. Comment les amener à se faire aider ?

Le coût de la santé mentale a également été évoqué. Ainsi, le prix des psychothérapies reste prohibitif pour beaucoup et les services de santé mentale, plus accessibles financièrement, sont surchargés. Les médicaments sont chers également. Les différences de prix entre un service et un autre (subsidés par des instances différentes), entre une région ou une autre, sont parfois phénoménales. Cela interroge la précarité qui peut découler d'une prise en charge, mais qui aussi parfois la précède : ainsi, en dix ans, un établissement de psychiatrie infantile a vu le nombre de parents qui ne payent pas les factures quintupler.

Adultes¹¹

Témoignage

A trois ans et demi, mes parents se rendent compte que j'ai un problème : je n'arrive pas à marcher, je tombe tout le temps. Il s'agit des conséquences d'une maladie de naissance qui occasionne une paralysie à la jambe. J'ai été soigné pour cela, mais je garderai un handicap et je subirai de nombreuses interventions médicales tout au long de ma vie.

Deux ans plus tard, mes parents se séparent. Je crois que mon handicap et la gestion quotidienne que cela impliquait ont peut-être joué à ce niveau. Quand un tel problème est détecté, on explique aux parents toutes les conséquences en terme physique, mais on ne propose pas de soutien psychologique pour la compréhension et l'acceptation du handicap. Quand il a fallu décider de la garde des enfants lors du divorce, ma mère voulait bien garder mon frère mais pas moi. Je demandais trop d'attention. On a donc cherché un tuteur dans la famille.

C'est ma grande-tante et mon grand-oncle qui m'ont élevé depuis mes cinq ans et demi. Ils étaient formidables, mais déjà vieux et se retrouvaient brusquement avec des obligations de père et de mère. En primaire, cela s'est bien passé, ils ont pu me soutenir. En secondaire cela a été plus difficile. Quelles études choisir ? Comment trouver un bon emploi, malgré mon handicap ? Je n'ai jamais été conseillé, orienté, jamais d'encadrement ou d'aide. Mes grands-parents (grande-tante et grand-oncle) n'étaient pas informés des aides possibles, des démarches à accomplir... Je suis allé dans une école technique jusqu'en troisième. Ensuite, j'ai fait la gravure sur armes. Une discipline artistique qui m'a beaucoup plu, mais la vie professionnelle qui y était liée m'était fermée : 8h par jour debout, des exigences de rendement, ...

A 19 ans, je me retrouve donc au chômage. J'étais reconnu comme une personne « à placement difficile », mais pas assez handicapé pour recevoir une pension. Je n'ai pas eu accès à l'information sur des formations spécifiques en rapport

¹¹ Table ronde organisée le 1^{er} juin 2005 à Libramont.
Coordination : Virginie Bellefroid – IWSM.

avec mon handicap. Mon avenir paraissait assez bouché.

Pendant ce temps, j'ai continué à voir mes parents. Cela ne s'est jamais bien passé. Mon père était dans des relations sentimentales difficiles, ma mère était agressive parfois violente. Et d'une manière générale le milieu dans lequel j'évoluais était assez violent. Il était culturellement mixte. Le handicap était mal accepté. Dans la plupart de mes relations, c'était le conflit permanent. Dans ces milieux là, on est fier. J'avais souvent cette « fierté mal placée » qui me prenait... J'ai dû apprendre à vivre là dedans et cela voulait souvent dire se battre. Je crois qu'à cette époque, j'étais bien parti pour faire un bon bandit. J'étais très révolté et je n'avais peur de rien, je fonçais.

C'est à cette époque-là - vers 17 ans à peu près - que j'ai découvert le Karaté. J'avais quelques amis qui en faisaient au village. Quand la salle a fermé - tout fermait dans ce village - ils sont allés au centre-ville. Là, ils m'ont dit qu'il y avait des personnes handicapées. Quelques temps après, je suis allé voir et puis j'ai commencé. Je n'ai jamais vraiment arrêté, même s'il y a eu des périodes où je me suis plus investi que d'autres. Je suis devenu ceinture noire, 2^{ème} dan.

Le karaté m'a beaucoup aidé. Il m'a appris une façon de fonctionner avec mon handicap, dans la salle et donc aussi dans la vie. Cela a renforcé mon caractère, cela m'a permis de ne plus être passif, de ne plus être le souffre-douleur. Cela m'a donné de l'assurance pour faire face aux frustrations liées à mon handicap. Dans un second temps, cela m'a donné des outils pour me débrouiller dans la vie, d'une manière plus générale. J'ai acquis une plus grande rapidité de réaction par rapport aux événements, j'ai appris à mettre en place des choses pour résoudre les problèmes.

C'est aussi devenu un investissement personnel, une activité dans laquelle je développe des choses nouvelles, utiles pour d'autres. Je me suis rendu compte que les loisirs peuvent servir pour se faire reconnaître comme une personne à part entière, pour développer une confiance en soi tant physique que psychologique. Je suis alors devenu professeur et j'ai travaillé aux développements de méthodes adaptées.

Finalement, c'est tout à fait par hasard que j'ai entendu parler du fond de reclassement social pour les handicapés. Ma grand-mère s'occupait d'un club de troisième âge. Un jour, une assistante sociale est venue et dans une discussion

informelle autour d'un café, ma grand-mère apprend qu'il existe des aides, des formations spécifiques et que nous avons droit à des allocations familiales majorées que nous ne percevions pas jusqu'alors. J'ai alors failli m'inscrire à une formation mais au même moment j'ai trouvé un emploi de bureau à la compagnie d'électricité. A durée déterminée seulement, mais cela valait la peine. Et cela s'est bien passé.

Après, j'avais pris goût au travail « normal ». Je ne voulais plus faire de formations pour handicapés. L'acceptation de mon handicap me posait pas mal de problème. Je viens d'un milieu « ouvrier » où on fonctionne beaucoup sur l'apparence, la plus belle voiture, la plus belle chemise, ... Le regard des autres était très difficile à vivre. Peut-être que cela aurait été plus facile si j'avais été guidé, accompagné pour accepter mon handicap. Toujours est-il que je suis resté trois ans au chômage.

C'est aussi l'époque où j'ai commencé à prendre des antidépresseurs. Je suis allé voir mon médecin traitant pour lui dire que je n'étais pas bien, sous pression, mal dans ma peau. Il n'a pas fait de diagnostic particulier, mais il m'a donné des médicaments « pour dormir » et « pour me calmer ». Je ne savais pas trop ce que c'était. Je trouve dommage que, dans ce genre de situation, le médecin généraliste n'oriente pas vers d'autres services, spécialisés en santé mentale.

Un jour, je me suis retrouvé aux urgences pendant cette période. J'avais fait une grosse soirée arrosée. J'avais également pris une dose importante d'antidépresseurs. Je n'avais pas voulu me suicider, mais je n'étais pas bien dans ma peau : mon handicap, un avenir bouché, ... On m'a envoyé à l'hôpital où on m'a fait un lavement. Quand je me suis réveillé, je me suis senti agressé par les lieux et les gens. J'ai eu un accès de violence.

Je me suis réveillé une seconde fois dans une chambre d'isolement, attaché. Une salle toute blanche qui faisait vraiment prison. J'y suis resté une journée. Trois ou quatre fois un psychologue est venu me demander si j'avais voulu me suicider, si je n'étais pas bien dans ma peau, ... Pendant que j'étais attaché. J'ai dit « non, ça va, j'ai déconné, mais tout va bien maintenant, ... » Si je disais oui, ils m'auraient gardé ! Tout ce que je voulais, c'était m'en aller. Je crois que là, on est passé à coté de quelque chose. J'aurais pu être aidé, mais c'est venu dans un contexte tel que je ne pouvais pas parler de moi et de mon mal-être.

>> Les cahiers

de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale

J'ai postulé pour rentrer à la Poste. J'ai réussi les examens. Sur la feuille d'entrée, j'ai indiqué que j'avais un handicap reconnu, ... Je suis rentré en formation pour me rendre compte qu'on me proposait de devenir facteur. J'ai signalé l'incompatibilité avec mon handicap, rien n'y fit. Quand je me suis retrouvé sur le terrain, le bureau de poste, où l'on m'avait affecté, m'a évidemment refusé. Après avoir été affecté quelques mois au tri, je suis finalement renvoyé pour «incapacité physique». Alors qu'ils connaissaient mon handicap dès le début !

J'avais alors 27 ans. Je commençais une relation sérieuse avec la personne qui allait devenir ma femme. Elle ne comprenait pas. Comment expliquer à quelqu'un que tu t'es fait virer de la Poste!! Elle pensait que je ne lui disais pas la vérité. J'entamais une relation importante et les problèmes qui entouraient mon handicap mettaient déjà ma compagne dans le doute. Je suis resté encore longtemps au chômage. Je faisais des petits boulots à gauche et à droite, jamais de statuts stables et déclarés. Nous avions le projet de nous marier, nous nous sommes mariés, j'étais toujours au chômage.

Je suis finalement retourné, poussé par ma femme, vers les formations professionnelles pour handicapés. On recevait un dédommagement par heure. C'est pas mal, pour étudier. J'ai commencé une formation en bureautique, secteur tertiaire, dans un centre de formation qui dépendait d'une structure plus large englobant des services de santé mentale, des centres de réadaptation fonctionnelle, etc. La formation s'est bien passée. Je l'ai suivie pendant 18 mois.

Durant ces formations, j'ai eu un premier contact avec les services de santé mentale (SSM). C'est là qu'on m'a dit que les psychologues ne s'occupent pas seulement des fous, qu'on peut obtenir une aide pour des problèmes de couples, des problèmes financiers, etc. Par rapport à la gestion de mon handicap cela pouvait être très utile. J'ai finalement décidé de consulter dans un service de santé mentale. Grâce à des formateurs du centre, cela a pu se faire de manière discrète. Je ne voulais pas que cela se sache. L'enjeu de la consultation était la gestion de mon handicap. Je me retrouvais souvent dans des états d'énervement, j'avais des réactions violentes. J'étais souvent en révolte. Mon expérience passée avait fait que j'avais beaucoup de frustrations par rapport à mon handicap et l'image que je donnais. Cette fierté mal placée, dont je parlais plus haut, ressortait parfois de manière inadéquate dans les milieux professionnels, dans les stages en entreprise. Ca n'allait pas.

Pendant ma formation j'ai participé à des projets européens dans lesquels le centre était impliqué. J'avais été interpellé pour témoigner de ma situation, tant du point de vue de mon insertion professionnelle, que de ma pratique sportive (Karaté). J'ai pu parler de mon handicap, des problèmes psychologiques qui y sont liées. Cela m'a également permis de me faire des contacts, de montrer ma valeur. Avant la fin de la formation, j'ai été engagé comme secrétaire dans un centre de réadaptation fonctionnelle. J'ai changé petit à petit, aidé par la formation, par la thérapie, puis aussi et surtout par mon travail et le milieu dans lequel j'évoluais. Le travail et les gens que j'y ai rencontré ont vraiment été décisifs pour moi. Ils m'ont permis d'avancer.

Et puis il y a eu la séparation, quatre ans et demi après le mariage. Cela a été un période très difficile. J'ai réussi à garder mon travail, je n'ai pas déconné, mais c'était très dur. Un moment je me suis retrouvé à bout de souffle. J'ai alors consulté en privé. Je ne voulais plus consulter en SSM à cause de mon travail. La thérapie a touché à mon passé familial, mais c'était aussi des conseils, un guide pour me sortir de ce mauvais pas.

Je commençais à m'en sortir quand il y a eu l'accident de ma grand-mère. Elle est décédée dans des circonstances assez douloureuses. Je terminais à peine le deuil de ma relation et j'avais à faire face au deuil d'une des personnes les plus importantes de ma vie. Cela été vraiment dur. Sur les lieux, les policiers n'étaient pas vraiment préoccupés par ma douleur. Heureusement mon psychologue est venu directement, sur place. Cela m'a beaucoup aidé. J'aurais probablement fait des bêtises sinon... Par la suite il m'a soutenu dans mes hauts et mes bas, pour me redonner l'envie, pour continuer... pour comprendre, aussi. Par rapport à certains choses je n'étais plus le même, je ne faisais plus les choses de la même manière.

Il y a encore eu une période difficile, c'est l'aggravation de mon problème à la jambe. Ma vie a été en danger et on a failli m'amputer. Finalement je m'en sors bien, l'opération s'est bien passée et la plaie cicatrise tout doucement. Encore une fois, il n'y a aucun soutien psychologique à l'hôpital. Il y a pourtant une anamnèse sociale à l'entrée. J'avais dit que j'habitais seul, que je n'avais pas beaucoup de famille. Pour la sortie de l'hôpital, on m'a donné une prescription pour une infirmière, mais où la trouver? Personne ne m'a non plus parlé d'aide familiale.

La mutuelle ne m'a pas non plus été d'une grande aide dans ma situation. Ils savent pourtant que je sors de l'hôpital, que j'ai subi des interventions très lourdes. Mais c'est seulement un an plus tard que je reçois la visite d'une assistante sociale, pour un contrôle! On ne nous informe pas assez, on doit chercher seul alors que la situation n'est déjà pas facile à vivre.

Maintenant je ne travaille plus. Je suis toujours en revalidation suite à mon intervention. Un psychologue ne serait pas du luxe. Mais avec mon revenu de la mutuelle, je ne peux plus me le payer. Bien sûr, je pourrais aller à un autre endroit, dans un service de santé mentale qui offre des consultations bon marché, mais je ne veux pas changer de psychologue.

Je n'ai jamais reçu un diagnostic précis. J'aurais pu, probablement. Une dépression, c'est vite diagnostiqué. Ou un choc émotionnel, ou quelque chose dans ce genre... Ce sont des choses qui sont reconnues comme diagnostic maintenant. Mais c'est toujours mon problème physique qui a été le centre. On m'orientait systématiquement vers des orthopédistes, mais vers des psychologues, jamais. Quand vous avez un problème physique ou social, on ne vous oriente pas vers un soutien psy. Pour ça, il faut relever de la psychiatrie, avoir un diagnostic de maladie mentale.

Synthèse de la table ronde

Les **représentations sociales** face à la santé mentale, à la folie, à la maladie mentale restent un frein important à l'accessibilité aux soins. Un réel travail de sensibilisation s'impose tant vis-à-vis du public que des intervenants de première ligne (médecin généraliste, personnel du service social, du service d'urgence,...) auprès desquels les pathologies mentales ne sont pas non plus toujours bien accueillies. Vu le rôle primordial que jouent les premiers intervenants rencontrés, il est important qu'ils soient bien informés sur les services existants afin d'orienter au mieux le patient et qu'ils soient de surcroît mieux formés à l'écoute des aspects psychologiques. Le **manque d'information** est également manifeste parmi les professionnels de santé mentale eux-mêmes et bien sûr, parmi les usagers et les familles.

Par ailleurs, la question de **la demande** est problématique lorsqu'elle est une condition de prise en charge, comme c'est le cas dans certains services de santé mentale, car elle exclut de facto la majorité des problématiques. Le déni de la maladie et le chemin à parcourir pour pouvoir formuler

une demande d'aide sont des freins dont il faut tenir compte. Une **approche globale** de la personne fait aussi souvent défaut. Par ailleurs, dans beaucoup d'institutions, les listes d'attente sont longues ; les horaires, pas toujours bien adaptés, manquent de souplesse ; les formalités administratives sont parfois lourdes et les soins en santé mentale coûtent cher tant dans le secteur public que dans le privé.

On constate que, pour bénéficier de telle ou telle aide, il est nécessaire de répondre à des **critères diagnostiques**, avec le danger d'être étiqueté, mais aussi d'être exclu du champ de prise en charge : c'est le cas notamment des usagers chroniques, ou de ceux qui souffrent à la fois de handicap et de troubles du comportement. L'accessibilité est également compliquée lorsque la situation sociale des personnes est précaire (chômage, isolement, pauvreté,...), celles-ci « atterrissant » quasi systématiquement dans les services d'urgence : il manque véritablement de **ponts entre la santé mentale et le social**. Pour les personnes étrangères, la langue et la culture font obstacle aux soins et leurs croyances, leurs représentations de la maladie et de la guérison devraient être prises en compte.

Lorsqu'il y a prise en charge, le bât blesse encore dans la **collaboration avec les familles** qui se sentent parfois insuffisamment informées, rassurées, écoutées dans leur souffrance,... Le personnel soignant dit malheureusement manquer de temps pour dialoguer avec celles-ci. Quant au patient lui-même, l'établissement d'un lien de confiance avec le soignant, à la base de tout processus thérapeutique, ne va pas toujours de soi. Alors qu'il est fondamental que **l'usager** soit entendu et reconnu, le temps d'écoute a considérablement diminué ces 10 dernières années : il manque de lieux d'écoute dans les unités soignantes hospitalières et de personnel formé dans ce sens. Par exemple, dans tel service psychiatrique, il n'y a qu'un psychologue à 3/4 temps. Une amélioration du soutien psychologique des patients lors des hospitalisations est souhaitable via, notamment, le renforcement des équipes de psychiatres et de psychologues « de liaison ».

La continuité des soins a également été interrogée : Qu'en est-il du patient qui quitte un service ? Que deviennent ses liens ? Comment sont définies les limites de chaque service ? Le réseau fonctionne principalement sur base des connaissances et relations personnelles et individuelles. Cette coordination entre les professionnels reste à améliorer. Dans cette optique de continuité, il manque quelque chose pour faire le lien entre l'urgence et la consultation, peut-être une structure intermédiaire généraliste et souple ?

Personnes âgées¹²

Témoignage

Hélène est âgée de plus de 60 ans. Elle se marie à l'âge de 27 ans. Son mari, entrepreneur, s'absente régulièrement pour son travail. Elle se retrouve souvent seule à la maison et doit tout faire toute seule.

Le couple déménage et il leur est difficile de nouer de nouvelles relations dans une région qui n'est pas la leur; mais ils sont en bons termes avec le voisinage.

Après onze ans de mariage, Hélène donne naissance à une fille. Quand cette fille a 18 ans, elle quitte la maison et ne donne plus de ses nouvelles. Cette séparation a été très douloureuse.

Hélène consultait régulièrement son médecin traitant.

Après quarante ans de mariage, son mari la quitte sans aucune explication sur les motifs de son départ. Il s'installe avec une dame plus âgée par laquelle il se fait entretenir.

Hélène a une sœur dont elle était proche avant le départ de son mari. Elle dit de celle-ci qu'elle n'est pas très «famille»: elle ne la soutient pas quand elle se retrouve seule. Suite à cela, Hélène préfère couper les ponts.

Après le départ de son mari, elle se replie sur elle-même et fait une dépression. Cela va tellement mal qu'elle ne pense pas à demander de l'aide. Après une tentative de suicide, elle séjourne à O. où elle est bien soignée pendant 6 mois. Elle a beaucoup de liberté et s'entend très bien avec les autres patients. Elle reçoit les soins d'une psychologue.

Ne pouvant plus rentrer à son domicile pour y vivre seule, Hélène est alors transférée, sans préparation, vers un hôpital psychiatrique. Elle y reste 3 ans. Les premiers temps sont très difficiles à vivre pour elle. Après, elle a beaucoup de liberté et, notamment, la possibilité de se promener en ville en vélo, mais elle ne se sent pas soignée. Le traitement est uniquement médicamenteux et elle

¹² Table ronde organisée le 8 juin 2005 à Namur.

ne bénéficie pas d'un suivi psychologique. Elle a l'impression que le médecin « drogue les femmes ».

Une fois qu'Hélène va mieux, il lui est impossible de rentrer chez elle : son mari a vendu la maison. Les démarches de l'assistante sociale de l'hôpital pour lui obtenir une pension permettent son transfert en maison de repos.

Ce transfert, en 1999, a lieu sans lui demander son avis. Hélène dit avoir beaucoup des difficultés à s'adapter à son nouveau lieu de vie. Elle avait une image très négative des maisons de repos. Pendant un temps, elle pense entamer une grève de la faim pour dire qu'elle se sent malheureuse. Elle a besoin qu'on prenne soin d'elle car elle se sent suicidaire, elle ne souhaite pas vivre seule.

Maintenant, elle participe à différentes tâches, elle a beaucoup de liberté. Elle s'occupe sans cesse des autres et on l'aime bien car on la trouve rigolote. Peu de personnes sont au courant de son histoire personnelle et de sa dépression. Elle pense que ce serait mal vu en particulier par les autres résidents de la maison de repos. Elle dit que son courage et le fait de rester en activité la soutiennent. Les infirmières la soignent bien et sont disponibles pour l'écouter. Hélène rencontre régulièrement son médecin traitant. Elle en a changé peu de temps après son arrivée à la maison de repos car le précédent ne lui prescrivait jamais d'exams. Celui-ci est à l'écoute et ...lui donne un bisou quand il vient la voir.

L'époux d'Hélène décède en 2002.

En 2003, sa fille l'a recontactée. Elle avait alors 4 garçons. Elles se sont revues régulièrement mais Hélène n'y va plus : elle ne s'entend pas avec le compagnon de sa fille et ne partage pas leur façon de vivre. Elle ne veut pas créer de dispute.

Depuis peu, suite au préavis reçu par l'animatrice de la maison de repos de qui Hélène était très proche et grâce à l'infirmière de la maison de repos, une psychologue l'accompagne quand elle le souhaite.

Synthèse de la table ronde

De manière générale, les personnes âgées font rarement appel de façon spontanée aux services spécialisés en santé mentale. Elles appartiennent à une génération qui n'a pas été habituée à fréquenter de tels services. D'autres alternatives leur conviendraient sans doute mieux,

telles que les groupes de paroles et les initiatives communautaires (clubs de pensionnés, groupes de prière, etc.).

D'autre part, les familles mais également les professionnels connaissent en général mal les nombreux services à même d'accueillir ce public.

Les intervenants de première ligne, en particulier les **médecins généralistes**, n'ont pas toujours une bonne connaissance des services existants et ne peuvent renseigner adéquatement les patients et leur famille. Ils jouent bien souvent un rôle primordial auprès des personnes âgées et occupent parfois une place affective importante pour ces personnes qui vivent, souvent, dans la solitude parce que leurs enfants travaillent et n'ont plus le temps de s'occuper d'elles et parce que les liens sociaux sont moins forts qu'autrefois. Malheureusement, alors qu'ils devraient être bien formés pour y arriver, les médecins terminent leurs études avec un bagage relativement maigre en santé mentale.

Concernant l'accès aux services à proprement parler, outre les problèmes qui se rencontrent pour toutes les tranches d'âge tels que les listes d'attente trop longues, la mauvaise répartition géographique des services ou le coût des soins, on constate le **manque d'équipement** de certains services pour accueillir les personnes âgées. De plus dans les institutions pour personnes âgées, notamment dans les maisons de repos, il n'y a pas souvent du personnel, ni psychologue, ni psychiatre, qui peut prendre en charge leurs problèmes de santé mentale. Les **soins spécialisés à domicile**, quant à eux, sont inabordables. Ils constituent pourtant une solution de prise en charge qui convient particulièrement aux personnes âgées puisqu'ils leur permettent d'être soignées dans leur cadre de vie et d'effectuer les gestes de la vie quotidienne, même lorsqu'il y a, par exemple, des problèmes de perte de mémoire.

Un autre constat est que la plupart des professionnels manquent de **temps**. Or, beaucoup des demandes concernant les patients âgés nécessitent une prise en charge rapide: en hôpital général, les personnes âgées arrivent souvent via le service des urgences; en hôpital psychiatrique, les familles viennent généralement lorsqu'elles sont essouffées, quand elles n'assument plus et qu'il n'y a plus d'autres solutions. Il faut alors agir vite. Par ailleurs, le temps est en outre un élément important dans la relation entre le soignant et le soigné, comme en maison de repos où un lien familial s'installe souvent entre le personnel et les résidents.

Les soignants, débordés, sont trop souvent amenés à administrer des médicaments alors qu'une psychothérapie serait plus adéquate.

Les professionnels, par ailleurs, se concertent encore trop peu. Mettre tout le monde autour de la table reste difficile; les professions restent **cloisonnées** et les relais d'une institution à une autre ne se font pas toujours idéalement.

Restons optimistes cependant, il faut en effet souligner que les familles témoignent d'une **évolution positive** de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement en institution depuis ces 20 dernières années. Les médecins se retranchent moins souvent derrière le secret professionnel et mettent davantage les proches dans la complicité du traitement.

Aux portes du soin

l'accessibilité en santé mentale

Colloque IWSM - Charleroi, le 3 février 2006

Introduction

Introduction

Une journée de travail pour faire le point sur l'état des lieux de l'accès aux soins en santé mentale en Wallonie. Une première tentative de mise en commun pour l'élaboration ultérieure de repères et de recommandations à soutenir tous azimuts.

Allocution de bienvenue

Francis Turine / Président de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale

Madame la Ministre,
Mesdames, Messieurs,
Chers collègues,

Au nom du Conseil d'Administration, de la directrice et de l'équipe de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, je suis très heureux de vous accueillir à notre troisième colloque.

Si notre société se qualifie de plus en plus de société d'abondance, nous savons par ailleurs qu'elle n'est d'abondance que si nous négligeons tous ses très nombreux laissés pour compte ; dans le même temps, elle véhicule également toujours davantage le thème de l'accessibilité. Ce concept est régulièrement mis au devant de la scène, que ce soit dans les médias, auprès des organisations syndicales, auprès des entreprises de publicité et au sein des partis politiques.

Il suffit de se rappeler que cette journée d'étude avait été prévue le 28 octobre dernier. Le report a été décidé suite à la grève nationale dont le thème était notamment l'accessibilité ! Oh, non pas l'accessibilité aux soins en santé mentale mais la défense de l'accessibilité à une prépension et à une pension dans des conditions garantissant ou permettant ce que l'on qualifie d'un certain bien-être.

Sans nous y attarder, on peut percevoir à partir de ce petit exemple le lien qui peut être fait, le lien qui doit être articulé entre politique, conditions de vie dans tous leurs aspects et santé mentale.

Mais, il y a les laissés pour compte ou les moins outillés !

Laudela, c'est ainsi qu'une éducatrice dénomme cette jeune femme qui aura bientôt 18 ans et qui devra, à sa majorité, quitter le service K où elle séjourne. Laudela, appelée ainsi parce que cette jeune fille interroge l'humanité jusqu'à son essence tant elle n'est que souffrance psychique vivante. Elle a accès au langage mais il ne la rassure pas nécessairement. Ses mains, si elles ne sont pas occupées ou distraites, ne sont là que pour ponctuer le temps en se tapant les poignets ou en s'en prenant à tout ce qui est trop près.

Séjours en institutions diverses se sont succédés, séjours prolongés en famille avec des parents qui en veulent à Dieu et au monde entier d'avoir donné jour à une telle enfant ! Aucune explication

scientifique, organique, génétique ne vient ponctuer ou apaiser et encore moins cicatriser leur interrogation et leur blessure de parents.

Confrontation à une énigme qui transforme et influence toute la dynamique familiale.

Bricolages multiples pour faire en sorte qu'une certaine vie commune soit possible ; tenir les mains, les lier, camisole partielle ...

18 ans ..., elle doit aller ailleurs ! Seule solution actuelle parmi des dizaines de démarches : 6 mois, jour pour jour, dans un hôpital psychiatrique ... Et le service K est malgré tout soulagé d'avoir trouvé cette porte de sortie ... Les parents restent avec cette incertitude radicale quant à un asile et quant à l'avenir pour leur fille !

Une question d'accessibilité campant le thème de la journée. Le cadre est donné.

Il me semble important de vous dire que le report de cette journée et les semaines qui ont suivi ont été mis à profit pour progresser dans l'identité de l'Institut Wallon qui n'a jamais que trois ans.

Dernièrement, je découvrais l'ouvrage issu du Congrès International qui s'est tenu à Lyon en 2004, sous la direction de Christian Laval et Jean Furtos, Congrès dont le thème était « La Santé Mentale face aux mutations sociales ». Cet ouvrage s'intitule « La Santé mentale en actes : de la clinique au politique »¹³.

Ce sous-titre, « de la clinique au politique », je me suis dit que cela définissait bien un des objectifs de l'Institut : partir des réalités, des expériences très diversifiées du terrain, se baser sur les enseignements pluralistes de la clinique et des nouages transférentiels multiples pour en faire part aux responsables politiques, pour les y sensibiliser dans le but d'éclairer les décisions qu'ils ont à prendre.

L'identité de l'Institut Wallon continue à s'élaborer et cela sur deux versants : d'une part, sur le plan interne, trouver une certaine cohérence dans l'approche des problématiques de santé mentale à travers la diversité des accents soutenus par ses membres ; et d'autre part, sur le plan externe, dans sa relation avec la Région wallonne qui le subventionne, dans sa relation à l'Autorité politique qui n'est plus la même que celle qui a souhaité sa fondation, dans sa collaboration, donc, avec le Cabinet de Madame Vienne qui nous a précisé certaines de ses attentes à l'égard de l'Institut.

Ceci a eu pour effet que Madame la Ministre a souhaité introduire notre journée sur l'accessibilité aux soins et non la clôturer comme initialement prévu. C'est avec plaisir que je lui donne donc la parole.

¹³ Furtos Jean, Laval Christian, « La Santé mentale en actes : de la clinique au politique ». Ramonville Saint-Agne, Erès, 2005, 357 p. (coll. Etudes, Recherches, Actions en santé mentale en Europe).

Introduction à la journée

*Christiane Vienne / Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances
du Gouvernement de la Région wallonne*

Mesdames, Messieurs,

C'est un réel plaisir pour moi d'être parmi vous à l'occasion de ce troisième Colloque organisé par l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.

Nous sommes ici aujourd'hui pour débattre ensemble de la question de l'accessibilité en Santé Mentale.

L'OMS définit la Santé Mentale comme «un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté».

Dans le cadre de l'accessibilité aux soins, l'importance de la représentation qu'ont les bénéficiaires quant à ce concept de « Santé Mentale », est primordiale.

Chaque être humain dispose d'un vécu, d'une histoire qui lui est propre. Selon que vous êtes utilisateur de ces services mis à la disposition de la population ou dispensateur de soins, votre approche du concept en sera totalement différente.

L'accès aux soins sera, lui aussi, influencé par le niveau de stigmatisation des problèmes de santé mentale rencontrés.

De plus, le terme de « Santé mentale » reste très souvent tabou ; il reste en effet attaché dans l'esprit de nombre de nos concitoyens à la folie. Il suffit de prononcer le mot « psychologue » ou « psychiatre » pour entendre fuser des « mais je ne suis pas fou ».

Il est donc utile de rappeler que la Psychiatrie et la Santé Mentale sont deux concepts différents et que, toute personne en souffrance psychique ne va pas se retrouver dans un hôpital psychiatrique.

C'est pourquoi, le pouvoir politique a un rôle important à jouer au niveau notamment de la transmission de l'information.

En informant la population, on participe au processus de démythification.

Cet accès à l'information doit pouvoir atteindre « monsieur et madame tout le monde », mais également les professionnels des soins de santé.

Il est important que les acteurs de première ligne puissent avoir une vue claire quant aux ressources existant sur le territoire dans lequel ils travaillent.

Comment donner, en effet, un maximum d'informations exactes aux patients si les travailleurs eux-mêmes ne disposent pas des connaissances concrètes et approfondies des différentes possibilités d'aide et de prise en charge.

C'est peut-être aussi réfléchir à de nouvelles méthodologies de travail.

Comme par exemple accueillir, pour une journée, sous forme d'immersion, les travailleurs d'un service voisin différent.

Cela permet aux travailleurs de se rendre compte des multiples approches qui peuvent être proposées aux patients mais aussi de faire sauter les cloisonnements existant au sein de la profession.

L'accessibilité en Santé Mentale passe également par des aspects très pratiques tels que l'accessibilité géographique, physique et financière.

Les critères géographiques et financiers me semblent fortement liés l'un à l'autre.

En effet, si une personne doit parcourir un trajet relativement long pour avoir accès aux soins, inmanquablement, cela va avoir des répercussions sur son budget.

De même, demander à une famille à faibles revenus de consacrer une partie de ses rentrées à un processus de soins alors qu'elle sait à peine nouer les deux bouts, relève de l'impossible.

En ce qui concerne l'offre de soins, il apparaît effectivement que certaines régions sont moins bien desservies que d'autres et que pour avoir accès à certaines catégories de services ou de spécialisations, il faut faire un nombre conséquent de kilomètres.

Le Cadastre de l'Offre de Soins en Région wallonne, dont le Gouvernement wallon avait confié la réalisation au Conseil wallon des Etablissements de Soins et au Conseil Régional des Services de Santé Mentale, a permis notamment de mettre en regard, aux besoins encore insatisfaits, un état précis des différents dispositifs offerts à la population.

Les budgets de la Région wallonne étant ce qu'ils sont, c'est-à-dire malheureusement peu extensibles, il appartient au pouvoir politique de réfléchir aux différentes alternatives possibles permettant d'aménager les dispositifs existants, de manière à rendre les soins plus accessibles.

Dans le domaine de la santé mentale, les seuls services, rentrant dans un cadre décrétoal, que j'agrée et que je finance entièrement sont les services de santé mentale.

Au vu de la réalité de ces services, il s'avère qu'un grand nombre de dispositions reprises dans le Décret du 4 avril 1996 doivent être revues et modifiées.

Le thème développé aujourd'hui rencontre tout à fait mes priorités puisqu'il conviendra d'entreprendre une refonte du Décret en travaillant, notamment, sur la programmation, l'offre de soins, les spécialisations développées au sein d'initiatives spécifiques mais aussi sur l'offre en termes de personnel, de collaborations et de financement.

Je ne compte pas entreprendre ce grand chantier toute seule mais bien avec vous. Aussi, certains le savent sans doute déjà, je souhaite que cette année 2006 soit consacrée à la Santé Mentale et plus particulièrement aux services de santé mentale. C'est la raison pour laquelle, je souhaite que nous puissions nous retrouver en septembre pour des Assises consacrées à la Santé Mentale en Région wallonne, au travers des services de santé mentale.

Il s'agira de faire le point sur la situation des services mais aussi des besoins ainsi que sur la manière d'y répondre au mieux. Ainsi, nous pourrons échanger nos réflexions et lancer les bases d'une modification décrétole du secteur qui soit en harmonie avec une politique de Santé Mentale globale.

Je vous remercie pour votre attention et vous souhaite une journée de travail fructueuse et remplie d'échanges de qualité.

Aux portes du soin : l'accessibilité en santé mentale

Francis Turine / Président de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale

L'accessibilité aux soins en santé mentale est un thème vaste, très vaste. Les multiples facettes qui peuvent être répertoriées sous ce vocable en sont la preuve et nous pouvons déjà considérer que les thèmes retenus pour les ateliers de la matinée sont loin d'être exhaustifs.

Aux portes du soin... l'accessibilité en santé mentale.

Ce qui est intéressant de relever - et qui m'est apparu en préparant cette journée - c'est que nous traiterons d'un aspect comme si les deux autres étaient évidents. Nous traiterons de l'accessibilité aux soins en santé mentale ; comme si, d'une part, les soins étaient clairs et équivalents, et comme si, d'autre part, la définition de la santé mentale était évidente.

Concernant la santé mentale, nous sommes loin, comme le rappelle Jean Furtos dans « Santé mentale en actes¹⁴ », de la définition de la santé mentale donnée par l'OMS en 1946, au lendemain de la deuxième guerre mondiale : « la santé mentale est un bien-être bio-psycho-social ». Cet enthousiasme utopique de l'après-guerre, cette illusion du bonheur garanti à tous par la paix retrouvée, ont été récupérés, par la suite, par le monde publicitaire hyper-influent et poussant à la consommation. Cette utopie a servi les intérêts économiques des multinationales mais nous savons, intervenants de terrain, que la réalité est loin d'être aussi simple et aussi béate.

Jean Furtos propose donc de paraphraser Winnicott et parle de santé mentale suffisamment bonne c'est-à-dire la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte.

Philippe Hellebois et Yves Depelsenaire s'inquiètent de ce que serait la santé mentale pour les responsables administratifs et politiques : si la santé physique est le silence du corps, la santé mentale consisterait-elle en un silence de la pensée ? Quel serait donc le rapport que l'on voudrait induire entre santé mentale et ordre public ?

Jean-Pierre Lebrun avance que la santé mentale serait la capacité de se débrouiller avec le manque structurel que constitue l'humain de par sa prise dans le langage.

¹⁴ Op cit., note 13.

Christian Laval avance quant à lui que les approches du social en termes de santé mentale sont légitimes si l'on accepte de définir négativement la santé mentale par la souffrance psychique et surtout de ne pas rendre équivalent santé mentale et maladie mentale.

On perçoit donc sans problème que les questions de santé mentale se poseront différemment selon que l'on a à faire à une personne développant un délire paranoïaque, une personne manico-dépressive ou une personne dont le narcissisme est déchiqueté suite à un accident provoquant une tétraplégie.

La question de la santé mentale se posera différemment pour une personne qui est face à un deuil suite à la perte d'un conjoint ou d'un enfant, une personne qui chute dans la dépression après avoir perdu son emploi, une personne qui se retrouve SDF ou un enfant autiste qui est envahi d'une angoisse extrême du fait qu'il n'arrive pas à rendre permanent les repères qu'il s'évertue à construire face au monde qui l'entoure.

Du côté du soin, la question est tout aussi importante et diversifiée. Toutes les discussions et tous les débats à propos de la législation sur la psychothérapie en sont la preuve. Proposer une psychothérapie individuelle ou une psychanalyse, ce n'est pas équivalent à la proposition de groupes de parole dans un hôpital psychiatrique ou à une rééducation comportementale ; proposer des électrochocs n'est pas identique ni analogue à se résoudre à la chambre d'isolement ; proposer une thérapie systémique ou une thérapie familiale, ou encore une thérapie psychomotrice n'est pas la même chose que prescrire une médication et celle-ci peut avoir des objectifs divers qui vont du traitement à l'apaisement en pouvant passer par l'abrutissement.

Quand on parle d'accessibilité, on parle alors de quoi ? Nous allons en débattre, ce matin, de manière générique et générale, sans trop nous attarder pour l'instant sur ce que sont la santé mentale et le contenu des soins.

Cette journée, rappelons-le, constitue le deuxième des trois temps d'une année de travail pour l'IWSM et tous ses partenaires.

Cette journée a pour objectif d'approfondir, d'affiner, de compléter les travaux réalisés au cours des cinq tables rondes concernant l'accessibilité aux soins en santé mentale et centrées, chaque fois, sur une catégorie d'âge : petite enfance, enfance, adolescence et jeunes adultes, adultes et enfin personnes âgées.

Nous entamons le deuxième temps et nous reprendrons les questions d'accessibilité de manière transversale au travers des huit ateliers.

Le troisième temps consistera à extraire des tables rondes et des débats d'aujourd'hui ce qui pourrait être l'essentiel en tant que recommandations et constats à transmettre aux professionnels d'une part, aux responsables politiques d'autre part, en matière d'accessibilité aux soins en santé mentale.

Asile ! Asile, au nom des hommes !

C'est ainsi que Patrick Declerck termine son dernier ouvrage « Le Sang nouveau est arrivé¹⁵ ». Nous aurons l'occasion d'y revenir cet après-midi mais j'ai envie de vous proposer que cette idée d'asile traverse les réflexions de toute cette journée car elle me paraît susceptible, peut-être, de rassembler tout ce qui peut se dire autour de l'accessibilité.

Le Professeur Jean De Munck avançait que nous venons d'une société d'appartenance à une société d'insertion. Dans la société d'appartenance, lorsqu'il y avait transgression ou dérive, il y avait généralement punition ou sanction mais pas exclusion. Dans la société d'insertion, s'il y a dérive ou difficulté à suivre, il y a exclusion. Notre société fonctionne toujours davantage dans cette logique.

Cependant, lorsqu'elle est prise dans ce qu'on peut qualifier de souffrance psychique, lorsqu'elle doit faire face à une situation de précarité, ce que la personne concernée attend, c'est d'abord l'accueil, c'est l'asile, le refuge.

Cette dimension risque de faire de plus en plus défaut dans notre société. On ne peut, en effet, qu'être inquiet quand notre Ministre de l'Intérieur traite de délinquants ceux qui accueillent un tant soit peu des demandeurs d'asile. Il n'est pas question ici strictement de santé mentale mais nous pouvons facilement imaginer que lorsqu'il s'agit d'asile, les questions de santé mentale ne sont jamais loin.

Dans cette perspective-là, il y a un constat que je voudrais dès à présent vous faire partager car il nous concerne tous, professionnels, de près ou de loin, en santé mentale. Il réapparaîtra probablement dans le cadre des ateliers.

J'ai participé aux cinq tables rondes et, à chaque fois, est apparue de la part des personnes qui s'adressent à un service ou qui cherchent une aide, l'insistance pour que le professionnel contacté réponde « présent », qu'il fasse passer qu'il a bien entendu la demande sans pour autant devoir ni pouvoir répondre directement ou solutionner le problème posé.

Les témoignages courageux laissaient souvent apparaître un sentiment d'avoir été laissé tombé, d'avoir été laissé en plan.

¹⁵ Declerck P., « Le Sang nouveau est arrivé : l'horreur SDF », Paris, Gallimard, 2005, 91 p. (coll. Nrf).

La seule réponse trop souvent entendue ou formulée « ceci n'est pas de mon ressort », « cela va passer » peut avoir des effets ravageurs.

Le minimum serait sans doute que nous nous assurons par la suite de la pertinence de notre avis !

Accueillir la plainte, donner asile à la demande ou la souffrance exprimée, c'est sans doute la première marche, mais elle est fondamentale, de l'escalier menant aux soins.

Petite vignette pour illustrer ce propos et que j'extraits d'un article de Jean Furtos :

« Avec une infirmière nous allons chez un homme qui n'est pas sorti de son logement social depuis neuf ans. La mairie lui a livré ses repas ; ses copains font des courses pour lui. Il est alcoolique. De son côté, « tout va bien ». Quand je lui demande d'éteindre la télévision, parce qu'on ne s'entendait pas, il me dit : « Si je ferme, c'est l'enfer. » Je comprends qu'il souffre l'enfer. Il est sur le point d'être expulsé. On discute. A la fin je lui demande : « Est-ce que vous souhaitez que je revienne ? » Il me répond : « Non, je ne le souhaite pas. Mais vous est-ce que vous souhaitez revenir ? » Je lui dis : « Oui, je le souhaite ! » j'ai pris sur moi sa demande. Il me dit alors : « Vous êtes le bienvenu. »

Ces remarques nous renvoient chacun face à nos responsabilités et cette prise en compte que l'accessibilité aux soins est d'abord et avant tout l'accueil de la souffrance, de la détresse, de l'appel, de la plainte. Le professionnel est attendu là, dans sa responsabilité et son engagement premier.

Mais que répondre quand ce professionnel manque de temps et qu'il est débordé ? Et pourtant, il nous faut être présent.

Ceci étant dit, la matinée va se poursuivre par des ateliers proposant à la réflexion et à l'élaboration huit thèmes parmi les plus importants apparus dans le cadre des tables rondes.

Nous insistons pour que ces ateliers ne soient pas des répétitions de ce qui s'est passé durant les tables rondes et dont vous avez reçu une synthèse.

Nous espérons que, de ces ateliers, ressortiront des hypothèses et propositions pour remédier aux lacunes et améliorer l'accessibilité aux soins en santé mentale.

Ateliers

Ateliers

Chaque atelier avait pour mission de travailler sur une des facettes de la question de l'accessibilité en santé mentale.

Les réflexions se sont appuyées sur le témoignage de pratiques actuelles. Elles ont été alimentées par le récit du cheminement des participants dans leur recherche de solutions. Susciter le débat, compléter l'état des lieux, proposer des pistes de réponses, définir des priorités à traduire, concrètement, tel était le défi de ces échanges.

Atelier 1

La mobilité des professionnels et la flexibilité des interventions en santé mentale

Comment trouver un Centre de réadaptation fonctionnelle pour son enfant lorsqu'on habite à Libramont et qu'il n'en existe aucun en Province de Luxembourg? Comment se fait-il qu'habituellement une personne âgée hébergée en maison de repos doive se rendre à l'extérieur si elle souhaite consulter un psychologue? Pourquoi quelqu'un qui ne va pas bien ne peut-il bénéficier de l'aide d'un service public s'il ne peut se libérer en journée?

Nombreux sont les exemples qui témoignent de l'intérêt d'encourager la mobilité des professionnels et la flexibilité des interventions. Travailler «à la carte» renforce effectivement l'accessibilité aux soins et permet d'éviter que des situations ne se dégradent, provoquant crises et demandes en urgence.

Cette souplesse pourrait notamment se décliner dans trois aspects différents de l'accessibilité, qui peuvent par ailleurs se combiner :

► Au niveau spatial

La distance géographique, l'absence de transports en commun, le coût des déplacements, la démarche de se rendre dans un service,... sont autant d'éléments qui peuvent freiner l'accessibilité aux soins en santé mentale. Pourrait-on envisager une mobilité plus grande de la part des professionnels, notamment pour certaines catégories de personnes comme les familles en difficulté ou la population des zones rurales, les personnes âgées ou encore les personnes présentant un handicap physique?

► Au niveau temporel

Les horaires des services et des consultations sont souvent calqués sur les «heures de bureau» et les «jours ouvrables». Ils posent donc problème à une majorité de patients qui doivent s'adapter pour pouvoir bénéficier du service: les enfants scolarisés, les personnes qui travaillent, etc. Une plus grande souplesse horaire pourrait se révéler pertinente pour l'accueil des usagers. C'est aussi le cas pour les intervenants, lorsque la démarche thérapeutique implique qu'un certain nombre d'acteurs doivent pouvoir se rencontrer.

► Au niveau du cadre thérapeutique

Ce cadre peut parfois paraître rigide à divers égards pour le tout venant: orientation thérapeutique, distance tenue, langage employé, accueil, exigence d'une demande explicite. La personne a son histoire et ne peut séparer sa demande d'aide psychologique d'éléments culturels, sociaux ou autres. Il est important que le professionnel reste attentif à la demande du patient et à ses particularités.

Cet atelier interrogera les modalités de mobilité et de flexibilité qui pourraient faciliter l'accessibilité aux soins en fonction de ces trois aspects: espace, temps et cadre thérapeutique.

Animateur: Thierry LOTTIN, psychologue, Clinique ND des Anges à Ghlin, administrateur IWSM
Rapporteurs: Paul JACQUES, psychologue, SSM Gembloux et Exil à Namur
Florence RENARD, permanente Fedito

Initiatives ressources

▪ Le service d'accompagnement à domicile en santé mentale « Trait d'union »

Avenue de Luxembourg, 8 – 6700 Arlon / Tél. : 063/22.74.67

Personne ressource : **Bénédicte DELHAYE**, assistante sociale

Le « Trait d'Union » a été créé il y a 11 ans par la PFC du Luxembourg et le SSM d'Arlon, pour assurer un relais entre l'hôpital psychiatrique et le domicile, ainsi que pour accompagner à domicile certaines personnes rencontrant des difficultés liées à la santé mentale et ayant difficilement accès aux soins.

Trois assistantes sociales y travaillent à temps plein. Elles sont réparties, en fonction de leur lieu de résidence, dans trois zones de la Province du Luxembourg : le Sud, le Nord et le Centre. Une fois par semaine, elles se réunissent en équipe dans les locaux du SSM d'Arlon. Le service, qui prenait autrefois en charge les pathologies chroniques rencontre aujourd'hui des pathologies moins lourdes, compte tenu des nouvelles structures mises en place par l'hôpital psychiatrique de Bertrix. Les interventions sont plus régulières mais aussi plus brèves. Les demandes, qui, au départ, provenaient principalement des hôpitaux psychiatriques, sont aujourd'hui majoritairement adressées par des acteurs de terrain : le secteur de l'aide à la jeunesse, le CPAS, le service de liaison des hôpitaux généraux, les aides-familiales,... C'est un travail d'accompagnement et de soutien psychosocial. Il s'envisage sur base de critères précis, par exemple, que la personne et/ou la famille ne puisse se déplacer. Les assistantes sociales s'assurent également qu'un travail avec le contexte familial et environnemental soit nécessaire. Toutefois, toute personne en demande est rencontrée au moins une fois et, si elle ne répond pas aux critères d'admission, elle est réorientée.

▪ L'ACGHP - Association Carolorégienne de la gestion des habitations protégées

Place Albert 1er, 10 - 6031 Monceau-sur-Sambre / Tél. : 071/31.08.18 – acghp@freegates.be

Personne ressource : **Emmanuel THERMOLLE**, assistant social et responsable social de l'association

Créée il y a près de 13 ans, l'ACGHP couvre la région de Charleroi et compte aujourd'hui 30 places : 18 communautaires et 12 individuelles avec accompagnement à domicile, formule qui permet aux usagers de rester chez eux. Les habitations protégées s'adressent à une population âgée de 18 à 65 ans. La majorité des personnes accompagnées souffrent de psychoses et, parfois, de plusieurs problématiques cumulées. L'équipe s'occupe des suivis individuels et communautaires et travaille suivant le modèle du « référent social » qui facilite l'accompagnement et les relations avec les personnes.

L'ACGHP travaille suivant la méthodologie du Plan de Service Individualisé, processus qui consiste à évaluer les forces et les besoins de la personne et à déterminer les priorités. Ces besoins deviennent des objectifs et des buts à atteindre grâce à l'élaboration d'un plan d'action qui permettra de mettre en place les moyens, de planifier et de coordonner tous les services nécessaires. Ce P.S.I. évolue et des réunions d'évaluation avec la personne et son réseau (professionnel ou non) ont lieu tous les 6 mois chez l'usager, dans les bureaux de l'ACGHP ou ailleurs. Les horaires sont souples, soit jusque 19 heures. Au-delà de cette heure et durant les week-ends, une garde est assurée par l'équipe, via le SICUP (service d'urgence psychiatrique intégré dans l'hôpital Vincent Van Gogh à Charleroi).

▪ « L'Impromptu »

Rue Henri Lemaître, 78 – 5000 Namur / Tél. : 081/46.24.78 - impromptuasbl@hotmail.com

Personne ressource: **Christine VOLVERT**, psychologue et responsable

L'Impromptu est un service d'accueil et d'intervention autour de situations de « crise », « d'impasse » dans lesquelles se trouvent des enfants et des adolescents de 0 à 18 ans et leurs parents. Ce service a été créé en 2001 à l'initiative de l'hôpital psychiatrique infantile Les Goélands à Spy. Partant de l'expérience que dans certaines situations d'impasse, les patients n'arrivent pas à formuler une demande d'aide de soins, l'Impromptu a répondu au projet pilote du Fédéral (SPF Santé publique), « soins psychiatriques à domicile pour jeunes, projet « outreaching », appellation donnée par le Ministère qui signifie « atteindre les gens de l'extérieur ».

Aujourd'hui, 5 intervenants travaillent au sein du service : une infirmière, une assistante en psychiatrie et des psychologues.

L'intervention se fait à domicile mais également dans tout autre lieu de vie du jeune tels que l'école, les institutions, la maternité, la crèche et l'hôpital.

La durée d'intervention varie en fonction de la situation ; même si un terme de trois mois est fixé au départ, notamment dans le but de mobiliser le réseau des intervenants déjà présents.

Chaque situation étant particulière, les modalités d'accueil et d'interventions, au cas par cas.

La souplesse des horaires s'est aussi révélée nécessaire pour rencontrer des jeunes scolarisés et des parents qui bien souvent travaillent.

▪ Le projet SPAD - Soins psychiatriques à domicile de l'ACGHP

Rue de l'Hôpital, 55 (Bureau 611) – 6030 Marchienne-au-Pont

Tél. : 0499/37.79.67 – spad@chu-charleroi.be

Personne ressource: **Emmanuel THERMOLLE**, assistant social et responsable du projet

Le SPAD est un des projets pilotes de « soins psychiatriques pour patients séjournant à domicile ». Leur objectif est d'améliorer la qualité de vie de la personne souffrant de problèmes psychiques par des interventions directes et/ou via la collaboration entre les différentes ressources disponibles (famille, travailleurs sociaux, professionnels de la santé,...). On parle ici de « coaching de soins », défini comme l'articulation des soins autour du patient et avec le patient.

Le SPAD est un service gratuit qui s'adresse à toute personne adulte atteinte d'un trouble psychique, à son environnement familial et social mais aussi aux différents intervenants rencontrant ces personnes dans un contexte médical, social, économique, de soutien ou autre.

Localisé au sein de l'hôpital Vincent Van Gogh, le SPAD couvre une zone géographique allant de Charleroi à Chimay, avec l'équivalent de 4 intervenants mi-temps.

Préambule

Trop souvent, la personne en grande difficulté se heurte à un mur parce que la réponse apportée à son problème ne correspond pas à son attente à ce moment-là. Toute demande d'aide ne nécessite pas une psychothérapie, par exemple. La personne en souffrance - sociale et/ou psychologique ou psychiatrique - ne rencontre pas toujours non plus la bonne personne au bon moment, ou pire, ne reçoit pas d'aide adaptée ou encore se voit réorientée ailleurs.

En préambule à cet atelier, un questionnement concernant la rencontre avec le patient et l'écoute de celui-ci est donc primordial. L'usager et l'intervenant sont parfois sur des planètes différentes en raison du langage, des attentes, et des représentations différentes. Ce qui, si l'on n'y prend garde, peut être source de violence, de non-reconnaissance et d'exclusion.

Ceci dit, réduire les barrières à l'accès aux soins, c'est d'abord considérer la personne dans sa globalité socio-bio-psychologique, comme une personne à part entière, responsable et capable. Eviter l'escalade de l'exclusion, c'est, enfin, considérer l'usager comme un partenaire et un acteur à part entière avec ses ressources et celles de son milieu.

Réduire les barrières à l'accès aux soins nécessite une souplesse du cadre et une créativité que certaines équipes ont progressivement établi grâce à un aménagement de l'offre de soins. Celles-ci proposent des modalités d'interventions et des approches thérapeutiques variées et adaptées. Toutefois, introduire de telles souplesses ne peut se faire que dans certaines conditions : dans le cadre d'un projet d'équipe, avec le soutien du pouvoir organisateur, en tenant compte de différents obstacles (financiers, administratifs,...) à lever. Elles ne peuvent en outre s'envisager que sur base d'une concertation du réseau des services sur un territoire donné, afin d'éviter le syndrome de la « patate chaude » (chaque service se renvoie la balle), la concurrence ou le double emploi.

Pratiques actuelles

Développer dans les services une approche proactive afin d'atteindre les personnes en souffrance qui ne parviennent pas à formuler une demande

Les personnes en difficultés ne demandent pas forcément d'aide et n'arrivent pas à solliciter le réseau. Rencontrer leurs difficultés passe par la mise en place d'une démarche plus souple, comme la rencontre du patient avec un tiers, une concertation, le soutien de la personne, ... Il est important d'entendre la demande qu'il y a derrière la plainte.

Illustrations

> **Un Service d'Intervention dans des situations de crise vécues par des enfants et des adolescents** travaille avec des situations pour lesquelles, au départ, aucune demande n'est formulée. Habituellement, ces situations sont orientées par des services extérieurs (CPAS, PMS, etc.). Suite à un important travail préliminaire, les personnes accèdent généralement à une demande, le lien de confiance est établi et la suite du travail a lieu dans les locaux du service où un « cadre » peut être mis en place.

Difficultés

Il faut savoir que le pouvoir subsidiant ne prévoit le financement que pour des interventions extra muros. Lorsque le lien thérapeutique est établi, il est pourtant difficile de renvoyer la situation ailleurs. En outre, le service continue à se rendre dans les écoles, les terrains de jeux, etc. en cours de suivi. Cloisonner administrativement la prise en charge risque de mettre à mal l'inventivité et la souplesse indispensables à l'intervention dans ces situations. Rattaché financièrement à l'hôpital (via un financement Inami), le service pourrait peut-être être également rattaché à un Service de santé mentale, de manière à favoriser les relais lorsqu'ils peuvent s'envisager.

> **Un Service de santé mentale** s'est donné comme objectif de tenter de répondre à la demande là où elle se trouve et comme elle est formulée. Il ne s'agit généralement pas de demande de psychothérapie, mais plus souvent de soutien, d'accompagnement de personnes qui n'expriment pas de demande claire. Il mène aussi son action, par exemple, en aidant un intervenant du CPAS à gérer une situation de crise, en rencontrant à domicile une personne phobique, etc.

Difficultés

* Cette pratique nécessite du temps, une organisation particulière et correspond avant tout à un projet institutionnel soutenu et suivi par chaque intervenant.

* Le déplacement du psychiatre à domicile est rarement subventionné. En l'occurrence, si le psychiatre peut se rendre à domicile, c'est grâce à l'intervention financière du pouvoir organisateur dans les frais de déplacement. Dans les projets du Fédéral « Soins psychiatriques à domicile », ce défraiement est par contre prévu.

Mettre en place des pratiques ajustées aux publics concernés et aux problématiques particulières

Au départ, il s'agit de penser l'éthique qui fonde le travail au quotidien, de réinventer - tel un artisan - l'accueil, l'écoute, la présence dans le travail d'accompagnement, en mettant le cadre à l'épreuve de la réalité. Par exemple, beaucoup de personnes s'inquiètent de savoir si le psychologue va parler ou rester dans le silence. Le psychologue peut avoir des référents psychanalytiques sans pour autant proposer une cure type. Il y a rencontre thérapeutique à condition que le thérapeute apprenne le langage du patient, avec une co-construction du cadre et du processus et une créativité réciproque.

Illustrations

> **Le Service d'intervention de crise** part du principe que le travail, pluridisciplinaire, doit en quelque sorte s'apparenter à « inventer une institution » pour chaque situation particulière.

> **Un Centre psycho-social** et une **AMO** (Accueil et accompagnement des jeunes en Milieu Ouvert) ont mis en place des « systèmes d'entrée » permettant de créer un « accrochage » avec des jeunes et des familles en difficultés. Parmi ceux-ci : une école de devoirs permet de rencontrer les enfants et les parents ; un lieu est aussi ouvert aux adolescents pour s'y réunir le temps de midi sans rendez-vous.

Le contact établi, un travailleur social peut alors se rendre, ensuite, plus facilement à domicile.

> **Les projets pilotes de soins psychiatriques à domicile** du Fédéral s'adressent à des personnes particulièrement déstructurées qui ne sont pas forcément conscientes de leur maladie et qui ne font donc pas appel aux Services de santé mentale.

> Il est important de prévoir un interprète, le cas échéant, pour les allochtones non francophones. Cela se fait dans le cadre des **équipes de santé mentale spécialisées dans le suivi des migrants et des demandeurs d'asile**.

> Avec un autiste, jouer au tennis, par exemple, peut faire partie du **cadre thérapeutique**, parce que c'est la seule façon d'entrer en relation, si la personne ne supporte pas la rencontre verbale en face à face. Ce travail se distingue néanmoins du travail social ou éducatif.

Pouvoir se rendre, si nécessaire, au domicile du patient

Les visites à domicile constituent un aménagement du cadre thérapeutique particulièrement intéressant. En effet, de nombreuses personnes éprouvent des difficultés à aller vers les services et souffrent de solitude. Par ailleurs, une visite à domicile permet au soignant de se rendre compte de la réalité sociale vécue par le patient.

Illustration

> **Un Service d'accompagnement à domicile initié par un service de santé mentale** a mis sur pied une 'équipe mobile' qui se déplace dans toute une Province. Les 3 intervenantes travaillent sur un territoire déterminé et disposent d'une souplesse quant à l'organisation de leurs journées. Du temps est, en outre, aménagé pour des rencontres avec l'équipe. La première rencontre avec la personne est toujours effectuée par deux travailleurs et se fait dans un délai de maximum 10 jours.

Pouvoir, si nécessaire, moduler les lieux et l'espace

Illustration

> **Un Service de santé mentale** est, par son expérience et comme beaucoup d'autres, convaincu de la nécessité de cette souplesse spatiale, mais les moyens du service ne permettent pas les visites à domicile. En effet, celles-ci engendrent des frais de déplacement coûteux, mais aussi du temps (pour 1 heure de rendez-vous à domicile, 3 rendez-vous sont possibles au service) et, ici, l'équipe n'est composée que de 3 équivalents temps plein et d'un psychiatre. Ils ont alors opté pour la mise en place de deux antennes décentralisées où ils se rendent une fois par semaine pour des consultations, de 14 à 18h dans l'une, et de 15 à 19h dans l'autre. Ils assurent en outre des permanences 3 fois par semaine dans les locaux d'un centre de planning familial et participent à des réunions de coordination avec le CPAS. Les visites à domicile sont devenues exceptionnelles, essentiellement dans le cadre de mises en observation.

Proposer, si besoin, une flexibilité horaire et des permanences

Illustrations

> **Une Initiative d'Habitations Protégées** ouvre de 8 à 19h (alors que beaucoup de services ferment entre 16 et 18h). Au-delà de 19h, sur base d'un accord, un service d'urgence psychiatrique prend le relais pour assurer une permanence en soirée ainsi que les week-ends. La possibilité d'ouvrir le samedi est étudiée.

> **Une autre expérience** en habitations protégées témoigne, par contre, du contraire. Au départ, leur plage horaire était extensible jusqu'à 19h mais ce fonctionnement n'a pas été systématisé car il ne semblait pas répondre à un besoin : il n'y avait en effet aucun appel durant cette période. Ils ont donc opté pour un horaire plus classique, extensible à la demande et selon les nécessités.

> **Le décret des Services de santé mentale** impose de fonctionner au minimum le samedi matin ou, sinon, 1 soir par semaine.

> **Un Centre de consultations familiales et conjugales** a adapté ses heures de consultations à son public-cible : les adolescents et les couples. Pour les adolescents, des permanences médicales et un accueil psychosocial se tiennent sur les temps de midi et de 16 à 18h ; pour les couples, les consultations peuvent avoir lieu entre 16 et 21h.

> **Le Service d'intervention de crise pour enfants** propose en termes d'horaires une offre ajustée aux réalités de terrain. Proposer des rendez-vous aux jeunes pendant les heures scolaires ou aux parents qui travaillent en journée n'a pas de sens si on veut aider les gens de manière suivie et cohérente. Le service fonctionne sur rendez-vous et chaque travailleur preste minimum 2 soirées par semaine (jusqu'à 20-21h). Ce type de travail demande un engagement et une souplesse à la fois de la part des travailleurs mais aussi de l'employeur.

> **Un Service d'aide et d'intervention dans le milieu de vie**, reconnu comme projet de soins à domicile, est ouvert de 8h30 à 20h30. Il y a donc 2 équipes : une pour le matin et une pour le soir. Des permanences sont mises en place le samedi et le dimanche.

Travailler en réseau pour considérer la personne dans sa globalité

Par travail en réseau, il faut entendre des interventions qui s'envisagent en cohérence : intervention sociale, psychologique, psychiatrique, socioprofessionnelle, voire socioculturelle.

Une piste pourrait être de tendre vers une intervention multimodale pour assurer une continuité des soins. Cela signifie qu'il ne faut pas séparer le social du psychologique, l'accueil du soin, l'hospitalier de l'ambulatoire, ni les confondre. Cette intervention multimodale peut se faire sur un territoire limité géographiquement où les intervenants du réseau local et de proximité se connaissent bien entre eux, ce qui favorise une meilleure communication. Ceci est essentiel car les portes d'entrée du soin sont multiples : la souffrance psy surgit dans les lieux du social ; la souffrance sociale s'exprime à travers les maux physiques. Gérer la non-demande (c'est-à-dire le fait que la personne en souffrance estime ne pas avoir besoin d'aide ou a du mal à l'accepter) et la crise exige de la part des professionnels de l'inventivité. Sur le plan éthique, il s'agit toujours d'instaurer

une temporalité, respectueuse des singularités. La créativité doit être collective pour permettre une offre de soins la plus adaptée possible aux demandes.

Par ailleurs, il est important de garder à l'esprit que créer davantage de collaborations demande préalablement de bien réfléchir à la question du secret professionnel.

Illustration

> **Un Service de Soins psychiatriques à domicile**, reconnu comme projet pilote, réalise plutôt du « coaching de soins » qu'un accompagnement : le but est d'articuler les soins autour de la personne et de les mettre en place avec elle. Il arrive parfois que ce service accompagne ponctuellement la personne pour certaines démarches et la dirige ensuite vers d'autres services. Il couvre une zone géographique très large, avec l'équivalent de 2 temps plein (tous les travailleurs y prestent un mi-temps et occupent un autre mi-temps dans un autre service, ce qui leur permet de mieux connaître le réseau). Le service intervient dès la première demande, qui peut venir d'un SSM, d'un hôpital ou d'un proche de la personne. Il se trouve localisé au sein d'un hôpital psychiatrique.

Assurer une continuité du soin en prenant chacun ses responsabilités dans le réseau

Ce point rejoint le précédent mais il insiste sur le lien à assurer dans le relais entre interventions. Trop souvent, le relais entre interventions est effectué sans continuité ou sans cohérence. Il est pourtant essentiel d'éviter la rupture. Les cadres de prise en charge peuvent être très différents en fonction des moments et de l'évolution de la situation.

Par exemple, un suivi à domicile peut déboucher sur une hospitalisation. Il est important durant cette période que le service d'aide à domicile puisse maintenir le lien avec le patient et soit informé de la sortie pour reprendre, si nécessaire, le suivi par la suite. Par ailleurs, une aide psychologique peut s'accompagner d'une aide matérielle. Il est nécessaire que la prise en charge de la personne se fasse de manière complémentaire et dans la cohérence. Toutefois, cette articulation doit pouvoir être reconnue et soutenue par les pouvoirs organisateurs et de tutelle comme un travail à part entière et se mettre en pratique dans le respect des intervenants et de leurs limites.

Illustration

> **Un Service intégré d'aide et de soins psychiatriques dans le milieu de vie** s'est développé il y a 20 ans, dans un territoire géographique limité, permettant la mobilité des intervenants et des usagers. Les intervenants se connaissent bien entre eux, ce qui garantit une cohérence entre interventions et évite que quelqu'un ne reste sur le carreau. Par la proximité, le travail en réseau et la réduction de la « distance culturelle », le cadre d'intervention, (souvent multiforme) est donc toujours adapté au milieu de vie de la personne, en fonction des besoins. Il existe différentes portes d'entrée (délivrance de médicaments, centre culturel proposant des activités, gestion financière) permettant d'entrer en contact avec les personnes avant qu'elles n'accèdent à une demande davantage thérapeutique. En outre, un travail de collaboration est réalisé avec les Urgences psychiatriques de l'Hôpital (contacts avec les intervenants, réunions au sein du service pour rencontrer la personne, etc.) afin de rattacher les personnes hospitalisées à une structure de leur milieu de vie. Une continuité des soins est donc assurée. Le soin n'est pas séparé de l'intégration dans la cité et de la vie sociale quotidienne. Divers ateliers

permettent également une insertion socioprofessionnelle ou socio-culturelle. Ce service illustre un travail de psychiatrie sociale basée sur une approche intégrée, inspirée de la psychiatrie italienne qui préconise des petites entités intégrées dans la cité.

En pratique toutefois, le décloisonnement est encore difficile à mettre en œuvre. Par exemple, la manière dont l'hôpital et les structures psychiatriques sont structurées et financées a parfois pour effet de casser un lien de confiance, fondamental dans un processus thérapeutique, en créant une cassure dans le cheminement de la personne. Un cadre administratif trop étroit engendre l'exclusion. Et les interventions des structures psychiatriques à l'extérieur restent rares. C'est un véritable changement de culture qui serait à opérer.

Fournir une bonne information

Réduire les délais d'attente pour obtenir un premier rendez-vous

Propositions

Dépasser les cloisonnements et rigidités ministériels, institutionnels, théoriques afin de promouvoir le réseau et le travail sur le territoire, soutenir une approche intégrée et sociale en psychiatrie et rompre l'isolement des intervenants

Il est important de penser le travail en situant toujours le patient au centre des préoccupations.

Les termes utilisés dans l'atelier pour qualifier la situation actuelle sont : morcellement, discontinuité, cloisonnement. Malgré l'intérêt des initiatives existantes, il reste un fossé entre nombre d'intervenants, notamment entre le pôle hospitalier et le pôle ambulatoire.

Encourager la promotion de l'accompagnement des familles et des activités de prévention

Il existe un vide en matière de prise en charge du système familial. En effet, souvent, la famille souffre elle-même de la situation et se sent impuissante pour intervenir. Parfois aussi, elle peut exercer une maltraitance psychologique à l'égard de la personne en souffrance par le rejet ou la stigmatisation. Il est donc très important de pouvoir soutenir la famille et de tenir compte de cet impératif dans la mise en place de la prise en charge.

Cette situation résulte souvent d'une mauvaise connaissance des problèmes et des ressources existantes. En terme de prévention, il est particulièrement important de veiller à ce que soit assurée cette information des familles et de l'entourage du patient.

Illustration

> **Un Centre de planning familial** organise des activités d'information à la demande. Celles-ci permettent, outre d'informer, de créer un lien, d'aborder des thèmes tels que santé mentale, sexualité,..., de démystifier les problèmes. Par la suite, certains jeunes peuvent faire plus facilement appel aux services adéquats en cas de besoin.

Développer une écoute et une meilleure communication entre l'utilisateur, sa famille, le personnel soignant et les institutions

L'utilisateur peut se sentir incompris au sein de sa famille comme au sein des institutions. La différence de discours entre la personne qui souffre et le soignant ou sa famille constitue une pierre d'achoppement dans la communication.

Certains intervenants restent sourds aux difficultés sociales ou psychologiques. Il arrive qu'une personne en grande souffrance s'entende dire qu'il n'y a pas de place en clinique, que ce n'est pas si grave, et se voit renvoyée ailleurs où, là aussi, on lui dit que son problème n'est pas du ressort du service.

Il est primordial de prendre en compte la parole de l'utilisateur, de voir chacun à son niveau ce qu'il est possible de faire et de sortir du système parfois « totalitaire » dans lequel « le soignant sait mieux que le patient » ce que ce dernier ressent. Il y a là, incontestablement, un rapport de pouvoir à déconstruire pour passer à un véritable partenariat soignant-soigné.

Faciliter la collaboration avec le médecin généraliste

Si certains médecins généralistes participent régulièrement aux concertations organisées autour de situations difficiles, en général, ils restent tous confrontés à divers écueils : manque de temps, non-transmission des informations avec le psychiatre, absence de défraiement, etc. Or, la plupart souhaiterait travailler davantage en collaboration avec le secteur de la santé mentale. Un défraiement des indépendants s'impose pour certains types d'activités de manière à ce qu'ils puissent participer à la concertation, s'intégrer dans la continuité des soins et, par là-même, améliorer leur souplesse d'intervention. Un code « concertation » serait en voie d'élaboration dans ce sens.

Cette piste doit être mise en perspective avec ce qui a été travaillé dans l'atelier 5 consacré au médecin généraliste.

Favoriser la participation des usagers, notamment dans les structures d'accueil

La souffrance et la maladie sont souvent synonymes d'une invalidation des capacités. Afin de soutenir les ressources de la personne, des groupes de paroles, des groupes d'entraide, des activités comme un atelier de couture, de peinture, ... pourraient être organisés. Restaurer et augmenter la confiance en soi du patient l'aiderait à rester un partenaire à part entière. Il n'est pas seulement un bénéficiaire passif : il reste un acteur.

Assurer une prise en charge psycho-médico-sociale à toute heure pour tout public, via l'organisation de centres de crise 24h sur 24

Du point de vue des usagers, le mode de subvention des services et les interventions qui en découlent sont trop morcelées et trop cloisonnées. Il faut aller chez le psy pour tel problème, chez l'assistant social pour un autre, dans tel service pour le logement, ailleurs encore pour une formation, etc. Une proposition est que les politiques soutiennent et financent, par exemple, des centres de crise ouverts 24h/24 où la personne trouverait

sans condition un logement, un accueil, une écoute, ainsi qu'en fin de compte, une orientation adéquate. Cela permettrait à tous, y compris aux personnes exclues (à la rue, sans papiers, etc.) d'accéder à un lieu où leur crise pourrait trouver refuge. Pour ces personnes exclues tout particulièrement, il est important d'inventer des réponses qui sortent du cadre classique et de sensibiliser les pouvoirs politiques au manque de structures d'accueil adaptées à leur situation.

Une piste intéressante pourrait donc être d'organiser les interventions à partir d'un service social, ouvert en permanence, situé en première ligne. Mais cela nécessite comme dit plus haut d'avancer dans le décloisonnement entre services, notamment entre ambulatoire et hospitalier.

Encourager la mobilité et les échanges de personnel entre services afin de mieux garantir la complémentarité des interventions

Cela pourrait s'envisager dans le cadre de permanences dans d'autres services. Par exemple, un infirmier hospitalier pourrait amener son patient dans un SSM ou un psychologue de SSM faire un temps de permanence dans un service d'urgence à l'hôpital.

En priorité

Laisser la place à plus de souplesse tant au niveau des intervenants que des pouvoirs politiques via :

- plus de légitimité et davantage de moyens pour les intervenants des différents secteurs afin notamment de créer des espaces de rencontre, d'être en phase avec la réalité de terrain ;
- un engagement des pouvoirs subsidiants dans la création de services mieux répartis géographiquement ou le financement de formules nouvelles comme les taxis-services pour les visites à domicile, l'accompagnement des personnes dans leur lieu de soins, des tarifs réduits pour les déplacements professionnels, ... ;
- un étoffement des équipes afin de réduire les listes d'attente et les difficultés d'accessibilité ;
- une vision politique à long terme (au-delà du temps de la législature).

Donner une place plus importante aux usagers, c'est-à-dire, par exemple :

- favoriser les rencontres entre intervenants et usagers ;
- donner une place aux usagers dans les décisions politiques ;
- intégrer des ex-usagers aux équipes mobiles ;
- associer les usagers à la réflexion ;
- accroître l'information aux patients.

Etre plus attentif à la relation avec le patient :

- aborder davantage le patient comme un partenaire ;
- considérer que la relation thérapeutique est avant tout une relation humaine ;
- pouvoir répondre de la confiance que les personnes mettent dans les professionnels, notamment dans le passage d'une structure à l'autre ;

- encourager l'autonomie de l'utilisateur ;
- promouvoir l'écoute et la qualité des soins.

Recréer du lien :

- développer un cadre pour les familles ;
- lutter contre l'isolement du soigné et du soignant ;
- sensibiliser le monde médical à l'intérêt de ces pratiques de réseau ;
- créer des projets intersectoriels permettant à des intervenants de différents secteurs de travailler ensemble ;
- utiliser les moyens de communication modernes pour les concertations ;
- valoriser la fonction de médiateur ;
- mieux connaître le travail de chacun de ses partenaires ;
- décloisonner les secteurs ;
- assurer la continuité et la cohérence du suivi entre intervenants ;
- favoriser la cohérence, par exemple via la coordination du travail de plusieurs équipes par l'une d'entre elles ;
- engager un même intervenant à temps partiel dans 2 dispositifs de soins différents pour faciliter les échanges et la collaboration ;
- rester toutefois attentif à la traçabilité qui est une nouvelle forme de contrôle social.

Développer davantage la prévention.

Atelier 2

Les représentations et l'accès du public et des usagers à l'information

Il existe une multitude de services mais ceux-ci sont bien souvent mal connus des familles et des professionnels. Ce manque d'information constitue un obstacle de taille à l'accessibilité aux soins en santé mentale, a fortiori quand il renforce les craintes de la population face au « psy » : « J'ai peur des psy à cause de ce que j'entends autour de moi » : « Mon mari est contre le fait d'aller voir un psy ». Aller chez le psy continue à être tabou, voire à faire peur, et entreprendre cette démarche nécessite non seulement de s'y retrouver dans l'offre mais aussi de dépasser ses préjugés. C'est particulièrement vrai dans certaines cultures, dans certains milieux ou pour certains publics-cibles comme les personnes âgées.

► Au niveau du « tout public »

La population pourrait être mieux informée de ce qu'est la santé mentale, un concept à démystifier définitivement. Elle pourrait aussi mieux connaître les gestes de prévention, les ressources communautaires voire les services psychosociaux de première ligne, de manière à éviter qu'un petit problème ne se détériore jusqu'à devenir un réel trouble de santé mentale.

► Au niveau des familles et usagers

Quand un problème se pose

Avant qu'un diagnostic ne soit posé par un professionnel, ou qu'une prise en charge ne soit mise en place, le risque est grand de voir familles et usagers se fier aux informations trouvées tantôt sur Internet, tantôt dans des magazines, alors qu'elles ne présentent pas toujours de garantie de fiabilité et qu'elles peuvent avoir un impact psychologique important. Les personnes concernées demandent toutes à être mieux informées sur les différentes possibilités d'aide et de prise en charge, sur leur coût ainsi que sur les orientations thérapeutiques et les compétences des intervenants, tant dans les services subventionnés que dans le privé. Être informé adéquatement permet de poser des choix en connaissance de cause et d'éviter des malentendus. Une bonne information permet en outre d'arriver plus vite au bon endroit, en évitant de surcharger des services déjà débordés avec des demandes qui ne peuvent être rencontrées.

Pendant la prise en charge

Familles et usagers sont également demandeurs d'un plus grand partage d'informations avec les professionnels qui s'occupent de leur situation : quel traitement, pour quelles raisons, quelles implications, quelle durée, etc. ? Ils revendiquent à ce titre le statut de partenaire dans la prise en charge.

Dans un premier temps, cet atelier travaillera sur les représentations de la santé mentale : que faire pour en améliorer l'image et faire comprendre qu'elle concerne tout le monde ? Comment passer outre les idées reçues ?

Dans un second temps, il s'intéressera aux sources d'information existantes : services, médias ou autres, pour en dresser un état des lieux et chercher à les optimiser. Il se penchera, notamment sur la façon dont les services (de première ou deuxième ligne) peuvent disposer des informations nécessaires pour mener à bien leur rôle d'orientation.

Enfin, il abordera la question du « que dire ? » et « comment bien le dire ? » aux usagers et à leur famille. Un temps de l'atelier sera en effet réservé aux aspects de communication entre familles, usagers et intervenants.

Animateur : Francine LANGE, logopède, SSM Seraing, administrateur IWSM

Rapporteurs : Delphine DOUCET, documentaliste IWSM

Stéphane HOYOUX, psychologue, CHP Petit Bourgogne à Liège

Initiatives ressources

2

Atelier

Les représentations et l'accès du public
et des usagers à l'information

▪ MJT Espace-Jeunes

Place Saint-Jean, 1-2 - 1000 Bruxelles / Tél. 02/515.04.02 - mjt@mutsoc.be

Personne ressource : Pierre BALDEWYNS, responsable de l'association et Caroline HUART

MJT – Espace-Jeunes est un mouvement de jeunesse des Mutualités socialistes qui propose des activités, des animations, des informations concernant la santé, le bien-être et les droits des jeunes de 14 à 30 ans. Sans être inscrite dans le secteur de la santé mentale stricto sensu, l'association est souvent sollicitée dans ce cadre. Elle coordonne, entre autres choses, des outils de promotion de la santé, notamment la campagne « Accro moi non plus » et le site <http://www.ifeelgood.be>, véritables outils d'information préventive. « Accro ? moi non plus ! » porte sur les dépendances et a pour but d'informer les jeunes, par l'intermédiaire d'une exposition itinérante et d'un CD-Rom, des risques liés à la consommation et des différentes aides possibles. Les thèmes sont décrits, avec beaucoup de précautions, sur un mode positif et humoristique, permettant au jeune de prendre du recul. Le CD-Rom est remis aux jeunes qui ont participé à l'exposition. Il est aussi disponible sur demande ou via le site. Cet outil est diffusé dans toute la Communauté française, principalement dans les écoles, via les animateurs régionaux.

▪ L'asbl Question Santé

Rue du Viaduc, 72 - 1050 Bruxelles / Tél. : 02/512.41.74 - question.sante@skynet.be

Personne ressource : Alain CHERBONNIER

Question Santé est une association agréée et subsidiée par la Communauté française comme « Service communautaire de promotion de la santé ». Elle travaille principalement dans le champ de la communication en prévention, promotion de la santé et éducation permanente. A ce titre, elle offre gratuitement une aide méthodologique et pratique aux organisations qui développent des actions ou projets de communication en santé.

L'asbl édite le trimestriel « Bruxelles Santé », réalisé pour la Commission Communautaire Française (COCOF). Parmi les numéros de la revue, certains dossiers sont consacrés entièrement à la santé mentale : « La Santé mentale : un autre regard sur la prévention » (n°21, 2001), « Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence » (n° 29, 2003) et le numéro spécial de 2001, « Facettes de la santé mentale ». Ces numéros sont téléchargeables sur www.questionsante.org

▪ Similes Charleroi

Boulevard Z. Drion, 1 - 6000 Charleroi / Tél./Fax : 071/92.55.10 - charleroi@similes.org

Personne ressource : Agnès DARQUENNE

SIMILES est une association de parents et/ou de familles dont un proche souffre d'un trouble psychique. L'association a pour objectif d'accueillir, d'écouter, d'informer, de former et d'aider les proches et co-opère à l'évolution des soins et à la réhabilitation psycho-sociale des personnes malades. Elle propose des groupes de parole, des soirées d'information, des formations, des journées d'étude et est aussi sollicitée par des personnes en cas de crise, souvent le week-end, avec des demandes de renseignements précises sur certains services.

Tous les membres de Similes sont bénévoles ; la plupart ont vécu des situations difficiles.

Il existe un « relais » Similes dans chaque région.

Deux assistantes sociales ainsi que de nombreux bénévoles y travaillent en Wallonie et une permanence téléphonique est assurée par des « accueillants » formés à l'écoute et soutenus par un professionnel.

Sensibiliser au plus tôt à la santé mentale, notamment via une information prénatale et auprès des jeunes parents

Une information précoce permet de réaliser un travail de prévention voire, le cas échéant, un dépistage précoce.

Illustration

> Un Service organise des conférences, ainsi que des « **bébés rencontres** », c'est-à-dire un moment où les parents peuvent venir avec leur enfant de moins de 3 ans pour échanger sur leurs craintes, leurs astuces, leurs connaissances, etc.

Réaliser des actions de sensibilisation auprès des jeunes

Ces actions s'envisagent, par exemple, via des animations dans les écoles qui s'adressent aux étudiants mais aussi aux enseignants. Pour les enseignants, lorsqu'ils sont demandeurs, il est intéressant de proposer des repères pour les aider à détecter rapidement un problème qui se pose (par exemple, avant un suicide) et des outils afin de leur permettre de répondre à un étudiant en souffrance. Quant aux étudiants, il est important d'accrocher leur intérêt sur un ton qui leur parle et via des supports actuels, comme l'ordinateur notamment.

Illustrations

> Vu le nombre croissant d'étudiants en détresse qui se confient aux professeurs, une école supérieure a passé une convention avec le **Service de santé mentale de sa région**. Les étudiants peuvent s'adresser à deux professionnels-ressources du SSM qui les recevront rapidement. Par ailleurs, des supervisions pour les professeurs sont mises en place une fois par mois, afin de les outiller face à ces difficultés. Il y a donc accompagnement des étudiants et des enseignants.

> **Un Service de santé mentale** organise des formations dans les écoles. Un accord est passé avec l'enseignant pour que, quel que soit le problème, il puisse obtenir rapidement un rendez-vous pour l'étudiant en difficultés et que, de son côté, il s'engage à laisser ce dernier quitter le cours pour se rendre au rendez-vous.

> **Le projet «Accro moi non plus»** informe les jeunes sur les dépendances, via un CD-Rom et une exposition interactive. Il aborde des sujets très variés (produits, dépendances, dépression, solitude, suicide,...), avec nuance et précaution. Cet outil est principalement diffusé via les écoles mais idéalement il faudrait pouvoir l'exploiter dans d'autres cadres (quartier,...). Le projet peut s'intégrer dans un programme de prévention du bien-être. Les textes repris sont positifs et traités avec humour pour que le jeune puisse prendre du recul. Les personnages sont stéréotypés, à partir de la réalité des jeunes. Parfois, ils peuvent vivre quelque chose qui nous semble banal mais qui pour eux est insurmontable. Ce service constate lors des discussions avec ces jeunes, que ceux-ci sont davantage intéressés de parler de ce qui les motive à consommer : solitude,... Il est

important de préciser aux jeunes qu'il y a « des choses à faire » s'ils ne se sentent pas bien et de leur dire qu'il existe plusieurs façons d'être aidé.

Aménager des espaces de discussion et d'information pour les usagers

La mise en place de groupes de parole pour les usagers est une formule qui semble faire ses preuves. Les usagers ont souvent une mauvaise représentation de leur maladie car ils n'en ont pas une bonne connaissance. Ces espaces d'expression leur permettent de partager leur expérience, leur vécu par rapport à la maladie. Grâce aux explications qu'ils y reçoivent, ils comprennent mieux la maladie et la gèrent mieux.

Illustration

> **Un Hôpital de Jour** organise, une fois toutes les 6 semaines, des « assemblées générales ». Ces rencontres permettent aux usagers de discuter entre eux. Ils y invitent qui bon leur semble (leur pharmacien, leur médecin, un voisin,...) et choisissent eux-mêmes les thèmes. Ce sont aussi eux qui interviennent pour alimenter les échanges.

Apporter un soutien ou un encadrement de la famille et de l'entourage des usagers

La collaboration avec l'entourage du patient est essentielle, d'autant plus que la relation du patient avec sa famille influence son vécu et par là son évolution. La relation intra-familiale est habituellement très difficile car il y a souvent culpabilité de la famille, des parents,... Il faut savoir que lorsqu'un patient va mieux et qu'il revient dans sa famille, bien souvent, les représentations des proches n'ont pas changé et les problèmes reviennent. Or, la famille peut contribuer efficacement à la réinsertion du patient.

Illustrations

> **Les associations de familles de patients souffrant de troubles psychiatriques** organisent des groupes de parole dans toute la Belgique. Les pathologies les plus souvent rencontrées par ces familles sont la schizophrénie, les TOC, les troubles bi-polaires. Ces maladies font encore souvent peur, surtout lorsqu'il s'agit de pathologies d'ordre psychotique. Deux assistantes sociales organisent ces groupes en Wallonie. Elles sont aidées de nombreux bénévoles, essentiellement des familles qui ont elles-mêmes vécu le désarroi lié à la maladie chez un proche. L'association essaie que les familles elles-mêmes soient partenaires de soins. Elle organise notamment des groupes de psycho-éducation pour les parents.

> **Une autre association de parents** liée à une pathologie précise propose une information sur cette pathologie encore mal connue et démystifie les stéréotypes. Elle propose une guidance auprès des parents pour leur faire comprendre l'importance de prendre en charge le problème dès sa détection et les soutenir si nécessaire.

> **Un club de jour en service de santé mentale**, va à domicile à la rencontre des personnes et leur environnement pour y travailler sur les représentations.

> Il s'agit aussi de pouvoir donner aux familles des outils qui leur permettent d'agir suffisamment tôt lorsqu'un problème se pose, ce qui évite les complications.

Bien communiquer entre professionnels de santé mentale et avec d'autres intervenants

Cette question a été traitée plus particulièrement dans l'atelier 3, mais elle intervient également dans la transmission de l'information aux usagers et au public.

A différents endroits, en effet, des rencontres sont organisées entre services pour permettre à chacun d'expliquer son fonctionnement et de démystifier ensemble les fausses représentations existant entre services sur leur travail et leurs interventions. Les services de santé mentale, par exemple, ont la volonté de s'ouvrir et de sortir de leurs murs pour mieux connaître leurs partenaires mais cela reste difficile vu le manque de temps pour les contacts avec l'extérieur. Si le décret des services de santé mentale devait être revu, certains professionnels souhaiteraient que soit reconnu ce travail en-dehors des murs, via une plage horaire qui pourrait y être réservée et via un élargissement du cadre, ceci afin d'éviter que cette interconnaissance ne se fasse au détriment du curatif.

Illustration

> **Un Service de santé mentale** tente d'organiser ponctuellement des rencontres avec les autres services, les médecins généralistes, les aides familiales, etc. pour leur expliquer le fonctionnement du centre.

Réaliser un travail de déstigmatisation auprès du tout public

Les représentations anciennes de la « folie » sont encore souvent bien ancrées dans les esprits et il y a là un travail de longue haleine à poursuivre.

Illustration

> Organisation le 10 octobre, Journée mondiale de la santé mentale, de **soirées « ciné-débat »** dans des lieux tout public, en partenariat avec des soignants de différents horizons. Cette action est soutenue par l'IWSM.

Propositions

Faire confiance aux médecins généralistes et leur donner des outils pour mieux connaître le secteur et informer le public

Certains estiment que mieux outiller les médecins généralistes pour informer leurs patients sur les signes de détresse et les mesures à prendre permettrait de dédramatiser nombre de situations et de ne réserver l'orientation vers un service spécialisé que pour les situations qui nécessitent une prise en charge spécifique.

Insérer des messages dans des revues grand public

Il faut toujours rester prudent quant à la manière dont les messages sont véhiculés par les médias. Toutefois, si l'on veut toucher le « tout public », il est incontournable de passer par des créneaux non spécialisés qui nécessitent un travail sur la forme et le fond. En outre, les services ont parfois peur de se faire connaître par crainte de ne pas pouvoir répondre à la demande vu leur liste d'attente. Il est vrai qu'encourager l'accessibilité aux soins suppose de pouvoir répondre à l'augmentation de la demande.

Encourager un travail sur les représentations des professionnels eux-mêmes

Comme évoqué précédemment, on constate en effet que des préjugés existent au sein-même des services de soins. Un travail avec les professionnels sur leurs propres représentations pourrait être réalisé plus systématiquement, comme cela se fait déjà dans un certain nombre de concertations. Ce travail pourrait aussi faire partie du cursus de formation des professionnels.

Utiliser un langage « santé mentale » accessible à tous

Les intervenants en santé mentale emploient parfois un jargon qui leur est propre, inaccessible au tout venant. Il est important de les conscientiser par rapport à cela et de les inciter à s'adapter au langage de leur patient.

Mettre à disposition du public des services d'information en santé mentale pour obtenir des informations, échanger, donner des idées de loisirs, etc.

Il ne s'agirait pas de lieux de consultations mais de services purement informatifs, ouverts 24h sur 24 comme en Amérique du Nord (Canada, USA). Le contact direct de personne à personne reste en effet un média à privilégier pour faire passer l'information. Les brochures, articles, spots, sites et forums sur Internet peuvent aussi s'envisager pour une première approche accessible au grand nombre, mais la communication y est beaucoup moins personnalisée.

En priorité

- > **S'appuyer sur le travail en réseau** pour faire circuler l'information et lui donner plus de moyens.
- > **Instaurer des structures d'accueil et d'information**, par exemple dans les services de santé mentale, pour donner aux personnes des informations sur ce qui peut leur être proposé en fonction de leur situation.
- > **Mieux faire connaître les numéros d'aide, d'information et d'orientation.**
- > **Se servir d'organismes hors santé mentale** pour diffuser l'information, par exemple via une collaboration avec des maisons de jeunes.
- > Mettre en place des moyens et des lieux pour **travailler les représentations** de la santé mentale et de l'aide en santé mentale à tous les niveaux : population, usagers, services et travailleurs eux-mêmes, partenaires et responsables politiques.
- > **Développer le travail de proximité** qui permet « d'approvoiser les gens ».

Atelier 3

La communication entre intervenants

La communication, condition sine qua non du travail en réseau, et la circulation de l'information semblent souvent faire défaut sur le terrain. Ainsi, on recense :

► **Une méconnaissance des problèmes de santé mentale et des services existants :**

Comme pour la population et les usagers, le manque d'information pose problème aux intervenants, tant aux acteurs de première ligne qui se disent démunis par rapport aux relais à trouver, qu'aux professionnels du secteur qui ne connaissent pas toujours très bien le réseau local de soins. S'y retrouver parmi la multitude de services existants relève du défi. Cette difficulté engendre un manifestement de nombreux malentendus et provoque tantôt des erreurs d'orientation, tantôt des représentations décalées et, par là, une méfiance vis-à-vis de certaines catégories d'aide ou de patients.

Comment éviter des refus de prise en charge liés aux craintes des professionnels ? Par exemple, il arrive, en maisons de repos, que l'on refuse l'accès à une personne âgée suite à une hospitalisation en psychiatrie, même lorsque l'assistante sociale qui accompagne la personne se montre soucieuse de s'inscrire dans la continuité des soins ? Et que penser de l'attitude d'un professionnel qui déconseille formellement à des parents une prise en charge en psychiatrie pour leur enfant, alors que celle-ci semble nécessaire ?

Ces préjugés sont lourds à gérer, et davantage lorsque les professionnels méconnaissent les pathologies, rendant d'autant plus difficile une orientation adéquate.

► **Des lacunes dans la transmission des informations :**

Celles-ci concernent notamment le suivi des patients. Elles se situent non seulement entre intervenants de différents secteurs, de différents services, mais aussi, parfois, au sein-même d'une institution.

► **Différents obstacles à l'organisation du travail en réseau :**

Le travail en réseau est aujourd'hui reconnu comme une richesse, pour autant qu'il s'inscrive dans une certaine cohérence, ce qui ne va pas toujours de soi ! En effet, le réseau prend du temps et suscite toujours des craintes et des réserves de la part des acteurs qui ne sont pas encore tous convaincus de son intérêt. De plus, il s'appuie sur des relations personnalisées qui doivent être entretenues régulièrement. Il faut donc avant tout y croire... Ces différents obstacles interagissent en se renforçant l'un l'autre. A ceux-ci viennent s'ajouter un cloisonnement administratif entre secteurs ou des frontières entre catégories de services, par exemple entre équipes généralistes et centres spécialisés. Des articulations qui posent question et conduisent à des difficultés de collaboration à différents niveaux.

Dépasser ces pierres d'achoppement suppose encore un temps d'évolution qui pourrait bénéficier d'une plus grande articulation des politiques.

► **Et, d'une manière générale, un manque de lien :**

On constate couramment un manque de suivi après une orientation. Le parcours de la personne est souvent appréhendé au 'coup par coup' alors qu'il pourrait s'apparenter à un véritable processus vers un mieux-être. Le relais entre services n'est pas toujours fluide, parfois au détriment du respect de l'usager et du juste « répit des familles ».

Cet atelier a pour but de voir comment améliorer la communication entre intervenants et, partant, le travail en réseau, au bénéfice de l'usager. Comment les intervenants pourraient-ils mieux connaître les ressources existantes ? Comment dépasser les cloisonnements pour mieux articuler les services ? Comment faire en sorte que la prise en charge concorde avec un processus où le relais est assuré ?

Animateur : Isabelle DELIEGE, coordinatrice IWSM

Rapporteurs : Vincent GERARD, coordinateur IWSM

Céline FRERE, assistante sociale, Service social CHU Vincent Van Gogh à Charleroi

▪ La Maison médicale « Le Car d'Or » et sa réflexion sur le travail en réseau

Avenue de Jemappes, 135 - 7000 Mons / Tél. : 065/34.88.01 - mmcardor@skynet.be

Personne ressource : Jérôme BACKX

Les maisons médicales sont confrontées à des situations de détresses multiples qui dépassent leur travail spécifique dans le champ de la santé. C'est pourquoi, elles ont estimé nécessaire d'intégrer leur pratique dans le champ psychosocial. Convaincue que la mise en réseau des différents intervenants est essentielle dans des situations complexes, la Maison médicale « Le Car d'Or » avait déjà réfléchi à la mise en place de réunions de concertation, à la place de l'usager dans celles-ci et à différents outils, tels que la clinique de la concertation. Un premier projet, parti davantage des travailleurs que des institutions, s'est peu à peu essoufflé. Il était en effet porté par 5 ou 6 personnes, ce qui le rendait assez lourd.

Un nouveau projet est en train de s'articuler autour du Relais social, nouvelle association du paysage montois chargée de coordonner l'aide autour des personnes en grande précarité. C'est précisément cette population dénommée « chaotique » qui met en échec les prises en charge institutionnelles. En y participant, « Le Car d'Or » poursuit ainsi les réflexions déjà entamées précédemment, via son implication dans le comité de pilotage, les groupes de concertation de travailleurs, les réunions de concertation avec l'usager de la Maison médicale, etc. L'ensemble des partenaires se réunit pour penser l'information de l'usager dans le respect, créer un espace de communication entre la personne et les services qui l'accueillent et préparer un dispositif de coordination entre les institutions elles-mêmes, de manière à faire aboutir positivement la prise en charge.

▪ Le Planning familial « Le Blé en Herbe » et ses « mi-dits de l'adolescence »

Espace Kegeljan, rue Henri Lecocq, 47 bte 5 - 5000 Namur

Tél. : 081/22.39.39 - le-ble-en-herbe@tiscali.be

Personne ressource : Isabelle GUEBENNE, psychologue

Créé en 1988, sous l'impulsion du Docteur Pierre Brasseur, Le Blé en Herbe offre un panel de consultations grâce à la pluridisciplinarité de l'équipe : psychologues (enfant-adolescent-adulte-famille), assistante sociale, conseillère conjugale et médiatrice familiale, sexologue et juriste.

Il offre également des consultations médicales de planning familial aux adolescents autour de demandes de contraception, de tests de grossesse, de dépistage des maladies sexuellement transmissibles,...

Un travail de prévention est également réalisé par la mise en place de groupes de paroles au Blé en Herbe ou d'animations notamment dans les écoles et maisons de jeunes.

Le centre a mis en place différentes actions pour favoriser la communication entre intervenants, entre autres, des réunions « théma » ainsi que des « Mi-dits de l'adolescence ».

Les réunions « théma » rassemblent les membres du personnel du centre de planning autour d'un thème particulier, sur lequel chacun est amené à apporter des éléments en fonction de sa spécialité. Les « Mi-dits de l'adolescence » réunissent des intervenants du Namurois qui, dans leur travail, sont en contact avec des jeunes. Chaque réunion donne l'occasion à une institution de se présenter, ce qui permet de découvrir des services moins connus et de créer des contacts personnalisés.

▪ La Plate-forme picarde de concertation en santé mentale

Place de la Grande Pêcherie, 19, Quartier de Messines – 7000 Mons

Tél. - Fax : 065/36.29.27 - pfpcsm@skynet.be

Personne ressource : **Luc TIBERGHEN**

Les Plates-formes régionales de concertation ont été créées dans le cadre de la réforme globale de la psychiatrie de 1990 autour de trois objectifs principaux : la création en aval de nouveaux équipements, le renforcement des services hospitaliers dans leur mission hospitalière et une meilleure coordination entre l'hospitalier et l'ambulatoire.

La Plate-forme joue un rôle important en termes d'aide à la communication, à l'interconnaissance et à la circulation des informations entre intervenants psycho-médico-sociaux sous différentes formes :

- le développement d'accords formalisés (protocoles) de collaboration entre institutions
- l'aide à tout service qui souhaite se faire connaître
- la médiation (sur l'ensemble du Hainaut, également en collaboration avec la Plate-forme de Charleroi/Centre)
- la création de forums de rencontres, de lieux d'échanges structurés entre les différents services : Groupes de Travail sur les thématiques suivantes : Enfance, Justice et santé mentale, Politique des soins, Interface psychiatrie et social, Handicap et santé mentale ; rencontres sur le terrain
- la participation à différents projets pilotes (soins psychiatriques à domicile, « Assuétudes » en Hainaut en collaboration avec la Plate-forme des régions du Centre et de Charleroi, Initiative en matière de Réseaux et circuits de soins, etc.

Préambule

Lorsque l'on parle des intervenants, il ne s'agit pas de se référer exclusivement à ceux qui oeuvrent dans le secteur de la santé mentale stricto sensu, mais à tous ceux qui, par leur pratique, sont d'une manière ou d'une autre, confrontés à la santé mentale des personnes qu'ils accompagnent.

La concertation est un processus long et lent qui se met en place petit à petit. Il faut tenir compte de trois étapes successives dans un processus de dialogue :

- 1) la connaissance des institutions et de leurs spécificités
- 2) la connaissance de leurs logiques d'action
- 3) la situation des usagers.

Les professionnels de différentes structures estiment qu'il est difficile, s'ils ne se connaissent pas préalablement, de parler entre eux des usagers. Il est essentiel d'abord de développer la connaissance et la confiance réciproques entre services, mais aussi et avant tout d'asseoir la communication interne.

Les réunions entre intervenants permettent, en outre, de créer du lien, de formuler des revendications communes et de s'enrichir personnellement.

Ce type de réunions présente cependant un certain nombre de limites, de difficultés :

- Elles peuvent engendrer un essoufflement, une lassitude des professionnels.
- Il y a un risque d'institutionnalisation de ces rencontres qui pourrait être évité par un recentrage sur les usagers.

- Des problèmes déontologiques peuvent survenir lorsque certains intervenants ne sont pas soumis au secret professionnel, les enseignants par exemple.
- Il faut trouver le temps pour organiser ces réunions en tenant compte d'une part, que certains professionnels travaillent à mi-temps, dans les Services de santé mentale notamment, et d'autre part, que tant les déplacements que la réunion de concertation elle-même prennent du temps qui pourrait être consacré au suivi des autres usagers.

Se pose également la question de l'élargissement de ces rencontres générales à d'autres intervenants. L'intérêt d'étendre davantage les invitations (via Fax info, par exemple) est souligné ; cela permet de rester un réseau ouvert et non pas un réseau entre personnes qui se connaissent déjà¹⁶.

Pratiques actuelles

Différents types de rencontres s'organisent entre professionnels :

Se rencontrer pour échanger sur l'exercice d'une même fonction dans des cadres différents

Illustration

> **Une réunion** a rassemblé des kinésithérapeutes de différents secteurs de la santé mentale pour parler de leurs pratiques respectives. Cela a permis à chacun d'avoir une vision transversale du travail mené. Grâce à cette réunion, des relais se sont créés pour traiter certains patients.

Se réunir pour débattre d'une thématique ou travailler sur un public cible

Illustrations

> **L'équipe « Adolescence » d'un centre de planning familial** a eu l'idée de créer les « Mi-dits » de l'adolescence. Il s'agit d'un projet qui s'est déroulé entre octobre 2002 et juin 2003. Des réunions étaient organisées pendant le temps de midi. Elles rassemblaient des professionnels travaillant avec des adolescents dans une même région. Ces réunions permettaient d'identifier le cadre d'intervention de chaque professionnel et de mieux connaître son offre de soins. A chaque réunion, un professionnel présentait sa pratique. Différentes questions y étaient abordées, par exemple : comment entendre la demande d'adolescents quand ils ne demandent rien explicitement ? Comment travailler avec l'entourage du jeune ? Lors de ces rencontres, les intervenants ont constaté qu'ils relayaient souvent les situations vers des personnes ou des services qu'ils connaissaient déjà. Grâce aux rencontres, des contacts se sont créés avec d'autres, ouvrant ainsi le « champ des possibles » pour chaque situation.

> Ailleurs, **des réunions de coordination** sont organisées une fois par mois, par exemple dans différents services d'un CPAS, sur la thématique de « la petite enfance » et sur d'autres thèmes plus généraux.

> Ailleurs encore, **une association de services** a privilégié trois groupes de travail

¹⁶ Réflexion issue de la réunion préparatoire à l'atelier, janvier 2006.

(« enfants », « adolescents » et « adultes »), dans lesquels différents types de structures interviennent. Ils ont, entre autres, listé les spécificités des structures, défini des objectifs pour l'usager et questionné les problèmes déontologiques.

Organiser des rencontres pour intervenants actifs dans un même secteur géographique (commune, province,...)

Illustration

Dans les **Plates-formes de concertation en santé mentale**, découpées par province, des groupes de réflexion sont organisés autour de différents thèmes. Ces réflexions permettent, entre autres, d'aboutir à des revendications et de porter un message politique.

Se rassembler en vue d'une réflexion entre services sur les complémentarités, les constats, les limites et impasses dans le travail de chacun

Illustrations

> Dans un **Centre de jour pour enfants**, des groupes de professionnels sont organisés à partir des impasses auxquelles le centre est confronté dans son travail. Des institutions qui accueillent le même type de public sont rassemblées. Ensemble, une réflexion est menée sur la manière de gérer la sortie d'un patient. Etant donné le cadre précis de l'institution, financée par l'INAMI, les relations entre intervenants ont des limites institutionnelles. Ceux-ci réfléchissent sur le manque de souplesse entre les structures ambulatoires et résidentielles, dû au système de financement par lit, ainsi qu'aux alternatives potentielles.

> Dans une région bien définie, suite à des problématiques récurrentes, **des maisons d'accueil, des sociétés de logement, des agences immobilières sociales** se sont mobilisées pour comprendre les logiques institutionnelles respectives.

Baser le réseau sur le parcours institutionnel de l'usager

On pourrait considérer que c'est l'usager qui met les professionnels en contact les uns avec les autres, en fonction de sa situation et de son cheminement. Ce mode de fonctionnement pourrait constituer une balise pour garantir la cohérence des rencontres tout en évitant leur institutionnalisation.

Limiter le nombre d'intervenants en réunion

Certains estiment qu'au-delà d'un certain nombre de participants, le dialogue constructif peut être mis à mal. C'est pourquoi, il est important de veiller à limiter le réseau autour du patient, tout en maintenant, si besoin, une certaine souplesse dans sa composition. On évoque le chiffre maximal de 12 personnes.

Désigner un coordinateur attiré

Dans toute réunion de concertation, un coordinateur cadre les attentes des professionnels et veille au contenu de la réunion pour éviter les jugements ou la mise à mal de services lorsque le suivi d'un usager est abordé.

Personnaliser les rencontres des professionnels en se rendant sur leur(s) lieu(x) de travail et/ou en les voyant de manière individuelle

Ces rencontres sur place permettent de mieux se rendre compte du contexte de travail des professionnels et peuvent aussi faciliter la mise en lien. Se rencontrer de manière individuelle, deux à deux, permet de jeter des ponts interpersonnels parfois plus facilement que dans une réunion de groupe.

Inviter des « intrus » dans des réunions de professionnels centrées sur un usager

Il est important de respecter l'usager quand on parle de lui lors de réunions pluridisciplinaires et de l'y inviter autant que possible (c'est le principe de la « clinique de la concertation »). Lorsqu'il est absent, il est important de faire comme s'il était là. Parfois, il est utile de faire appel à un « intrus » qui apporte un regard extérieur, sans être impliqué personnellement dans la situation de l'usager. Il pourra cadrer l'intervention des professionnels ou relancer le débat.

Associer des personnes invitées par l'usager lors de réunions centrées sur sa situation

Cette démarche peut rassurer l'usager et lui montrer qu'il est aussi « partie prenante » de sa situation. Les personnes invitées peuvent être des professionnels ou non.

Utiliser un « dossier de continuité des soins de l'usager » auquel on se réfère

La situation du patient y est consignée par les professionnels et son contenu est négocié avec lui. Ce dossier est mis à disposition du patient qui a la liberté de le transmettre ou non à d'autres professionnels lorsqu'il quitte le service ou l'institution qui l'a pris en charge. Il est important que le patient puisse revenir sur ce qu'il a dit à un moment donné de son histoire et que toute personne qui a accès à ce dossier soit soumise au secret professionnel.

Généraliser par secteur géographique, comme il en existe déjà ponctuellement, un service d'appui et d'orientation téléphonique pour les professionnels confrontés à des problèmes de santé mentale

Illustration

> **Un tel service** est accessible à Bruxelles **24h/24**. Il répond **par téléphone** aux questions des professionnels, surtout à celles des intervenants de première ligne et en particulier celles des médecins traitants. Il prend l'initiative de contacter d'autres services pour s'assurer de l'adéquation de leurs compétences et de leurs disponibilités en vue d'une orientation et d'une prise en charge d'un patient. C'est un projet subventionné par le Service public fédéral «Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement».

Pouvoir se référer, pour organiser les relais de prises en charge, à des banques de données actualisées sur les services compétents en matière de santé mentale

Illustration

> **Une association** dispose d'une base de données mise à jour régulièrement reprenant les coordonnées des services et leurs compétences respectives.

Encourager la communication inter-institutionnelle, telle qu'elle se développe au sein de certaines plates-formes sous différentes formes

Cette communication inter-institutionnelle peut se faire via, par exemple¹⁷:

- Le développement d'accords formalisés (protocoles) qui permettent une collaboration entre acteurs de santé mentale et autres intervenants (hôpitaux, SSM, PMS,...). Parfois, ce protocole est élargi aux professionnels d'autres champs d'action, comme par exemple les Services d'Aide à la Jeunesse ;
- La mise à disposition d'informations sur un service pour le faire connaître et le présenter aux acteurs d'un groupe-cible ou à l'ensemble des intervenants ;
- La création d'un forum de rencontres, d'un lieu d'échanges structuré entre les différents services, de manière à envisager leur complémentarité ;
- La communication au grand public, via un site Internet interactif, dont une partie est réservée exclusivement aux professionnels.

Propositions

Créer des ponts entre les réseaux de soins existants en évitant les doubles emplois

Développer, dans le champ de la santé mentale, des collaborations ouvertes à d'autres intervenants

Par exemple, inclure des structures telles que les abris de nuit, les restaurants du cœur,...

Partager des expériences de travail entre communautés linguistiques, francophones et néerlandophones

Articuler, voire unifier, les compétences en matière de santé mentale entre la Région wallonne et la Communauté française

Octroyer une subvention aux professions libérales pour le temps consacré aux réunions de concertation

En priorité

- > Tenir compte des spécificités régionales et les valoriser dans le cadre des orientations définies au Fédéral.
- > Encourager le dialogue interministériel.
- > Soutenir et valoriser les réunions de concertation entre professionnels de différentes structures compétentes en matière de santé mentale, et ce, sous différentes formes.
- > Trouver un langage commun pour améliorer la communication et la compréhension entre intervenants de première ligne (policiers, aides familiales,...) et intervenants en santé mentale.

Atelier 4

Les lacunes dans l'offre de soins

La demande dépasse bien souvent le nombre de places disponibles. Et il faut savoir que, dans certaines zones géographiques, il n'y a pas d'offre du tout pour certaines catégories de services ou de spécialistes. Les situations sont donc très inégales. Alors que l'offre peut sembler multiple et foisonnante dans certaines régions, elle est peu présente dans d'autres où les besoins sont pourtant bien réels.

► Quelles en sont les conséquences ?

Elles se traduisent de différentes façons. Tantôt un plus long (parfois très long) déplacement permettra de compenser cette lacune et d'obtenir de l'aide. Tantôt les situations seront nettement plus préoccupantes. Ainsi, que penser du recours à la 'camisole chimique' pour pallier le manque criant de lits d'urgence en pédopsychiatrie ; de l'obligation de séparer une maman de son enfant car il est impossible de leur trouver une place dans une unité mère-bébé ; du refus de prendre en charge un adolescent qui approche des 18 ans parce qu'il se situe à la limite des conditions d'accès des services pour mineurs comme des services pour adultes ?

Nombreuses sont ainsi les situations où d'importantes lacunes sont pointées.

On pourrait encore citer :

- l'insuffisance de centres thérapeutiques de jour ;
- le caractère exceptionnel des groupes de la mémoire pour personnes âgées qui existent que dans le Brabant wallon ;
- le manque de psychogériatres ;
- les carences en matière de lieux d'écoute pour usagers dans les unités soignantes des hôpitaux ou services psychiatriques ;
- les lacunes spécifiques à certaines régions : manque de ressources généralisé dans la botte du Hainaut, absence de Centre de Réadaptation Fonctionnelle et pénurie de pédopsychiatres et de spécialistes en Province de Luxembourg ;
- l'insuffisance de communautés thérapeutiques ;
- etc.

Comment remédier à ces lacunes dans l'offre ? Certains revendiquent davantage de services alors que d'autres estiment que si on augmente l'offre, la demande augmentera également. Certains parlent de la nécessité d'une offre plus étoffée et plus diversifiée, notamment dans certaines régions ; d'autres se demandent s'il ne faudrait pas limiter le développement actuel des centres spécialisés au profit d'un renforcement des services généralistes.

Quelles initiatives encourager pour remédier à ces manquements ? Un service psychiatrique à domicile pourrait-il par exemple atténuer l'absence de structures ? Les réglementations pourraient-elles s'assouplir pour accueillir plus facilement un jeune au-delà de ses 18 ans ?

Cet atelier aura pour dessein de relever les types de structures manquantes, compte tenu des différentes zones géographiques de Wallonie.

Outre ce relevé, il s'agira de réfléchir à des alternatives possibles, sans éluder la question des moyens financiers, pour voir comment, dans certains cas, aménager ce qui existe, avec ce que cela suppose en termes de collaboration, de créativité, d'adaptation.

Animateur : Françoise DUESBERG, coordinatrice, PFC Brabant Wallon

Rapporteurs : Martine BAUDIN, sociologue

Françoise DE KEYSER, coordinatrice « Samravi » SSM à Louvain-la-Neuve

▪ La Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale (PFNCSM)

Rue de Bricgniot, 205 – 5002 Saint-Servais

Tél. 081/72.13.10 ou 0495/24.41.62 - Fax : 02/343.62.08 - plaformam@skynet.be

Personne ressource : **Carine CULOT**, présidente de la PFNCSM

Chaque Plate-Forme Régionale de Concertation en Santé Mentale organise des groupes de concertation par classes d'âge (0 à –18 ans, 18 à –65 ans, 65 ans et plus). Ceux-ci peuvent donner des indications précieuses et relativement précises sur les lacunes dans l'offre de soins.

Elles rassemblent les intervenants concernés par la problématique abordée et élaborent une réflexion et une recherche sur l'offre de soins la plus adaptée dans un souci de continuité de prise en charge. Pour y parvenir, elles croisent les offres de l'ambulatoire et de l'hospitalier, du secteur public et privé, des intervenants de première ligne et institutionnels. L'objectif premier est d'établir une réelle concertation autour du patient au-delà des anciens clivages et de l'isolement des différents intervenants.

▪ Le « Réseau enfants-adolescents », mission spécifique du Service de santé mentale du Nord et Centre Luxembourg (Saint-Hubert, Libramont et Bouillon)

Service de santé mentale de Saint-Hubert

Rue du Mont, 87 - 6870 Saint-Hubert / Tél. : 061/61.16.20

Service de santé mentale de Libramont

Grand Rue, 17 - 6800 Libramont

Tél. : 061/22.38.72 - centredeguidancesth@belgacom.be

Personne ressource : **Claire GRANDJEAN**, assistante sociale

Suite au constat de carences dans le champ de la santé mentale des enfants, le Service de santé mentale du Nord et Centre Luxembourg a créé une équipe spécifique de prise en charge pour enfants et adolescents appelée « Réseau enfants-adolescents ». Cette équipe, composée d'une assistante sociale et de deux psychologues à mi-temps, a pour missions :

- la prise en charge psychothérapeutique des demandes pour enfants et adolescents, en étant attentif à la collaboration avec les intervenants impliqués dans la situation ;
- la prévention des troubles du lien, travail spécifique s'adressant à l'enfant en bas âge en relation avec ses figures d'attachement ;
- le soutien des intervenants de première ligne dans leurs missions de prévention (par l'intermédiaire de formations, supervisions, présence dans une crèche,...) ;
- la participation aux réseaux de réflexion sur la province de Luxembourg (groupe cible 0-18 ans de la Plate-forme de Concertation en Santé mentale ; participation à des coordinations, des groupes de travail,...).

Les membres de l'équipe « Réseau enfants-adolescents » sont intégrés aux autres thérapeutes pour enfants de l'équipe générale et travaillent ensemble dans le cadre de l'équipe enfants du SSM (analyse des nouvelles demandes, projets de prévention,...).

• Le Centre Hospitalier Régional de Namur

Avenue Albert 1er, 185 - 5000 Namur / Tél. : 081/72.61.11 - Fax : 081/72.68.19

Personne ressource : **Carine CULOT**, psychologue au CHR

Parallèlement, les autorités fédérale et régionale proposent ponctuellement des projets-pilotes en vue de la mise en place de l'offre de soins en réseaux et circuits de soins. C'est ainsi que le C.H.R.N. a pu ouvrir une unité de crise pour patients présentant une problématique d'assuétudes, ceci afin de leur offrir un accueil et une prise en charge somatique et psychologique adaptée à leurs difficultés spécifiques. Ces patients (4 maximum) sont hospitalisés cinq jours dans une unité différente du service des urgences qui sert en quelque sorte de plaque tournante pour leur réorientation vers les partenaires du réseau les plus indiqués.

Une équipe infirmière, deux psychologues ainsi qu'une « case-manager » y travaillent, accompagnés par un psychiatre.

Le séjour est mis à profit pour faire un bilan pluridisciplinaire. Après la sortie de l'unité, le patient a la possibilité de recontacter la case-manager si le besoin s'en fait sentir.

Il serait souhaitable que le projet soit étendu à toutes les problématiques de santé mentale qui représentent une proportion non négligeable des admissions dans un service d'urgences.

• Le Service spécialisé de psychogériatrie du Centre psychiatrique St Bernard, à Manage

Rue Jules Empain, 43 - 7170 Manage

Tél. : 064/54.14.09 - Fax : 064/54.13.94 - christine.rottiers@fracarita.org

Personne ressource : **Christine ROTTIERS**, assistante sociale

Le Service spécialisé de psychogériatrie accueille des personnes âgées présentant tout type de pathologies psychiatriques (troubles de l'humeur, problèmes de comportement, psychoses, démences, assuétudes,...) qui nécessitent un diagnostic et/ou un traitement. La gestion de situations de crise est ainsi assurée. Le service est équipé de 21 lits ainsi que d'espaces de déambulation et d'accès sécurisés.

Les demandes peuvent provenir des familles, des médecins généralistes, des hôpitaux comme des maisons de repos. L'équipe est composée d'un psychiatre, d'un médecin généraliste, d'une infirmière chef d'unité, d'une psychologue, d'un ergothérapeute, d'une kinésithérapeute, d'une assistante sociale, d'un personnel soignant. La personne est prise en charge dans sa globalité et un intérêt tout particulier est accordé à son entourage. L'objectif de la prise en charge est de stabiliser, voire de récupérer les capacités restantes du patient par l'intermédiaire d'outils thérapeutiques tels que l'observation, la stimulation, une activation individualisée inspirée du parcours de vie de la personne.

Il n'est pas rare que bon nombre d'hospitalisations doivent se prolonger, étant donné le nombre limité d'institutions relais ou leur manque d'équipements adaptés à la personne âgée.

Constats

Où vivre, où « se poser » quand on ne rentre pas dans les critères, dans les « cases » de la société, de l'INAMI, des institutions, du DSM 4 ?

Que faire de la personne en crise, incapable d'une « demande », d'un « projet » ou d'un « contrat » ? Et la personne démente de 50 ou 60 ans ? Et la maman malade mentale avec son jeune enfant ? Et le jeune ni tout à fait délinquant, ni tout à fait malade mental ?

Et quand le patient « va mieux » et que sa prise en charge n'est plus subsidiée, est-il pour autant capable de vivre seul ?

Les participants à l'atelier sont revenus sur ces constats pour les préciser.

Les lacunes dans l'offre de soins en santé mentale sont en effet nombreuses et se situent à différents niveaux :

Disparités géographiques

Certaines zones géographiques sont sous-équipées et certaines structures sont difficilement accessibles (certains centres de jour notamment).

Lacunes dans certaines catégories de services

- Accueil de crise et d'urgence (tout public-cible)
- Services psychiatriques d'aide et de soins à domicile
- Services pour enfants et adolescents (dans certaines régions) et pédopsychiatres
- Structures de prise en charge « mère-enfants »
- Structures résidentielles pour enfants à l'intersection de la psychiatrie et de l'aide à la jeunesse
- Services ambulatoires et de proximité (cf. listes d'attente dans les Services de santé mentale)
- Structures intermédiaires : Maisons de Soins Psychiatriques (MSP), Initiatives d'Habitations Protégées (IHP), Appartements supervisés, Centres de jour, Communautés thérapeutiques, Accueil de nuit, Maisons de repos / Maisons de repos et de soins adaptés (disposant de services sécurisés, d'espaces de déambulation), etc.
 - pour les patients sortant d'hôpital
 - pour les situations chroniques, de longue durée
 - pour les personnes âgées ou relativement jeunes qui, confuses, désorientées ne disposent plus de points de repère et ne perçoivent plus la notion du danger, de manière à offrir un répit à l'entourage
- Lieux de vie pour les personnes âgées démentes, pour les handicapés mentaux âgés, pour les personnes plus jeunes accusant un grand état de dépendance sur le plan physique et/ou psychique, etc.

Lacunes en amont, en aval et autour des structures de soins

On observe un manque d'articulation entre le secteur de la santé mentale et les autres secteurs :

- aide à la jeunesse ;
- logement : logements trop chers ; inaccessibles aux malades mentaux ; inadaptés aux personnes âgées, polyhandicapées, démentes, ... ;
- réinsertion sociale par le travail, par le biais d'activités socio-culturelles, de groupes d'entraide, ... ;
- etc.

Lacunes liées au fonctionnement des structures

Par exemple : sélection des patients ; durées de séjour rigides ; expulsion de patients ; critères d'admission excluant tous ceux qui ne sont pas capables d'avoir un « projet », de respecter un « contrat » ; nécessité de rentrer dans des catégories ; lits à remplir ou à vider ; stigmatisation liée à l'hospitalisation psychiatrique et à sa durée (à cause d'un manque de relais ou d'une « certaine » sélection).

Ces différents critères et conditions, souvent justifiés , parfois plus arbitraires, font que de nombreux patients – généralement les situations les plus complexes - ne trouvent de place nulle part. On parle alors de « violence du système de soins ».

Propositions

Veiller à l'intégration des services dans le milieu de vie

Cette intégration passe par un renforcement des services d'aide à domicile, y compris pour les nuits. Au lieu d'organiser les services en termes d'exclusion du milieu de vie, il est important de réfléchir davantage en termes d'intégration, en tirant profit des potentialités des personnes, en reconnaissant les difficultés traversées par celles-ci.

Ce travail à domicile pourrait être renforcé au niveau des services de santé mentale, mais aussi des institutions psychiatriques pour redonner une place au milieu naturel.

Encourager voire permettre l'ouverture des structures psychiatriques vers l'extérieur

Le cloisonnement est un problème qui perdure : il y a une sorte de mur institutionnel autour de la psychiatrie ou une image de « dernier maillon ». Les services pourraient évoluer, dépasser la logique des soins centrés sur l'institution, et ouvrir un dialogue avec les usagers et les divers services sociaux, bref prendre place dans une logique de circuit de soins. L'ouverture contribuerait également à la démystification de la psychiatrie. De ce fait,

elle encouragerait, dans les cas où cela est indiqué, une prise en charge plus précoce des problématiques, ce qui pourrait limiter le traumatisme tant pour la personne en souffrance que pour son entourage.

Soutenir un travail dans les interstices, dans les vides entre les structures, dans l'avant et l'après, dans les passages, etc.

Illustration¹⁸

> Sur base du constat de carences dans le champ de la santé mentale des enfants - correspondant à une saturation des services existants, à l'isolement dans les régions moins bien desservies par les transports en commun, au manque de services spécialisés, de pédopsychiatres..., - un projet de prévention en Service de santé mentale (SSM) a été subventionné pour la « Création d'un réseau de prise en charge d'enfants en bas âge et de leur famille en milieu rural ». Ce réseau réunit 40 services (de première et deuxième lignes). Les préoccupations issues des rencontres entre professionnels étaient au départ, principalement, de mieux connaître le réseau et de permettre aux intervenants de 1^{ère} ligne d'avoir des repères pour relayer aux parents leurs inquiétudes par rapport à leur enfant. Un répertoire détaillé des services de la petite enfance, un vade-mecum, des interventions et un colloque sur le travail en réseau autour de la petite enfance ont été mis en chantier. Ensuite, un autre projet s'est développé pour la prévention des troubles du lien parents-bébé. En 2003, ces deux pôles ont donné lieu à la reconnaissance d'une équipe spécifique « Réseau Enfants - Adolescents » dans le cadre des « Missions spécifiques » en SSM, comprenant 4 axes : la prise en charge thérapeutique des enfants et adolescents (0 à 18 ans), la prévention des troubles du lien, le soutien des intervenants de première ligne dans leurs missions de prévention et la participation aux réseaux de réflexion en place dans la Province.

Développer des initiatives du type des « projets thérapeutiques » préparés par le pouvoir fédéral

La concertation entre intervenants est évidemment fondamentale pour faire aboutir la prise en charge. A pointer : le rôle du case-manager qui est précisément de permettre le lien entre le patient et le réseau et d'assurer le suivi, le fil rouge du parcours du patient.

Illustrations

> Les « Unités de crise assuétudes » ont été créées dans des Centres Hospitaliers, sur base du constat que cette population était généralement assez mal accueillie aux urgences. Il s'agit de 4 lits, ouverts à côté des urgences et hors du service de psychiatrie. Ce service fonctionne avec deux psychologues à temps plein un « case manager » dont le rôle est primordial : il doit bien connaître les ressources existantes. Le patient est accueilli pour un temps de 5 jours maximum afin de faire le point aux niveaux psycho-social et diagnostique. Il est ensuite réorienté vers le service le plus adapté, tout en ayant la possibilité de revenir vers le case-manager si besoin.¹⁹

> Dans un autre hôpital, une équipe **psycho-médico-sociale** renforce les urgences pour aider aux prises en charge des problèmes psy et pour assurer la concertation avec

¹⁸ Issu de la réunion préparatoire à l'atelier, janvier 2006.

¹⁹ Complété par les notes de la réunion préparatoire à l'atelier, janvier 2006.

l'entourage accompagnant. C'est un processus utile pour gérer la crise et transférer ensuite la situation vers un service de prise en charge dans le milieu de vie.

Etablir des liens avec le CPAS pour le suivi des personnes très isolées, voire exclues, qui arrivent aux urgences

Ces liens sont importants afin de pouvoir, par exemple, réserver un lit dans une maison d'accueil pour les nombreux patients sans domicile fixe qui arrivent aux urgences. Par ailleurs, l'ambulatoire est aussi supposé répondre à la crise et à l'urgence sur son territoire. Il est important que les différents intervenants se connaissent et entretiennent une confiance mutuelle.

Prendre contact avec les médecins généralistes, lorsque les personnes le souhaitent

On constate en effet, souvent, un manque de collaboration entre médecins généralistes et médecins psychiatres, aboutissant à un manque de suivi, voire, parfois, à des incohérences. Le médecin traitant a un rôle important à jouer par rapport au patient, tant dans la détection de la maladie, que dans la transmission d'indications destinées au diagnostic²⁰. Il devrait aussi pouvoir prodiguer des conseils au niveau du traitement à mettre au point ou à évaluer avec le spécialiste. Le but poursuivi étant de proposer des « soins sur mesure » permettant un mieux-être pour la personne et une plus grande responsabilisation de celle-ci comme de son entourage. La solution médicamenteuse, régulièrement proposée par le médecin de famille, ne résout généralement pas l'entièreté du problème qu'il est important d'examiner dans la globalité de la situation. Pour ce faire, travailler dans un cadre pluridisciplinaire et en partenariat offre la garantie d'une mise en commun d'expériences et de moyens. Le médecin généraliste, de par la confiance dont il est investi, pourrait donner l'impulsion à ce partenariat et ce d'autant plus si la personne est isolée et risque d'être plus facilement orientée vers une solution d'hébergement.

S'interroger sur ses propres résistances aux changements

Souvent, les nouveaux projets sont perçus comme des contrôles ou des contraintes. Il y aurait un intérêt à pouvoir dépasser cette dimension pour rencontrer au mieux la demande de soins et combler les lacunes. Renforcer la formation continuée et les supervisons pourrait contribuer à aider aux changements ainsi qu'à prendre soin de la santé des intervenants, ce qui est primordial pour une action de qualité.

Trouver des solutions de répit pour l'entourage

Par exemple des centres de jour, des hospitalisations de nuit,...

On parle aussi du 'baluchonnage', lorsqu'un intervenant spécialisé par rapport à la problématique du patient vient à son domicile pour s'en occuper et soulager ainsi la famille (qui, elle, peut s'absenter un temps), etc.

²⁰ Issu de la réunion préparatoire à l'atelier, janvier 2006.

Chercher des alternatives

Il arrive aussi que les offres existent mais qu'elles soient inaccessibles financièrement ou que les possibilités d'y accéder avec les moyens de transport en commun soient réduites voire inexistantes.

Pouvoir faire valoir ses droits en matière d'aide sociale prend ici toute son importance de même qu'instaurer une solidarité entre pairs. Songeons ici, notamment, à la valorisation des « jeunes retraités », au développement de groupes d'entraide,...

Donner davantage de temps pour les rencontres

Par rencontres, on entend à la fois les intervisions et les supervisions pour les professionnels, mais aussi le temps de se rencontrer entre intervenants et avec les familles pour rechercher ensemble de nouvelles pistes à des problèmes communs. Cette concertation assortie d'une collaboration et d'une confiance mutuelle pourrait également permettre à chacun de pouvoir compter sur l'autre en termes de solution ou, du moins, de soutien.

En priorité

- > **Développer le concept d'unités de crise.**
Le modèle des unités hospitalières de crise « assuétudés » pourrait être transposé à d'autres problématiques.
- > **Veiller à l'intégration dans le milieu de vie.**
- > **Augmenter les structures intermédiaires** pour les patients chroniques et de longue durée (Maisons de Soins Psychiatriques (MSP), Initiatives d'Habitation Protégée (IHP), Communautés thérapeutiques, Centres de jour, Appartements supervisés,... et autres formules à imaginer permettant l'entraide, le partage, une meilleure répartition des coûts des services et une consolidation du lien social (l'accueil familial accompagné ou les logements à vocation intergénérationnelle, par exemple).
- > **Accroître les soins de santé mentale à domicile, et les services à domicile en général** ; les possibilités de répit pour les proches (baluchonnage, courts séjours en institution, etc.).
- > **Financer des projets de réinsertion des patients**, surtout par rapport aux problématiques « complexes » et « chroniques ». Se donner les moyens de faire face valablement à ces situations et non à coups de solutions « bricolées » pour compenser le caractère aléatoire de certains services, les normes frileuses en termes de personnel, les lacunes en termes de maillages institutionnels,...
- > **Assouplir l'accès aux structures d'accueil et de soins pour les patients qui ne rentrent pas dans les catégories diagnostiques ou de l'INAMI et y adapter le travail en conséquence.** Par exemple, les démences précoces, les doubles diagnostics, les prises en charge mère-enfants, les handicapés mentaux âgés, les jeunes entre la psychiatrie et l'aide à la jeunesse ou la justice, etc.
- > **Respecter la spécificité des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents**
- > **Accorder plus de souplesse institutionnelle** au niveau des critères d'admission, des durées de séjour, des renvois,...
- > **Financer du temps de concertation des intervenants.**
- > **Décloisonner les différents niveaux de pouvoir** car ce sont les patients et leur famille qui font les frais de la fragmentation des services en fonction des pouvoirs de tutelle.

La place et le rôle du médecin généraliste

L'importance du rôle des intervenants de première ligne dans la détection des troubles et dans l'orientation des situations est incontestable, d'autant plus que c'est le patient lui-même qui définit sa première ligne : école, aide familiale, kiné, etc.

Parmi ces intervenants privilégiés, le médecin généraliste occupe une position centrale puisqu'il est présent dans le parcours de vie de chaque personne. Quel rôle joue-t-il quand un problème relève de la santé mentale ? Que peut-il assurer comme soins en santé mentale ? Quand et comment oriente-t-il une situation vers un service spécialisé ? Travaille-t-il en partenariat ? De quelles informations dispose-t-il sur le secteur, etc. ?

Cette position privilégiée lui donne un rôle essentiel qui couvre plusieurs facettes de l'accessibilité aux soins en santé mentale :

- faire de la prévention ;
- détecter précocement ;
- informer le patient ;
- réaliser un bilan d'ensemble ;
- contextualiser les signes somatiques ;
- proposer un traitement et/ou orienter le patient ;
- épauler les familles ;
- réaliser l'interface avec les spécialistes ;
- rester une personne de référence pour le patient ;
- centraliser le dossier et assurer le suivi du parcours du patient.

Comment le médecin généraliste s'en sort-il pour mener à bien ces différentes tâches ? Est-il à l'aise pour détecter les problèmes de santé mentale ? A quel moment cherche-t-il à orienter son patient ? S'il doit relayer une situation, dispose-t-il de suffisamment d'informations ? Comment s'élabore cette orientation ? Quand propose-t-il un traitement médicamenteux ? Quand interroge-t-il des collègues spécialistes ? Quelles sont ses ressources sur le territoire ? Quelles sont ses attentes et ses craintes vis-à-vis de ses partenaires du secteur de la santé mentale ?

Il est à noter que ces questions concernant le médecin généraliste se posent de la même façon pour les autres intervenants de première ligne : pour le pédiatre, les centres PMS ou l'école, notamment en matière de prévention pour les enfants, mais aussi pour les services sociaux, d'aide aux familles et aux personnes âgées, pour les mutuelles, etc.

Comment mieux informer les médecins généralistes des différentes possibilités de prise en charge ? Comment réagit le médecin qui se trouve dans l'impasse face à une situation ? Que proposer dans de tels cas ? Comment le médecin s'inscrit-il très concrètement dans le réseau du patient ? Dans quelle mesure joue-t-il le rôle de personne de référence ?

Cet atelier propose de travailler des pistes pour soutenir la place centrale, en première ligne, du médecin généraliste dans l'accès aux soins en santé mentale.

Animateur : Micky FIERENS, directrice LUSS – Ligue des Usagers de Services de Santé

Rapporteurs : Jézabel LEGAT, permanente Fédito wallonne

Francis TURINE, directeur « Les Goélands », président IWSM

▪ La Plate-Forme namuroise de Concertation en Santé Mentale

Rue de Bricgniot, 205 – 5002 Saint-Servais

Tél. 081/72.13.10 ou 0495/24.41.62 - Fax : 02/343.62.08 - plafonam@skynet.be

Personne ressource : **Didier DE VLEESCHOUWER**, coordinateur, chargé d'une recherche sur la collaboration santé mentale / médecins généralistes

Dans le cadre de la Plate-Forme namuroise de Concertation en Santé Mentale, Didier De Vleeschouwer a réalisé une recherche visant à mieux cerner la question des collaborations entre secteur de première ligne et secteur de la santé mentale, à partir d'interviews de médecins généralistes namurois. Il s'agit d'une recherche-action prospective orientée vers le développement de réseaux de soins de santé mentale intégrant les médecins généralistes et les soins de première ligne.

Les médecins généralistes interrogés ont exprimé de manière quasi unanime leur désir de collaborer. Il s'agirait d'une volonté qu'ils partagent avec les professionnels des soins de santé mentale. Cette bonne nouvelle doit néanmoins être modulée par le constat d'une relative impasse dans sa mise en œuvre. Cette impasse s'explique principalement par trois obstacles : la grande difficulté de collaborer sur les problématiques liées à l'urgence ; le déficit de communication qui pose la question de la continuité des soins dans une perspective qui favorise de plus en plus les soins à domicile pour les patients psychiatriques et le hiatus entre la dynamique de travail propre aux médecins généralistes (profession libérale) et celle des institutions (qui emploient en grande partie du personnel salarié) qui aboutit actuellement à une incompatibilité en terme d'organisation de la concertation. Il conviendrait de mettre les formes et les moyens pour que ce désir de collaboration ne soit plus une simple déclaration d'intention.

▪ Maison médicale de Barvaux

Rue du Tenimont, 37 – 6940 Barvaux

Tél. : 086/21.27.52 - Fax : 086/21.85.19 - mm.barvaux@skynet.be

Personne ressource : **Dr Jean LAPERCHE**, médecin généraliste à la Maison médicale de Barvaux, maître de conférences au Centre universitaire de médecine générale de l'UCL et membre de la Fédération des Maisons médicales

Les maisons médicales sont des associations autogérées qui dispensent des soins de santé primaires. Médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers, paramédicaux, travailleurs sociaux, accueillants, professionnels de la santé mentale y travaillent en équipe. Ces structures, proches de la population, s'insèrent dans leur quartier, dont elles connaissent les spécificités et les problèmes. Dans les maisons médicales, la place centrale revient à l'usager : la sauvegarde et le développement de son autonomie constituent un objectif prioritaire. Non moins primordial est le souci de la santé communautaire : c'est dans et avec la communauté que les usagers et les professionnels travaillent ensemble au développement de la santé. Le secteur des Maisons médicales souhaite que l'aspect psychologique puisse y être intégré. Certaines financent un psychologue sur fonds propres, d'autres, des assistants sociaux.

- En tant qu'enseignant aux futurs médecins généralistes le Docteur Jean Laperche aborde les questions de prévention dont fait partie la santé mentale. Il est, là, témoin de leur manque de formation quant au champ des plaintes somatiques liées à la santé mentale qui représentent, dans les faits, la majorité des pathologies actuelles (troubles fonctionnels).

▪ **Le Dr Yves DELFORGE, médecin généraliste**

Médecin généraliste à Namur, Secrétaire général du GBO (groupement belge des omnipraticiens),
Membre du rassemblement des médecins généralistes de Namur et
Vice-président de ACCOORD (Coordination de Soins et Services à Domicile)
Rue du Suary, 14 – 5100 Wépion / Tél. : 081/47.00.50

En tant que médecin généraliste indépendant, trois points interpellent plus particulièrement le Dr Yves Delforge dans les situations de santé mentale :

- Il a l'impression qu'à l'heure où l'on parle beaucoup de réseaux, le médecin généraliste n'est quant à lui intégré dans aucun réseau. Le domaine de la psychiatre/la santé mentale est le seul domaine de la santé où il n'y a pas de lien avec les médecins généralistes. Ceux-ci ne reçoivent ni information sur le parcours du patient, ni dossier. C'est aussi le domaine dans lequel ils se sentent le plus dépourvus. Une meilleure collaboration est à réfléchir.

- Régulièrement confronté à l'urgence en santé mentale, il défend la mise en place d'un système de garde mobile d'urgence « psy » à qui le médecin généraliste pourrait passer le relais afin de s'occuper de l'urgence médicale réelle. A l'instar des Soins palliatifs, cette seconde ligne spécialisée aurait le temps de discuter avec les personnes, de discerner quels sont leurs besoins et de voir comment tenter d'y répondre. Cela permettrait également de débloquer de facto certaines situations de crise. Cela constituerait également une alternative valable aux urgences hospitalières, débordées.

- Il pense que, lors de nombreuses situations de première crise, le médecin généraliste est confronté à un sérieux problème : soit il envoie le patient aux urgences d'un hôpital général où le problème de santé mentale de ce patient ne sera pas pris en compte, soit il l'adresse à un service d'urgence psychiatrique, mais, là, le patient a beaucoup de risque d'être traumatisé à vie par ce qu'il y verra. Il pense qu'il devrait exister des «espaces hospitaliers tampons» afin de permettre à un patient en crise d'être momentanément séparé de son milieu de vie et d'être pris en charge par un service de santé mentale tout en n'étant pas directement propulsé au contact de malades psychiatriques «lourds».

Préambule

Force est de constater - et l'atelier démarre sur le rappel d'un tel constat - que cela ne va pas trop bien entre médecins généralistes et intervenants en santé mentale de manière générale, entre médecins généralistes et psychiatres de manière plus particulière. Des clichés devenus courants sont avancés : les psychiatres ne sont pas joignables ; obtenir un rapport écrit d'un psychiatre est impossible ; le médecin généraliste n'a pas le temps de chercher à établir des contacts avec des professionnels pour des problèmes psychiatriques,...

Le médecin généraliste est sollicité, à raison de 60 à 80% des plaintes, pour des questions et problèmes qui ne relèvent pas de troubles organiques mais de troubles fonctionnels, c'est-à-dire des plaintes qui font apparaître un mal de vivre sous diverses formes. Au départ, il n'a bénéficié d'aucune formation concernant ces difficultés et, cependant, le patient attend une réponse de sa part ! Comment, dans la majorité de cas, y répondre autrement que face à un trouble organique c'est à dire en prescrivant des médicaments ?

Pratiques actuelles

Encourager l'implication des médecins généralistes dans le travail de réseau en santé mentale

Certains regrettent que, d'une manière générale, les médecins généralistes soient peu intéressés par un travail avec le réseau lorsqu'ils sont face à des situations psychiatriques lourdes. De plus, les relations entre les médecins généralistes et les psychiatres ne sont pas toujours aisées (par manque de temps, de disponibilité, mauvaise communication,...).

Certains médecins généralistes ont, quant à eux, le sentiment de n'être intégrés dans aucun réseau : on parle de case manager qui se rend à domicile, mais on ne parle pas du médecin généraliste. De leur avis, le domaine de la psychiatrie / la santé mentale est le seul domaine de la santé où ils sont aussi dépourvus et où le lien avec eux ne se fait pas : ils ne reçoivent ni information sur le parcours du patient ni dossier, qui peut, par exemple, justifier un certificat médical de longue durée.²¹

Illustration

> **L'équipe d'un service intégré d'aide et de soins psychiatriques dans le milieu de vie** a décidé de développer un projet pour dynamiser la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres ainsi que pour favoriser l'implication des médecins généralistes dans un travail de concertation avec d'autres professionnels du secteur. L'équipe a proposé dans ce but :

- Que psychiatres et médecins généralistes se rencontrent pour des échanges cliniques autour de situations critiques dans lesquelles les uns et les autres sont impliqués. L'intérêt de cette collaboration se situe aussi dans la connaissance que le médecin généraliste peut avoir de la famille.
- Que des intervenants du service se rendent au domicile du médecin généraliste pour favoriser les contacts et une certaine complémentarité et cohérence dans les interventions des uns et des autres.

Ceci a pour effet que les médecins généralistes sont progressivement mieux outillés pour répondre aux plaintes de patients souffrant de troubles psychiatriques lourds. Et par conséquent que les psychiatres sont moins intensivement sollicités. A suivre et à évaluer...

Par ailleurs, lorsqu'il y a crise, les intervenants du service veillent à maintenir un contact avec le médecin généraliste qui continue à être sollicité pour les problèmes somatiques. Lorsque la période de crise est terminée, le patient est adressé à nouveau au médecin généraliste. Ce mode de fonctionnement paraît essentiel si on veut éviter que le médecin généraliste ne se vive ou ne soit perçu comme la cinquième roue de la charrette.

Pour répondre à certaines situations, les heures d'ouverture ont été élargies le soir, en semaine jusque 20 heures, ainsi que les samedi et dimanche matin.

Réserver des moments de permanence téléphonique pour les médecins généralistes

La relation entre les médecins généralistes et les psychiatres et intervenants psycho-médico-sociaux est particulièrement difficile, autant dans l'orientation que dans la

²¹ Issu de la réunion préparatoire à l'atelier, janvier 2006.

communication et le suivi. Le délai d'environ 3 semaines relatif à la prise de rendez-vous chez le psychiatre est catastrophique pour un patient que l'on a convaincu et qui est prêt à entamer quelque chose. Après une hospitalisation psychiatrique, les médecins généralistes ne sont pas non plus informés de la sortie d'un patient.²²

Du côté des médecins généralistes, on peut reconnaître que le « manque de temps » avancé comme explication à une collaboration insuffisante doit être nuancé : d'abord, un échange téléphonique avec un psychiatre concernant les difficultés psychiques d'un patient demande plus de temps que celui avec un radiologue, par exemple. Ensuite, il est généralement très difficile d'atteindre le psychiatre ou l'intervenant en santé mentale concerné.

Illustration

> **Dans certains hôpitaux**, lors de l'hospitalisation d'un de ses patients, le médecin généraliste est prévenu et informé de la personne qu'il peut contacter et du moment où il peut la joindre.

Réfléchir à des solutions pour répondre à l'urgence 24h sur 24

Le médecin généraliste est régulièrement confronté à des situations d'urgence psychiatrique ou psychologique face auxquelles il est souvent démuni, surtout en dehors des classiques heures habituelles d'ouverture des services.

Témoignage

> Un médecin généraliste a dû appeler la police car il ne savait quoi faire d'un jeune qui faisait preuve de violence dans son cabinet en début de soirée. Il estime qu'il y aurait pu avoir une autre alternative que de devoir recourir aux forces de l'ordre.

Illustrations

> Un hôpital psychiatrique a prévu **un psychiatre hospitalier de garde** auquel les médecins généralistes peuvent faire appel.

> On peut noter l'intérêt de **l'équipe multidisciplinaire créée en 2005 à Bruxelles** (prévue en 2007 en Wallonie) comprenant notamment deux médecins généralistes et un psychiatre qui peuvent être contactés téléphoniquement 24h/24. Ils réalisent un travail de dédramatisation (donner des adresses, fournir des fiches informatives sur certains troubles,...) lorsque les médecins généralistes, psychologues ou autres sont confrontés à des patients en crise qu'ils ne peuvent gérer. Ce numéro vert travaille sur base d'un inventaire de personnes ressources vers qui le médecin généraliste peut, par exemple, ré-orienter un patient « difficile ». Prochainement, des fiches reprenant une multitude de pathologies et de situations de crise seront accessibles sur Internet. Cette équipe est subventionnée mais elle ne se déplace par contre pas à domicile, ce qui constitue, selon certains, une limite du projet.

²² Issu de la réunion préparatoire à l'atelier, janvier 2006.

Propositions

Élargir l'offre de services ouverts 24h sur 24 pour répondre à l'urgence

Des pistes restent encore à exploiter :

> La suggestion est faite d'ouvrir l'accès aux lits d'urgence réservés aux toxicomanes pour des situations pressantes de santé mentale. Ceci permettrait d'éviter de devoir déclarer un faux diagnostic pour y avoir accès...

> Pour répondre à certaines situations d'urgence et de crise auxquelles le médecin généraliste est confronté, il serait intéressant de s'inspirer du système existant pour les soins palliatifs : une garde permanente. Face à une situation problématique de santé mentale, le médecin généraliste ou la famille pourrait faire appel à une « équipe mobile d'urgence » composée de professionnels qui auraient le temps de discuter avec les personnes, qui permettraient de débloquer certaines situations et qui prendraient le relais. Les équipes de la Coordination des soins palliatifs fonctionnent bien et leur mise en place a pris moins de 10 ans. La philosophie qu'elles ont développée pourrait être élargie aux situations de santé mentale, qui pourraient bénéficier, à la longue, d'une déstigmatisation.

Poursuivre l'information générale sur les services auprès des médecins généraliste

Des services, volontaires par rapport à cette diffusion d'information, rapportent cependant leur difficulté à la mettre en place.

Une solution serait peut-être de passer davantage par les cercles de médecins généralistes qui couvrent toute la Wallonie et qui ont pour missions d'informer leurs collègues et d'organiser des gardes et collaborations locales. La difficulté reste toujours plus grande lorsqu'il s'agit de transmettre des informations concernant des questions psychiatriques. Dans ce cadre-là, les informations que voudraient faire circuler certaines associations d'usagers pourraient transiter par les cercles de généralistes.

Sensibiliser le patient à la mise en lien des intervenants

Il ne faut pas négliger la part active que prend parfois le patient lui-même dans le manque de collaboration ou de concertation entre son médecin généraliste et le psychiatre. Tantôt, il consulte le spécialiste et estime ne plus devoir avoir recours au médecin généraliste ; tantôt il se fait hospitaliser sans en aviser son médecin généraliste ; tantôt, il consulte l'un et l'autre sans le préciser avec l'éventualité de double traitement médicamenteux, ... Cela rejoint la question du réseau et de la multidisciplinarité.

Mettre au point un plan d'action thérapeutique concerté

A titre d'exemple, il arrive que la médication à la sortie de l'hospitalisation devienne inappropriée à domicile. Il y a évidemment un écart important entre les conditions de vie à domicile et celles à l'hôpital. Le relais avec le médecin généraliste est alors très important.

Ceci souligne l'intérêt qu'il y aurait à généraliser un plan d'action thérapeutique associant le médecin généraliste et l'hôpital, en fin d'hospitalisation.

Consacrer plus de place à la dimension psychique des pathologies dans le cursus des médecins²³

Les médecins généralistes éprouvent parfois aussi des difficultés par rapport à ces prises en charge en santé mentale et à la gestion de la souffrance psychique des gens. Les jeunes médecins sont particulièrement dans le désarroi. Il n'est pas aisé non plus de détecter les problèmes de santé mentale et de faire une distinction entre ce qui est médical et ce qui est «psy» (stress,...). La question de la formation universitaire est primordiale car cette dernière n'accorde pas une grande place aux plaintes liées au mal-être. Or celles-ci constitueraient, selon les médecins eux-mêmes, 60 à 70 % des pathologies actuelles. Seule une minorité relève de pathologies organiques : tumeur, virus,... Au fur et à mesure des années, les questions fonctionnelles sont mieux considérées par les universités, des cours transversaux les abordent et les enseignants s'y intéressent davantage, mais cela reste minime.

Soutenir le rapprochement entre les services de soins à domicile et les services de coordination de soins à domicile

Les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD) semblent se développer dans ce sens-là, mais leur action reste encore à évaluer. Ils ont pour missions de conseiller le patient et de l'accompagner si nécessaire ; d'optimiser la concertation entre les différents acteurs de première ligne ; de renforcer la permanence et la continuité des soins à travers le développement des collaborations entre les services du réseau et de stimuler la qualité des soins. Chaque patient bénéficie d'une concertation à son domicile avec le médecin généraliste et l'infirmière. Les prestataires sont rémunérés. Les SISD sont toutefois peu développés, voire inexistantes dans certaines zones géographiques (en Province de Luxembourg, par exemple).

Créer des « espaces-tampons » non hospitaliers

Certains patients, en situation de fragilité psychique, auraient parfois besoin de souffler, de se poser dans un lieu tiers sans y être confrontés à des problématiques plus graves. Il serait judicieux d'ouvrir de tels « espaces-tampons » indépendants de la psychiatrie, qui permettraient à la personne de prendre un temps de recul par rapport à son cadre de vie. Des initiatives de ce type existent en Suisse mais également à Bruxelles²⁴.

²³ Cette piste a aussi été évoquée dans Confluences n°12, décembre 2005 (voir pp. 14-15) et dans la réunion préparatoire à l'atelier.

²⁴ Issu de la réunion préparatoire à l'atelier, janvier 2006.

En priorité

- > **Améliorer l'articulation entre les différentes autorités responsables du secteur**
La fédéralisation des pouvoirs a engendré une série de contraintes et de difficultés dans la prise en charge des patients. Le décloisonnement politique fait donc partie des priorités.
- > **Encourager et faciliter le soutien du médecin généraliste à son cabinet de consultation, lorsqu'il rencontre des situations délicates de santé mentale.**
Si le médecin généraliste le souhaite, cet encadrement pourrait aller jusqu'à une supervision avec un « psy ».
- > **Structurer la concertation avec les cercles de médecins généralistes.**
Les cercles pourraient être un relais pour diffuser l'information, et par là, améliorer les interactions, renforcer le suivi des patients et être plus à l'aise avec les symptômes et indications.
- > **Généraliser la planification des soins avec le médecin généraliste à la sortie d'une hospitalisation.**
- > **En cas d'hospitalisation, informer systématiquement le médecin généraliste des heures durant lesquelles une personne de référence peut être contactée.**
Dans le même sens, définir des créneaux horaires pour les appels téléphoniques des médecins aux psychiatres.
- > **Intensifier la coordination entre tous les services de soins à domicile et l'articulation avec le réseau d'aide.**
- > **Dans le même ordre d'idée, officialiser les rôles de chacun : qui fait quoi ? Comment ? Qui donne l'info à qui ?**
- > **Reprendre le concept utilisé pour les soins palliatifs à domicile, l'adapter aux situations critiques de santé mentale et mettre sur pied des équipes mobiles en cas de crise urgente.**
- > **Elargir les heures d'ouverture des services ambulatoires.**
- > **Développer des projets d'aide et d'information par téléphone** pour les médecins généralistes dans tout le pays et permettre, à la demande du médecin généraliste, le déplacement d'équipe à domicile.
- > **Créer des « espaces tampons »** où la personne en souffrance peut se déposer quelques jours, plutôt que d'orienter d'emblée le patient dans une section psychiatrique lourde.
- > **Ouvrir les lits d'urgence pour des troubles de santé mentale autres que ceux liés à l'assuétude.**
- > **Redonner au patient sa place d'acteur, l'aider à se réapproprier ses choix, à préparer sa sortie en concertation avec médecin généraliste et psychiatre.**

L'accueil de la demande et la gestion de l'attente

Qu'est-ce qu'on considère comme une demande ? Peut-on (doit-on ?) aider quelqu'un qui ne demande rien ? Que faire quand, par exemple, des parents sont inquiets pour leur adolescent et que celui-ci refuse toute prise en charge ?

Que devient l'attente lorsque les demandes adressées à un service de santé mentale connaissent une évolution de 100 dossiers par an à plus de 100 dossiers par mois ? Comment accueillir la demande d'un patient lorsque le service est débordé ? Que faire pendant le délai d'attente avant une prise en charge (2 à 3 mois en moyenne pour certains services de santé mentale, 6 à 8 semaines dans les centres psychothérapeutiques) ? Que penser du fait que l'on doit allonger le séjour d'un patient en psychiatrie parce que l'habitation protégée qui doit l'accueillir n'a pas de place disponible ?

► L'accueil de la demande

Il est parfois difficile pour une personne de cerner et d'exprimer sa demande. Elle doit d'abord parcourir un cheminement intérieur et, lorsqu'elle entreprend une démarche, la qualité de l'accueil sera déterminante. L'analyse de la demande constitue une étape importante où la situation sera considérée dans sa globalité, au-delà du symptôme présenté qui peut parfois masquer d'autres difficultés et supposer une intervention plurielle. Souvent, les parents ne se sentent pas écoutés dans la réalité de ce qu'ils vivent. Il arrive parfois qu'on banalise des situations qu'ils perçoivent comme problématiques, parce que les symptômes ne peuvent pas toujours être mis à jour en quinze minutes de consultation. L'inverse existe également et il ne faut pas non plus dramatiser à outrance.

Quoi qu'il en soit, prendre du temps pour accueillir et écouter la personne en difficulté semble constituer une garantie en termes de prévention. C'est aussi, sans doute, un gage de réussite pour l'intervention lorsqu'elle s'impose et il semble important de trouver cet espace à chaque fois que le besoin s'en fait ressentir. C'est pourquoi, dès le départ, on peut chercher avec la personne les ressources sur lesquelles elle pourra s'appuyer, si besoin, à différents moments de son parcours.

Et enfin, accueillir la demande au moment où elle est formulée suppose parfois de devoir la réorienter vers un service ou un professionnel plus disponible ou plus adéquat. Dans la pratique, on ne peut que regretter que peu de services peuvent concrètement effectuer ce travail d'orientation, faute de temps, d'information ou de places disponibles !

► Les délais et la gestion de l'attente

Il apparaît que trop de demandes affluent par rapport à l'offre. La capacité maximale des services est perpétuellement atteinte, ce qui engendre des délais d'attente parfois très longs pour bénéficier d'une aide appropriée. Comment garantir alors la continuité des soins ?

La surcharge est aussi liée au coût du service : plus les tarifs sont accessibles, plus les listes d'attente sont longues. L'encombrement des services, notamment des services subventionnés, provoque donc des difficultés supplémentaires pour les populations les plus précarisées.

Parmi les effets négatifs, on peut aussi repérer : l'inadéquation de certaines prises en charge, l'orientation vers des prises en charge plus lourdes avec éloignement du patient, le non-soin, etc.

Certains services prévoient des modalités d'accompagnement des patients pendant cette période d'attente qui permettent d'éviter le développement de situations de crise voire d'urgence et suffisent, parfois, à répondre à la demande.

Une fois la demande formulée, comment est-elle accueillie ? Probablement différemment en fonction des services et des régions. Si cette demande ne peut être prise en charge tout de suite, que devient-elle ? Qu'y a-t-il entre la demande et la réponse ? S'il y a attente, comment est-elle gérée ? Qu'existe-t-il pour épauler les familles et les usagers ?

Après avoir abordé ces questions, il s'agira de dégager des pistes concrètes pour réduire le délai d'attente, améliorer l'accueil et le suivi de la demande.

Animateur : Liliane LEROY, FCPF et Service d'études FPS

Rapporteurs : Virginie OLIVIER et Muriel GENETTE, IWSM

▪ C.T.A.E. (Centre thérapeutique et aide éducative)

Rue Vieille Montagne, 22 – 4000 Liège

Tél. : 04/227.81.74 - Fax : 04/228.08.13 - ctae.liege@busmail.net

Personne ressource : **Jean-Paul BERNARD**, psychologue et directeur du Centre

Le C.T.A.E. est un centre d'accueil non-résidentiel pour enfants et adolescents, le plus souvent psychotiques. 24 personnes (en équivalents temps plein) y travaillent pour 33 enfants en moyenne. Le centre a fait le choix de travailler avec une liste d'attente qui peut être assez longue, quelquefois jusqu'à 1 an, et de mettre le temps d'attente à profit. Ainsi, l'enfant et les parents sont rencontrés tous les mois par les professionnels du centre afin de travailler avec eux la demande d'accueil. Ils prennent le temps d'entendre la plainte et la demande de soins telle qu'elle se présente pour ouvrir, dans un second temps, à l'établissement d'un transfert sur le savoir de l'enfant et de ceux qui ont présidé à son désir (parents et responsables).

Au bout de ce travail, l'enfant est soit accueilli au C.T.A.E. dès qu'une place se libère ; soit orienté vers un autre centre mieux adapté à sa demande. Parfois même, il arrive que ce travail préparatoire suffise à désamorcer une situation.

▪ La Cellule d'Intervention psychologique du Centre de Prévention du Suicide

Place du Châtelain, 46 – 1050 Bruxelles

Tél. 02/640.51.56 - cps@preventionsuicide.be - La ligne d'urgence : 0800/32.123

Personne ressource : **Paulette DUHAUT** et **Nicolas MIEST**

Il s'agit d'une initiative bruxelloise qui s'inscrit dans la prévention du suicide et plus spécifiquement dans la prévention de la récurrence du passage à l'acte. Dans le cadre d'une hospitalisation pour tentative de suicide, hormis les soins somatiques, la souffrance existentielle de la personne n'est pas toujours bien comprise et entendue et le laps de temps passé aux urgences ne permet pas toujours la rencontre avec un intervenant psy. La CIP (Cellule d'Intervention Psychologique) travaille avec les personnes qui ont fait une tentative de suicide, juste après leur geste. Elle se donne pour missions de faire le lien entre les services hospitaliers partenaires et les services ambulatoires et d'optimiser ainsi la prise en charge. Globale, psychosociale, celle-ci complète les traitements biologiques et/ou psychiatriques. Dans le cadre d'une convention de partenariat avec le service hospitalier, convention qui inclut une sensibilisation du personnel soignant, la CIP propose une prise en charge à court-terme – plus ou moins 2 mois - qui, selon les personnes, débouchera ou non sur une réorientation vers le service le plus adapté. Concrètement, l'hôpital propose les services de la CIP au patient et, si celui-ci accepte, son numéro de téléphone est transmis à la cellule. Dans un délai, le plus court possible et n'excédant pas 48 heures, un travailleur de la CIP téléphone à la personne et lui propose une première rencontre au terme de laquelle elle s'engagera ou non dans l'accompagnement de crise qui lui est proposé. La fréquence des rencontres est flexible et le service est gratuit afin que l'accessibilité soit garantie pour tous. Au-delà du travail de crise, l'intervenant reste personne ressource et un contact téléphonique avec le patient est envisagé dans des délais chaque fois négociés.

▪ Le Service de Santé Mentale de Louvain-la-Neuve

Grand-Place, 43 – 1348 Louvain-la-Neuve

Tél. : 010/47.44.08 - Fax : 010/47.87.42 - guidance@psp.ucl.ac.be

Personne ressource : **Viviane NEZER**, psychologue, co-directrice et responsable de la gestion journalière du SSM

Le Service de santé mentale (SSM), agréé en 1999, a mis en place un mode de fonctionnement pour gérer au mieux l'attente avant le premier rendez-vous et pour répondre rapidement à toute demande qui le nécessite. Les demandes, qui parviennent principalement par téléphone, sont accueillies par le secrétariat. Les secrétaires mesurent l'état de souffrance de la personne et le degré d'urgence de la demande. Elles établissent une fiche type destinée à la réunion hebdomadaire de concertation. Lors des réunions de concertation, chaque dossier est présenté par la secrétaire afin d'orienter au mieux la prise en charge. Le thérapeute rappelle systématiquement les personnes l'après-midi qui suit la réunion. En général, le délai pour obtenir un rendez-vous est de 15 jours. Ce délai court s'explique aussi par le fait que l'équipe de soignants est renforcée par l'engagement de psychothérapeutes indépendants. Si, lors du travail d'analyse de la situation, il y a lieu de réorienter vers un autre service plus adéquat, c'est l'assistant social qui prend les contacts et qui s'assure de l'aboutissement de la demande.

Préambule

L'accueil de la demande et la gestion de l'attente sont deux thèmes que nous avons choisi d'approcher ensemble parce qu'ils se rejoignent. Ils touchent tous deux aux pratiques cliniques, à la façon dont celles-ci se situent dans l'offre de soins et dans le paysage socio-économique et culturel. Ils posent aussi tous deux la question en termes politiques des moyens affectés aux différents secteurs des soins en santé mentale. L'accueil et la gestion de l'attente sont des éléments importants dans un travail sur l'accessibilité, parce qu'ils correspondent au premier contact avec le secteur de la santé mentale.

Pratiques actuelles

Travailler la demande pendant la période d'attente pour soulager la personne et gagner du temps

Certains services mettent à profit le délai d'attente pour travailler la demande, voir si elle est bien adressée au service le plus adéquat et préparer le travail clinique. Ce travail, lorsqu'il peut s'envisager, permet de gagner du temps par la suite, lors de la prise en charge. Parfois, il permet de désamorcer le problème et de limiter ou d'éviter la prise en charge. Ce travail n'est toutefois pas toujours reconnu dans les prestations subventionnées et constitue une charge supplémentaire pour les équipes qui l'assurent.

Illustrations

> **Un centre de jour pour enfants** a pris le pli d'accueillir la demande avant l'admission et de voir les enfants et leurs parents tous les 15 jours pendant cette période d'attente qui dure parfois une année. Le temps est mis à profit pour écouter la plainte, mais aussi pour tenter de restituer aux demandeurs, enfants et parents, le « savoir faire », en les remettant

en situation de sujets et non d'objets de soins. Les professionnels de ce service estiment que cette démarche est indispensable pour réaliser un bon travail par la suite, lorsque l'enfant sera effectivement pris en charge dans le service.

> **Un centre de jour pour adultes** dans une autre région, fonctionne un peu de la même manière. Pendant les 6 à 7 mois de délai d'attente avant l'admission, les intervenants fixent un rendez-vous, une à deux fois par semaine selon les besoins, pour faire patienter la personne et élaborer la demande. Le patient est vu seul ou en famille.

Accueillir toute adresse comme une demande

Certains services, notamment des services de santé mentale (SSM), n'acceptent de prendre en charge que des personnes qui émettent une demande clairement formulée ; ce qui s'avère particulièrement difficile pour certaines catégories de personnes, comme celles qui sont démunies ou précarisées.

D'autres services (y compris certains SSM) accueillent toute adresse, convaincus que le fait de décrocher son téléphone est à considérer comme une demande en soi.

Pour les situations qui sont orientées par un tiers, des modalités peuvent être aménagées afin que la demande personnelle de l'utilisateur puisse aboutir.

Illustration

> **Dans un service de Santé mentale** en particulier :

- Lorsque la demande est formulée, par exemple, par les parents d'un jeune qui ne va pas bien mais refuse de se faire prendre en charge, les intervenants leur proposent de venir seuls dans un premier temps. Ce type de démarche a déjà fait ses preuves, par exemple lorsque le jeune, voyant l'investissement de ses parents, finit par accepter de se rendre, lui aussi (et seul), dans le service.
- Lorsqu'il s'agit d'un autre tiers, le thérapeute demande que la personne en souffrance rappelle elle-même et propose, parfois, au tiers de l'accompagner lors du premier rendez-vous.

Certains services de santé mentale ont mis en place une équipe « accueil » qui seconde la secrétaire dans la gestion des demandes.

Illustration

> **Un autre Service de santé mentale**, à Bruxelles, a formé une équipe d'accueil qui rappelle systématiquement toute personne qui a pris contact avec le service et réalise avec elle un travail de la demande.

Proposer d'autres types de thérapies pour mieux répondre à la demande

La thérapie individuelle est le modèle dominant. Réfléchir à de nouveaux modes de prise en charge est important pour faire face à l'évolution des profils de demandes rencontrés notamment en Services de santé mentale. Les équipes sont en effet aujourd'hui de plus en plus souvent sollicitées pour des difficultés identitaires qui reflètent des problèmes de société actuels. Beaucoup de demandes sont aussi de plus en plus précises (« je veux un psy qui parle » ; « un comportementaliste » ; « une femme », etc.) et des diagnostics sont

pressentis (des demandes médicalisées comme « mon enfant est psychotique »). La plupart des usagers souhaitent rencontrer un « psy » avec lequel une relation pourra s'établir. Pour mieux rencontrer la demande, un service pose systématiquement la question suivante : « Qu'est-ce qui vous a aidé dans votre démarche et qu'est-ce que vous ne voulez vraiment plus ? »

Certains services proposent déjà, par exemple, des groupes de paroles. C'est un concept qui pourrait être étendu et adapté pour d'autres cadres. D'autres modalités de travail pourraient encore être élaborées.

Illustration

> Satisfait de l'ouverture du groupe de paroles pour parents d'adolescents, **un service de santé mentale** va faire l'expérience d'un groupe de paroles pour adultes avec l'idée de ne pas proposer de thème précis et de laisser ressortir les préoccupations de chacun.

S'organiser pour prendre des demandes en urgence

Par exemple, via une plage horaire laissée libre pour accueillir les rendez-vous urgents ou une permanence téléphonique pour répondre aux appels des intervenants de 1^{ère} ligne. Il arrive aussi que des intervenants prennent distance de leurs fonctions de base, le temps d'un impondérable ; par exemple qu'un psy réagisse sur une demande sociale, ou que le temps administratif de la direction soit momentanément mis entre parenthèses pour accueillir une demande urgente, ...

Travailler la crise pour gagner du temps et désengorger les services

Ce type d'initiative rejoint celle, citée plus haut, sur le travail de la demande (mais toute demande n'est pas une crise). La crise est un moment aigu qui structure la demande et qui, souvent, la provoque. Une fois celle-ci passée, il arrive que la personne pense qu'elle n'a plus besoin d'être aidée (jusqu'à la prochaine crise). Un travail spécifique devrait pouvoir se mettre en place à ce moment-là, notamment s'il y a eu passage en service d'urgence, pour permettre aux personnes en difficultés d'aboutir à une prise en charge dans la durée, pour autant que celle-ci s'avère nécessaire.

Illustration

> A cet égard, le travail fourni par la **Cellule spécifique d'intervention** nous éclaire sur un mode de fonctionnement possible, même si elle se concentre exclusivement sur les personnes suicidantes. Ce mode de fonctionnement s'est mis en place suite aux problèmes soulevés par l'accueil de ces personnes. En effet, le suicidant ne reçoit pas toujours un accueil optimal aux urgences parce que son acte est volontaire et qu'il alourdit la tâche des soignants. Il provoque ainsi, souvent, chez eux, un mouvement de rejet, voire d'agression. Et souvent, il ne reste que 2 à 3 heures dans le service avant d'être remis sur pied, laps de temps trop court pour voir le psychologue ou l'assistante sociale de l'hôpital. Afin d'assurer une sorte de chaînon manquant, une interface entre le secteur hospitalier et les structures ambulatoires, la Cellule a développé un partenariat avec plusieurs services d'urgence hospitaliers et propose son aide aux personnes qui ont fait une tentative de suicide. La Cellule contacte le patient endéans les 48 heures, pour autant qu'il ait préalablement marqué son accord, et lui propose un travail dit « de crise » d'une

durée de plus ou moins deux mois. Parfois ce travail suffit, parfois il y a réorientation vers un autre service. Dans ce cas, l'intervenant de la cellule peut accompagner la personne à son premier rendez-vous pour y présenter avec elle le bilan de ce qui a été travaillé. Il reste à la disposition de la personne en cas de difficulté.

Cette initiative pourrait être élargie à d'autres catégories de personnes en souffrance et mise en application dans d'autres cadres. Par exemple, l'idée a été émise que, dans les services de santé mentale, quelques intervenants puissent être mobilisés rapidement pour les situations de crise qui le nécessitent et, s'il y a lieu, réorienter vers un collègue la prise en charge proprement dite.

Sensibiliser tant les intervenants de première ligne que le personnel des urgences aux problèmes psychiatriques

L'accueil de la demande pourrait dès lors se faire dans de meilleures conditions, et aboutir à un relais vers les services *ad hoc*.

Illustration

> La Cellule précédemment citée se charge également de ce travail de sensibilisation en proposant aux intervenants « urgentistes » de revisiter leurs représentations du suicide et d'évoquer ensemble des situations.

Aider la personne à redevenir sujet, acteur de sa propre vie

L'*empowerment* du patient a été mis en avant. Celui-ci est défini « tantôt comme un processus, tantôt comme un résultat, parfois comme les deux à la fois [avec] trois types de finalités : (i) autogestion de la maladie et du traitement, (ii) capacité de participer aux soins et de faire des choix éclairés, (iii) auto-efficacité psychosociale et accès à une meilleure qualité de vie. (...) Le patient s'exprime à propos de sa vie, analyse ses émotions, propose et solutionne les problèmes qui affectent sa vie ». ²⁵ Une étude québécoise a montré que la plupart des démarches d'aide qui réussissent sont précisément celles où l'individu a pu exercer des choix.

Illustration

> Des initiatives comme les **groupes d'entraide** aident précisément le patient à reprendre le pouvoir moral sur sa vie et s'inscrivent dans cette logique.

Utiliser des ressources hors du champ de la santé mentale pour soutenir les personnes en difficultés

L'aide psychologique n'est pas toujours la plus adaptée pour certains patients. Par exemple, une maman en dépression post-partum a parfois davantage besoin d'une aide matérielle que d'une thérapie, une maman en détresse avec 4 enfants ne pourra se retourner sur elle-même tant qu'elle vivra dans un 'deux pièces' avec sa famille. Il est dès lors important que le « psy » puisse informer les personnes en difficultés des ressources existantes sur le plan social et les encourager à se tourner vers elles (croix jaune

et blanche, aide familiale, CPAS, etc.). Parfois, voire souvent, résoudre des problèmes concrets de la vie peut déjà soulager la personne. Dans cette perspective, il est important d'identifier la pyramide des besoins des personnes. Le travailleur social du service pourrait jouer un rôle à ce niveau.

Etablir des collaborations tant dans le champ de la santé mentale qu'en dehors de ce champ afin d'aider les personnes dans leur globalité

Ce type d'initiative rejoint la précédente. Il s'agit de mettre en place un réel processus de décloisonnement qui suppose aussi une bonne connaissance du travail de chacun. Ce décloisonnement s'envisage également dans le champ de la santé mentale lui-même qui est, de l'avis des participants, particulièrement cloisonné.

Par exemple, mal-être social et psychiatrique sont parfois tellement imbriqués qu'il est vain de traiter chacun de ces aspects comme s'ils ne touchaient pas la même personne et qu'ils n'avaient aucun effet l'un sur l'autre. Il est essentiel de considérer la personne globalement.

Illustration

> **Une maison d'accueil** explique sa collaboration avec le service d'urgences psychomédico-sociales du Centre hospitalier de sa région. Ce partenariat lui permet d'orienter la personne accueillie lorsqu'elle présente des troubles psychiques et, inversement, d'offrir au service d'urgences la possibilité de trouver un relais pour une personne sans toit.

Propositions

Détacher des travailleurs sociaux, formés à la santé mentale, dans des lieux hors du champ de la santé mentale stricto sensu

Il s'agit ici de chercher des solutions pour les personnes qui ont besoin d'aide mais qui ne la souhaitent pas ou n'en voient pas l'intérêt (toxicomanes, sans abris, par exemple) : comment respecter la personne sans lui imposer les soins ?

Les psychologues reflètent encore une image relativement négative, liée à la folie, alors que les travailleurs sociaux semblent plus accessibles, peut-être parce qu'ils mettent l'accent sur le volet social et considèrent d'emblée la situation de la personne dans son ensemble. Une piste serait de laisser plus de place aux travailleurs sociaux dans l'accueil et le travail de la demande. Avec une bonne connaissance du réseau, ils pourraient aussi réorienter judicieusement les situations si cela s'avère nécessaire. Ils pourraient également être détachés dans des CPAS, des abris de nuit, etc. pour faire le lien en confiance avec le champ de la santé mentale.

Encourager des échanges de personnel entre services dans le champ de la santé mentale mais aussi en dehors

Cette proposition permettrait de mieux se connaître, d'établir une certaine confiance, de comprendre les difficultés de l'autre, de ne pas avoir peur de prendre en charge des

patients venant d'un service à cause de l'image que l'on en a et, in fine, de mieux collaborer dans l'intérêt des usagers.

Mieux adapter les réglementations administratives de manière à proposer une prise en charge adaptée au patient tout en évitant toute forme de « concurrence »

Ainsi, un intervenant témoigne de sa réticence à passer temporairement le relais à un autre service, en attendant de pouvoir prendre en charge lui-même le patient, par crainte de « perdre un client ». Cette logique économique est directement liée au mode de subventionnement de certains services (si ceux-ci n'ont pas atteint leur quota de patients, leurs moyens sont réduits l'année qui suit).

Proposer des critères d'admission plus souples afin que l'utilisateur puisse bénéficier du soin adéquat

Certaines catégories de personnes sont refusées dans certains services : les mères-enfants ; les personnes qui souffrent de démences précoces ; celles qui présentent un double diagnostic ; les personnes handicapées mentales âgées ; les jeunes qui se situent aux frontières de la psychiatrie, de l'aide à la jeunesse et de la justice ; les toxicomanes ; les enfants sans famille ; les jeunes psychotiques ; les jeunes à la limite de l'âge adulte (16-17 ans) ; etc.

Ne trouvant pas de place ailleurs, il arrive que des enfants restent hospitalisés alors qu'ils pourraient bénéficier d'une prise en charge plus légère, et ce, bien que d'autres enfants auraient besoin de cette place d'hospitalisation. Autre exemple : certains psychotiques toxicomanes sont refusés dans des Initiatives d'Habitations Protégées sous prétexte qu'il existe des structures spécialisées pour toxicomanes qui, elles, les refusent parce qu'ils sont psychotiques.

→ Un travail sur les représentations s'avère indispensable : le décroisement, l'interconnaissance, voire le détachement ou l'échange de personnel pourraient être des pistes pour dépasser ce phénomène d'exclusion.

→ Il est également essentiel d'examiner, avec le pouvoir politique, les effets, parfois non désirés, de certains modes de fonctionnement. Il arrive en effet que certaines règles administratives empêchent la souplesse nécessaire au suivi de certaines situations. Il arrive aussi que les méthodes d'évaluation et de contrôle des résultats poussent, dans la pratique, à l'exclusion des situations les plus problématiques, parce que celles-ci ne sont pas « rentables ».

Trouver des relais extérieurs pour accueillir les enfants sans famille pendant les week-ends et les vacances scolaires

Beaucoup de familles ne sont plus à même de s'occuper de leur enfant en difficultés. Or, les services résidentiels exigent souvent une collaboration avec les parents et prévoient le retour des enfants en famille pendant les week-ends et les vacances lorsqu'ils ferment leurs portes.

En priorité

- > **Accueillir systématiquement toute demande** sans restriction et y répondre concrètement, quitte à la réorienter vers un service plus adéquat après un premier entretien. Accorder de l'importance à la rencontre et laisser le sujet choisir son « adresse ».
- > **Octroyer plus de moyens humains et financiers pour assumer le travail de prise en compte globale de la personne.**
- > **Reconnaître le temps nécessaire pour l'accueil et le travail préalable** de la demande. Laisser du temps pour faire le point, pour évaluer le soin et l'accueil donné.
- > **Permettre aux services de garder de la souplesse** car ils aident des êtres humains chaque fois singuliers.
- > **Permettre systématiquement une possibilité d'accompagnement psycho-social après passage aux urgences** en état de crise (suicidants et autres personnes en souffrance).
- > **Former les urgentistes, les infirmiers mais aussi les intervenants de première ligne** tels que les aides-familiales pour l'approche des patients « psy ».
- > **Eviter que l'évaluation-contrôle ne pousse les institutions à la ségrégation et la sélection des demandes.**
- > **Sensibiliser les professionnels au travail préliminaire de la demande** dans la période d'attente avant la prise en charge et reconnaître politiquement et financièrement ce travail.
- > **Soutenir le développement de structures informelles de prise en charge** (pour les personnes âgées, par exemple) au départ de services existant, comme les services de santé mentale, notamment.
- > **Favoriser et donner plus de moyens financiers aux structures de soins psychiatriques à domicile.**
- > **Effectuer un travail de décloisonnement** y compris avec les groupes d'entraide et les services socio-culturels pour pouvoir relayer, si nécessaire, les problèmes qui ne sont pas du ressort de la santé mentale.
- > **Considérer le patient de manière globale** et éviter l'ultra-spécialisation des services et des professionnels basée sur une approche mono-symptomatique.
- > **Percevoir le patient comme sujet et pas comme objet de soin.** Ne pas « saucissonner » les personnes en fonction de leurs différents besoins, tout en s'appuyant sur la complémentarité des approches spécifiques de chaque secteur (aide à la jeunesse et santé mentale, par exemple).
- > **Réaliser un véritable travail de liaison** qui garantit la continuité pour le patient, plutôt que de se renvoyer la « patate chaude » d'un service à l'autre.
- > **Assurer une cohérence et une meilleure articulation entre les structures** dépendant de différents pouvoirs subsidiaires pour permettre la continuité.

- > **Travailler l'image des institutions** car une idée négative les empêche d'aller les unes vers les autres.
- > **Ne pas refuser une situation sous prétexte qu'il n'y a pas de demande.**
Proposer aux parents dont l'enfant n'est pas demandeur, d'aller le rencontrer chez lui, et si nécessaire, pouvoir continuer son suivi à domicile.
- > **Créer des espaces de réflexion, d'observation,...** pour permettre aux personnes de souffler, de se poser ; pour chercher avec elles les meilleures solutions. Cela permettrait même que les problèmes s'estompent.
- > **Soutenir financièrement l'immersion dans d'autres services.**
- > **Prendre soin aussi de la santé mentale des intervenants de 1^{ère} ligne ou spécialisés** (formation continue, moments de réflexion qui soudent l'équipe, etc.) et leur permettre ainsi de mieux accueillir les demandes qui leur sont adressées.
- > **D'une manière générale, laisser de la place pour innover**

Atelier 7

La question de l'urgence

7

L'urgence

Le recours à l'urgence se décline de plusieurs manières. Il peut s'agir de situations où l'on a attendu le dernier moment avant d'agir, de personnes qui n'ont pu patienter sur une liste d'attente, de patients qui connaissent une crise sans avoir eu d'antécédents ou d'autres qui rechutent alors qu'ils sont en traitement.

Un passage aux urgences pour un problème de santé mentale s'effectue souvent dans un état de crise. Or, les services d'urgence ne sont pas toujours outillés pour faire face à ces situations qui demandent une attention toute particulière. Un dispositif permettant de proposer, aux urgences, une 'accroche' au patient, pourrait faire davantage que calmer la crise et renvoyer le patient chez lui. Il pourrait soutenir un début de prise en charge et l'inscrire dans une perspective.

Cette question des urgences se pose de façon différente selon les situations.

Les populations précarisées, par exemple, recourent davantage aux services d'urgence sans, semble-t-il, souhaiter un accompagnement dans la durée. On peut supposer qu'elles recherchent des réponses immédiates, car elles ne sont pas souvent en demande d'un suivi, même s'il est justifié.

Les personnes âgées arrivent souvent dans un service de soins en santé mentale par le biais des urgences de l'hôpital général, par exemple suite à une fracture ou parce qu'une maison de repos est dépassée par la situation.

Il y a visiblement aussi un manque criant de lits d'urgence, notamment en pédopsychiatrie, et les intervenants restent sans solution face aux situations de crise à gérer.

Outre les services d'urgences des hôpitaux généraux, comment et où les urgences en santé mentale peuvent-elle être accueillies, tout particulièrement le soir et le week-end, lorsque la plupart des services de soins et d'accompagnement dans le milieu de vie ont fermé leurs portes ?

Le défi de cet atelier sera de se pencher sur les questions suivantes : quel est le devenir d'une situation qui a été prise en charge en urgence et quel en est le suivi ? Comment sont pris en compte les problèmes de santé mentale aux services d'urgence ? Comment donner aux urgences les moyens d'encadrer de manière plus personnalisée les personnes qui souffrent de mal-être ou de troubles psychiatriques ?

Quels dispositifs les services et les professionnels de soins en santé mentale pourraient-ils mettre en place pour répondre à l'urgence et surtout la prévenir ?

Animateur : Nicole DEMETER, infirmière cadre intermédiaire CHP « Petit Bourgogne » à Liège

Rapporteurs : Christine GOSSELIN, coordinatrice IWSM

Micheline LEGAUX, CHU Vincent Van Gogh à Charleroi.

▪ Service d'urgences du Centre hospitalier régional de Tournai

Boulevard Lalaing, 39 – 7500 Tournai

Tél. : 069/33.14.70 - Fax : 069/33.14.70 - us.hs4@chrtournai.be

Personne ressource : **Dr Henry DUPONT**, psychiatre

Le Dr Dupont travaille en hôpital général. Il a pu remarquer que le service des urgences est devenu, au fil du temps, l'endroit où les gens se rendent d'abord en cas de difficultés, plutôt que chez leur médecin généraliste ou chez le psychologue. Le service des urgences est également un lieu où les professionnels sont amenés à panser les « plaies » de la société (SDF, perturbateurs, toxicomanes en crise, personnes mises en garde transitoire par la justice, etc.).

Les patients sont reçus par des urgentistes relativement peu formés aux problématiques psychiatriques ou psychologiques. Dans certaines villes, les urgences sont bien structurées et disposent, sur place, de ressources psychosociales. D'autres rencontrent un problème important lorsqu'il n'y a pas de service de psychiatrie au sein de la clinique ou pas de psychiatre appelable. Le délai d'intervention est alors très variable et peut être particulièrement long. Cette situation provoque des problèmes, soulève des questions et des critiques en termes d'accessibilité aux soins. Les moyens humains sont indispensables pour répondre le plus adéquatement possible à l'urgence en santé mentale. Le Dr Dupont estime qu'il serait pertinent de regrouper la garde psychiatrique au sein d'une même ville eu égard à la réalité : il y a de moins en moins de psychiatres.

▪ Service d'urgences psycho-médico-sociales du CHR La Citadelle

Boulevard du 12ème de ligne – 4000 Liège

Tél. 04/254.74.27 - Fax : 04/226.47.47 - chr@chrcitadelle.be

Personne ressource : **Dr Philippe RENARD**, psychiatre

Ce service d'urgences psycho-médico-sociales est un des deux seuls dans le genre en Wallonie. L'autre est le SICUP (Service d'Intervention de Crise et d'Urgences Psychiatriques) de l'hôpital Van Gogh à Charleroi.

Jusqu'en 1999-2000, le CHR n'avait qu'un psychiatre de garde fonctionnel qui jouait le rôle de « psychiatre de liaison » et allait, à la demande, au service des urgences.

En 2000, trois psychologues à temps plein sont engagés pour améliorer la qualité de l'accueil des toxicomanes, suite aux difficultés rencontrées par les professionnels des urgences dans l'écoute de ces patients. Le service s'est ensuite élargi à d'autres patients.

Le service est ouvert 7 jours sur 7 et 24h sur 24. Son fonctionnement est basé sur un système de garde alternée. Un psychiatre est présent sur place aux heures de bureau et rappelable en dehors de ces heures, si nécessaire. Le travail se fait en collaboration avec la famille et le réseau thérapeutique du patient. Ensemble, ils essaient de déterminer ce qui a provoqué la crise et comment la situation aurait pu être évitée.

Le service dispose par ailleurs de « lits de crise », projet-pilote de court séjour, destinés aux personnes toxicomanes.

▪ Télé-Accueil Namur-Brabant wallon et Charleroi

BP 72 – 1348 Louvain-la-Neuve / Tél. : 107, numéro d'appel gratuit, 24h sur 24

Tél. du secrétariat : 010/45.79.46 - teleaccueil.nbw@busmail.net

Personne ressource : Brigitte TILMANT, psychologue et formatrice

Télé-Accueil est un service d'écoute téléphonique qui propose une écoute dans l'anonymat à toute personne en difficulté de vie.

6 centres régionaux existent : Bruxelles, Namur-Brabant wallon, Liège, Charleroi, Luxembourg et Mons, avec un numéro de téléphone unique, gratuit, fonctionnant 24h sur 24 : le 107.

Les écoutants de Télé-Accueil sont confrontés à l'urgence des appels téléphoniques et la gèrent via « l'écoute active », leur principal outil. L'écoute et la parole permettent de désamorcer de nombreuses situations délicates et d'éviter ainsi des hospitalisations inutiles. Par ailleurs, la personne qui a été écoutée est mieux préparée pour un éventuel suivi psychothérapique.

Télé-Accueil dispose d'une base de données sur les différents services existants et peut donc également orienter les personnes vers les services adéquats.

Préambule

Depuis 35 ans, les « asiles » sont rattachés à la loi sur les hôpitaux, ce qui a provoqué des changements sur le terrain. La grande majorité des hospitalisations psychiatriques arrive, via les urgences, dans les hôpitaux généraux, qu'ils disposent, ou non, d'un service psychiatrique (indice A). Ceci concerne toutes les régions du pays.

Un tiers de ces urgences correspond à des décompensations de maladies psychiatriques reconnues comme telles. Le reste, soit la majorité, représente des urgences psychologiques et des détresses psychosociales.

On assiste donc à un surpeuplement des services d'urgence, lié, selon les participants, à plusieurs facteurs comme : la diminution du rôle central du médecin généraliste, la « panne » du réseau, l'ouverture du service 24h sur 24 et le week-end, la médiatisation des services d'urgence, la super spécialisation des services, les facteurs sociétaux néfastes.

Pratiques actuelles

Etablir un contrat entre le service d'urgence et le réseau de manière à assurer un relais pour le suivi des urgences

Il apparaît dans les faits que ce relais est particulièrement difficile à mettre en place, notamment à cause des différences de temporalités entre services : il y a souvent un temps d'attente pour accéder au service qui va assurer le relais. Or, il semble que le relais doit être effectué le jour même, sinon l'urgence dans 60 à 70% des cas n'arrive pas où on l'envoie.

Prévoir d'accompagner la personne jusqu'au centre assure en outre 30 à 40% de réussite en plus.

Proposer une consultation qui suit l'urgence au sein même de la clinique

Cette formule constitue un paramètre important de la continuité du suivi. Elle permet d'assurer en douceur le passage au relais en assurant un accompagnement pendant la période d'attente.

Ouvrir des lieux, autres que les services d'urgences, où peut s'exprimer le mal-être sociétal et faire connaître ceux qui existent

Ce mal-être et cette souffrance ne trouvent en effet plus de place dans une société fonctionnant non plus sous le mode de l'appartenance, mais plutôt sous le mode de l'intégration/exclusion.

Illustrations

> **Les Services de Télé Accueil** se présentent comme des alternatives aux urgences, des lieux d'écoute téléphonique, ouverts 24h/24, également le week-end et partout en Wallonie. Il n'y a qu'un écoutant (bénévole) à la fois, mais pour éviter que la personne en souffrance ne tombe sur le répondeur, il prend la deuxième ligne et demande de patienter ou de rappeler un peu plus tard. Entièrement gratuits, ces services permettent :

- de réduire la première urgence, généralement difficile à déterminer par rapport à un éventuel passage à l'acte, en désamorçant la crise par la parole et l'écoute : cela prévient ainsi une série d'hospitalisations ou un « débarquement » au service des urgences ;
- de réorienter vers un service mieux adapté en fonction de la problématique : Télé-Accueil dispose d'une base de données sur les différents services existants ;
- de fournir un point d'ancrage pour la personne par la relation de confiance instaurée.

Avoir libéré par la parole le trop plein permet souvent au patient de se calmer. Quand une personne en souffrance a déjà été écoutée à Télé-accueil, la demande qu'elle pourra formuler par la suite sera souvent mieux préparée. C'est en tout cas ce que renvoient certains des intervenants qui reçoivent des patients dans ce cadre.

Il leur arrive aussi souvent d'intervenir dans l'après-coup des urgences, par exemple, après une tentative de suicide parce que la personne a été renvoyée chez elle après quelques heures (avec un traitement somatique) et se retrouve démunie.

> **Les maisons d'accueil** apparaissent également comme des lieux permettant une prise en charge et un accueil plus global de la personne. Elles sont cependant peu nombreuses et doivent faire face à des demandes croissantes alors qu'elles sont, de plus en plus, confrontées à des pathologies psychiatriques lourdes et souffrent cruellement de moyens pour y faire face.

Distinguer les crises du contexte social ou familial et les décompensations psychiatriques afin de comprendre et prévenir l'urgence

de détresses psychosociales. Seule une minorité correspond donc à des décompensations psychiatriques de maladies connues (psychoses, manico-dépansions, etc.). Il est important de pouvoir faire la part des choses pour apporter la réponse appropriée.

Travailler les urgences en partenariat avec les travailleurs psycho-sociaux, la garde psychiatrique et l'intégration du et dans le réseau

Illustrations

> Une initiative d'urgences médico-psycho-sociales dans le service d'urgences d'un hôpital général.

Jusque 1999, le psychiatre de garde était rappelable aux urgences, en tant que psychiatre de liaison.

Lors des réunions rassemblant des intervenants en toxicomanie, le personnel des urgences est venu discuter des difficultés spécifiques d'accueil des patients toxicomanes. S'en est suivi l'engagement de trois psychologues à temps plein pour l'accueil des assuétudes, d'abord et pour l'accueil de tous les patients, ensuite. Actuellement, le service dispose de 3 locaux, d'une salle d'attente spécifique, d'un local infirmier et du « cabanon » des urgences. Il est ouvert 7j/7 et 24h/24. Un psychologue qui peut épauler le somaticien de garde est présent la nuit. Le psychiatre, sur place de 8h à 18h, est rappelable par le psychologue ou le somaticien pour le reste du temps.

- La première tâche des psychologues fut de rencontrer toutes les institutions susceptibles de collaborer avec ce nouveau service et de questionner leurs attentes.
- Le service fonctionne, à chaque fois et autant que possible, avec le patient et son réseau thérapeutique. Cette manière de travailler tente de limiter les effets pervers de l'accessibilité du service (débarquements systématiques aux urgences, patients orientés aux urgences par facilité, patients rejetés de tous côtés, ...).
- Actuellement, le service travaille en liaison avec le projet pilote « lits de crise en court séjour » (lits A d'hospitalisation), pour améliorer les possibilités d'hospitalisation d'urgence, mais aussi en travailler les indications et prendre réellement en charge la crise en évitant, si c'est possible, la lourdeur d'une hospitalisation.
- La collaboration avec le terrain social (structures d'urgence, CPAS, structures d'accueil résidentielles, éducateurs de rue, etc.) permet d'intervenir plus efficacement dans des situations où il y a un risque de « psychiatriser » le social.
- Le financement de l'initiative a supposé un « bricolage » des budgets : les trois psychologues sont payés via des contrats de sécurité et la coordination est payée par l'hôpital.

> Ailleurs, un **Service d'Intervention de Crise et d'Urgence Psychiatrique**, attaché à un hôpital psychiatrique a vu le jour en 1992 dans le cadre d'une expérience pilote. Le projet reposait sur l'idée de fonctionner avec des professionnels de la santé mentale aux urgences afin de mieux cibler les hospitalisations, notamment dans le cas de souffrances psycho-sociales (ne pas hospitaliser n'importe qui), et d'en diminuer ainsi le nombre. Le service fonctionne avec un psychiatre, un urgentiste 24h/24, 15 infirmiers, un assistant social et un psychologue mi-temps. En moyenne, chaque année, 3600 personnes

ont recours à ce service ; 60 à 70% d'entre elles repartent sans avoir fait l'objet d'une hospitalisation. Elles ont toutefois la possibilité, en situation réelle de crise, de séjourner dans le service à concurrence d'un maximum de 72h, le temps de se « poser », de mettre en mots leurs difficultés, de pouvoir prendre du recul, d'être entendues, apaisées.

Au bilan, on ne peut toutefois parler d'une diminution des hospitalisations. Il s'agit plutôt d'un changement du type de public dans le sens d'une augmentation des cas psychiatriques. Aucune décision politique n'a été prise pour généraliser cette expérience.

Les « Unités de crise assuétudées » créées dans les hôpitaux généraux s'intéressent à la population toxicomane généralement assez mal accueillie aux urgences. Elles comprennent 4 lits, à côté des urgences et hors du service psychiatrie. Elles fonctionnent avec deux psychologues à temps plein et un « case manager » qui doit bien connaître les ressources existantes. Le patient est accueilli pour un temps de 5 jours maximum afin de faire le point aux niveaux psycho-social et diagnostique. Il est ensuite réorienté vers le service le plus adapté, tout en ayant la possibilité de revenir vers le case-manager si besoin.

Mieux connaître et articuler les réseaux : adapter les pratiques pour mieux collaborer

Une partie des urgences correspondrait, selon certains, à une panne de réseaux. Travailler en urgence, c'est bien souvent parer à l'incompréhension existant entre hospitalier et ambulatoire : structuration différente des services, mentalités intra et extra muros difficiles à faire évoluer, multiplicité et spécificité des services,...

Les Plates-formes de concertation en santé mentale ont notamment été créées dans cette perspective.

Propositions

Regrouper les services d'urgence psychiatrique au sein de bassins de soins

Face à la pénurie de psychiatres hospitaliers, une piste serait de regrouper les gardes psychiatriques à l'intérieur d'une zone urbaine.

Illustration

> A Tournai par exemple, il existe **4 services A** (services de psychiatrie), mais peu de places sont réservées aux urgences psychiatriques, ce qui occasionne de grosses difficultés d'orientation.

Organiser les services de manière à prendre en charge l'individu globalement

Cela a été évoqué à maintes reprises : il est important de considérer toute demande dans son contexte et le patient comme un être aux multiples facettes. Lorsque les services sont trop spécialisés, ils ne peuvent/ne veulent pas prendre en charge tel patient sous prétexte que sa situation n'est pas de leur ressort... De fil en aiguille, on en arrive à l'exclusion de certains patients, notamment ceux dont la situation est particulièrement complexe.

Il y a aussi un risque, dans les équipes trop spécialisées, que l'on ne traite que le symptôme et que l'on renvoie ensuite la situation vers un autre service pour les problèmes qui subsistent.

Illustration

> **Un service** s'est développé comme **alternative à l'hospitalisation psychiatrique** au travers d'une approche interdisciplinaire qui se concentre sur l'individu en relation avec son contexte social. Ce service, qui rassemble une équipe multidisciplinaire de médecins, de travailleurs sociaux, de thérapeutes, d'enseignants, de travailleurs manuels et non-manuels se concentre fortement sur les tâches de coordination. Il s'agit de prévoir un projet global (soins de santé, logement) pour permettre de prendre en compte la personne sous toutes ses facettes. Ce service étudie les possibilités de développer des structures d'urgence pour prévenir l'hospitalisation. Il propose également aux services des urgences de venir rencontrer les patients dans le service, en se servant de la crise comme moteur de changement..

Former les urgentistes à la prise en charge ou à l'écoute des patients atteints de troubles psychiatriques et psychologiques

Formaliser des accords de collaboration efficaces entre ministres compétents, vu la complexité des soins de santé en Belgique

Alors que les politiques essayent de mettre en place des réseaux, l'un des premiers obstacles est la structuration-même des soins de santé en Belgique. Actuellement, il faut obtenir la signature de 7 ministres pour mettre certaines initiatives en place.

Reconnaître les expériences pilotes et autres initiatives dans le cadre d'agrément

Prendre en compte les urgences médico-psycho-sociales

Soutenir la formation des médecins généralistes en matière de santé mentale et prévoir une initiation aux pratiques de réseau

Lorsque le médecin généraliste est absent ou qu'il ne peut plus jouer un rôle central dans la prise en charge de son patient, la solution est souvent le recours aux urgences. C'est ce qui explique, en partie, le surpeuplement des services d'urgence. Comment, dès lors, permettre aux généralistes de travailler davantage en réseau ?

Augmenter le nombre de structures intermédiaires

Celles-ci réalisent en effet un travail essentiel par rapport à l'accueil et au suivi psychiatrique des cas lourds. Ce suivi permet souvent d'éviter les urgences au sein cette population.

Renforcer la mission d'échange et d'expertise des plates-formes de concertation en santé mentale

Les Plates-formes pourraient, sur base de leur expertise, soutenir l'agrément de projets pilotes qui sont toujours en équilibre instable alors que leur reconnaissance pourrait diminuer le recours aux urgences psychiatriques. Elles pourraient aussi intensifier leur rôle d'activateur du réseau.

Garantir la temporalité, la souplesse et la spécificité des services de santé mentale, qui offrent une alternative au « tout, tout de suite ».

En priorité

- > Renforcer et soutenir le rôle des intervenants de première ligne, en amont des urgences.
- > Questionner sa pratique au quotidien et prendre ses responsabilités (indépendamment du politique) dans la recherche de solutions aux problèmes.
- > Interpeller toutefois le politique chaque fois que c'est nécessaire, par exemple, à propos des projets pilotes comme les Services de soins psychiatriques à domicile qui n'ont toujours pas de nomenclature ni d'assurance par rapport à leur pérennité.

Atelier 8

Les coûts de la santé mentale

Comment un parent parvient-il à suivre financièrement quand il voit tripler le montant de la quote-part qu'il paye pour son enfant lorsque l'hébergement en structure résidentielle (un SRJ, par exemple) prend le relais d'une hospitalisation en pédopsychiatrie (service K) ? Que dire du montant du loyer demandé au résident en Habitation Protégée (IHP) lorsqu'on sait qu'il varie selon le prix des loyers de la région ? Ou que penser du fait qu'en 10 ans, le nombre de parents qui ne payent pas les factures de séjour de leur enfant en psychiatrie a quintuplé ?

Si la question du coût est récurrente, elle est aussi trop complexe pour en retirer a priori des considérations générales.

On peut toutefois pointer, par exemple, que, si l'accessibilité aux soins est évidemment difficile pour les familles défavorisées, le poids du coût des soins en santé mentale pèse particulièrement lourd dans le budget des « classes moyennes », sans que personne ne semble vraiment s'en préoccuper à l'heure actuelle.

Le coût comporte par ailleurs une part importante de subjectivité. Tant la perception du coût que les priorités définies par chacun dans son budget varient plus que sensiblement d'une personne à l'autre.

On a aussi pu constater que le coût et/ou le remboursement diffèrent selon une série de paramètres comme le cadre et le subventionnement du service, le pouvoir de tutelle (Communauté française, Communauté flamande, Région wallonne, Région bruxelloise, Fédéral), le type de service, la zone géographique, l'organisme assureur,

En règle générale, les témoignages font ressortir que le remboursement de certains soins et de certains médicaments est insuffisant, voire inexistant, entre autres :

- Le recours aux thérapeutes et services privés reste particulièrement coûteux, même si certains d'entre eux s'adaptent.
- La santé mentale à domicile est inabordable pour les personnes âgées qui ont une petite pension.
- Aux coûts des soins eux-mêmes, s'ajoute régulièrement une série de frais accessoires : déplacements, activités organisées dans le service, etc.

De plus, le coût et le financement des services induisent parfois des coupures dans le traitement, notamment lorsque les moyens sont épuisés et/ou que le nombre de séances remboursées est atteint. Ils entraînent parfois aussi un recours à des solutions inadéquates ; par exemple, la précarité économique de certains usagers les pousse à faire appel quasi systématiquement à des services d'urgence alors que les coûts ne sont que postposés, sans être pour autant plus faciles à assumer.

Cet atelier proposera la réalisation d'un inventaire des différents éléments du budget « soins de santé mentale » pour l'usager et sa famille. Il s'interrogera ensuite sur les propositions pour améliorer la situation.

Animateur : Denis HENRAD, chargé de mission, Fédération des Institutions Hospitalières (FIH)

Rapporteurs : Carine SERANO, chargée de communication, LUSS

François WYNGAERDEN, coordinateur de l'asbl Psytyouens

▪ Centre psychiatrique du Beau Vallon

Avenue de Bricgniot, 205 – 5002 Saint-Servais

Tél. : 081/ 72.11.11 - Fax : 081/72.11.20 - m-c.bousmanne@beauvallon.be

Personne ressource : **Marie-Claire BOUSMANNE**, Assistante sociale

Marie-Claire Bousmanne a réalisé une étude comparative entre le coût des longs séjours en hôpital et le coût des solutions proposées à la sortie. Dans beaucoup de cas, le coût de l'hospitalisation est difficilement supportable et ne fait qu'accroître le surendettement des personnes concernées. Mais cette étude a également révélé que des situations extrêmes cohabitent parfois. Ainsi, l'exemple de cette mère de famille (mari chômeur, enfants encore à charge), atteinte d'une maladie neurologique dégénérative et de quelques troubles psychiatriques connexes, qui avait besoin de soins de nursing plutôt que psychiatriques, mais qui est décédée en psychiatrie parce que l'option de la Maison de Repos et de Soins était trop onéreuse. Ou encore, à l'extrême opposé, on trouve l'exemple de certaines patientes qui n'ont plus de charges en dehors de l'hôpital et se retrouvent financièrement «en bénéfice». Elles (elles-mêmes ou leur entourage proche) hésitent alors à s'orienter vers une solution plus coûteuse où l'Inami n'intervient que dans une moindre mesure.

▪ L'Union Nationale des Mutualités Socialistes

Rue Saint-Jean, 32-38 - 1000 Bruxelles / Tel. : 02/515.06.37 - Valerie.Fabri@mutsoc.be

Personne ressource : **Dr Valérie FABRI**, Médecin-Conseiller à la Direction médicale

Les organismes assureurs disposent des données concernant le remboursement des prestations et des médicaments tant au cours de l'hospitalisation que lors de la prise en charge ambulatoire.

L'exploitation de ces données de facturation à des fins d'études permet aux mutualités socialistes d'acquérir une expertise pour décrire certaines facettes du coût des soins en santé mentale et de ses affiliés qui y recourent. Différents constats soulignent la place importante de la santé mentale dans la problématique des soins de santé.

L'étude du Docteur Fabri (UNMS) sur le profil des patients hospitalisés montre qu'en hôpital psychiatrique, il y a plus d'hommes, que les patients sont plus défavorisés socialement et un peu plus âgés que dans les hôpitaux généraux, ce qui s'explique entre autres par leurs pathologies.

Les chiffres de l'INAMI rappellent qu'en 2002, 30% des invalidités étaient causées par des troubles mentaux.

Une autre étude réalisée par le Docteur Boutsen (UNMS) montre que ce sont surtout des catégories de personnes socio-économiques faibles qui ont recours aux antidépresseurs : plus souvent les femmes, les personnes bénéficiant de l'intervention majorée de l'INAMI, les personnes en incapacité de travail ou invalides, les chômeurs de longue durée, les personnes âgées pensionnées ou séjournant en MRS ou MRPA.

Préambule

Lors des tables-rondes préparatoires au colloque, les discussions devaient porter sur les différentes facettes de l'accessibilité : géographique, physique, financière, etc. Dans l'ensemble, il a toutefois été relativement peu question de l'accessibilité financière. On a plus souvent parlé d'information, de communication, de stigmatisation, de la place du médecin généraliste, de l'offre, de l'accueil, de la gestion de l'attente,...

Et de la même façon, parmi l'ensemble des questions soumises à la réflexion des acteurs lors du colloque, celle du coût des soins en santé mentale semble avoir suscité moins d'intérêt...

Une réflexion que les participants à l'atelier ont voulu partager en préambule à leurs travaux... Ils en disent notamment que le coût des soins est une notion subjective, liée au vécu de la personne, compte tenu de ses revenus, de l'évolution de sa vie et de la pathologie dont elle est atteinte. Il est donc difficile d'estimer, pour l'ensemble des patients, son impact sur l'accessibilité en santé mentale sans tenir compte des différents paramètres qui peuvent l'influencer.

Il est par ailleurs extrêmement difficile de chiffrer précisément les coûts de la santé mentale. Lors des tables rondes, trois niveaux ont été évoqués pour l'expliquer :

- Le niveau structurel : les coûts dépendent de la modalité de prise en charge. Les prix varieront en fonction des structures, des types d'institutions ainsi que des réglementations qui les régissent.
- Le niveau du prestataire de soins : là, le problème se pose en termes de traitement, de thérapie. Les coûts varieront selon le traitement appliqué.
- Le niveau du patient : le statut social de la personne, les différentes allocations dont elle bénéficie, le fait qu'elle soit isolée ou cohabitante, ..., la pathologie rencontrée, le risque de chronicité, la prise en charge et les choix de la personne elle-même ont des conséquences sur les coûts.

La question des coûts est néanmoins primordiale. C'est elle qui sera déterminante (hors de l'urgence et des crises) dans le choix du patient de se faire soigner ou non. C'est en effet une des premières questions qu'il va se poser avant de se décider.

La problématique des coûts

Dans cet atelier, le caractère relativement technique du thème et la faible marge de manœuvre des intervenants dans la recherche de solutions ont amené les participants à revenir, dans un premier temps, sur les constats évoqués lors des tables rondes pour les compléter.

Le coût des loyers en Initiatives d'Habitations Protégées (IHP)

Les loyers des IHP sont en partie calqués sur les loyers de la région. Ces derniers explosant, les gens ont de moins en moins accès à ce type d'habitation, surtout à Bruxelles et dans la Province du Luxembourg.

Pour définir les coûts en santé mentale, il faut partir de la population. Un certain nombre de personnes reportent des soins de base pour des raisons financières.

Illustrations

> **Un service de médiation de dettes de CPAS²⁶** est régulièrement confronté à des situations de détresse psycho-sociale. Les personnes donnent la priorité à la santé physique, puis il ne leur reste plus rien pour la santé mentale. Les dettes sont multiples et, parmi celles-ci, le CPAS paie régulièrement des fiches de pharmacie pour des médicaments souvent peu remboursés, notamment ceux relatifs la santé mentale. Lorsqu'une personne est hospitalisée et que les charges ont été payées, il ne reste plus d'argent pour les créanciers, ce qui occasionne de terribles difficultés à la sortie, car l'hospitalisation place souvent la personne en dehors de la réalité. Aucun subside n'est octroyé pour le suivi du « bien-être » de la personne : Il n'y a, par exemple, aucun contact entre l'assistante sociale de l'hôpital et celle du CPAS. Souvent, c'est un problème psychologique qui fait que la personne se retrouve dans une spirale d'endettement, mais la pression des créanciers engendre elle-même une détresse. Un suivi psychologique serait utile voire nécessaire pour ces personnes, mais il n'est pas assuré. Une réorientation vers un Service de santé mentale (SSM) reste malaisée car sa dénomination fait peur, particulièrement à une population rurale. Une piste pourrait être d'inviter des intervenants de SSM lors des permanences au CPAS.

> **Un Service de santé mentale** a été créé suite à la fermeture d'une entreprise. Il a donc été d'emblée confronté aux difficultés d'accessibilité financière et aux nombreux problèmes liés à la pauvreté.

> **Une assistante sociale de SSM** témoigne du fait que les problèmes de coût font partie de son quotidien. Elle rencontre des gens qui connaissent la précarité, le surendettement,... et pour qui les soins en santé mentale sont trop chers : ils n'ont parfois même plus les moyens de s'acheter des médicaments.

> **Un intervenant en hôpital psychiatrique** explique que plus de 90 % des personnes qu'il rencontre dans son service sont bénéficiaires d'allocations sociales (mutuelle, chômage, CPAS). Ce sont donc des personnes aux revenus faibles face à des structures dont les prix ne font qu'augmenter. Les subsides se dirigent de plus en plus vers un système d'enveloppe avec un forfait de prise en charge. Il soulève la question de la pertinence de faire supporter par les institutions les coûts de prise en charge, de plus en plus lourds (surcoûts), et ce pour les patients, de plus en plus nombreux, qui n'ont pas la possibilité de payer eux-mêmes leurs frais d'hospitalisation. Cette situation pourrait mener à une dualisation de l'accès aux soins en fonction du pouvoir d'achat.

L'accès financier aux intervenants indépendants

Un psychologue indépendant constate que l'argent fait systématiquement barrage à l'exercice de sa profession. Quand un patient doit passer d'une institution à un praticien indépendant, il manque d'argent, ce qui peut engendrer un problème à la fois pour le patient (qui ne reçoit pas l'aide dont il aurait besoin) et pour le praticien (qui a de moins en moins de patients). Les psychologues ne sont en effet pas remboursés par l'INAMI, seuls

les psychiatres le sont. La seule solution pour avoir accès à un psychologue à moindre frais, c'est que le praticien travaille dans une structure qui l'emploie comme salarié (centre de planning familial, centre PMS, SSM, etc.). Certaines assurances complémentaires de mutuelles donnent parfois droit à des remboursements, mais on ne peut pas généraliser. Par contre, la plupart des assurances privées excluent tout ce qui touche à la santé mentale.

Financement des services

Les services de santé mentale sont débordés et doivent orienter les demandes vers d'autres structures, souvent plus coûteuses pour la personne. En outre, les subventions dont ils bénéficient ne leur permettent pas toujours d'assumer l'ensemble de leurs missions.

Illustration

> **Un Service de Santé Mentale provincial** rapporte que les subsides reçus par la Région wallonne ne couvrent pas la totalité des frais du service. C'est le pouvoir organisateur provincial qui doit injecter de l'argent supplémentaire.

Coût de la prise en charge ambulatoire privée

Certains font état des coûts de l'ambulatoire privé (psychologues, psychiatres, médicaments, ...) qui sont de plus en plus élevés, presque autant que la prise en charge institutionnelle.

Coût et rupture de traitement

Certaines personnes nécessitent une prise en charge institutionnelle qu'elles ne sont pas en mesure d'assumer financièrement. D'autres se voient dans l'obligation d'interrompre un traitement en cours, faute de moyens.

Témoignage d'un usager

> **Une dame** voit depuis 7 ans le même psychiatre. Malheureusement, ce psychiatre devient trop cher pour elle. Comme elle a, depuis quelques temps, sollicité de l'aide au CPAS, elle demande conseil à son assistante sociale. Celle-ci lui dit de trouver un thérapeute moins cher, ce qui pose plusieurs questions importantes : que faire de tout le travail déjà effectué entre le premier praticien et sa patiente ? Faut-il tout recommencer à zéro ? Que faire de la relation de confiance qui s'est instaurée ? La patiente se demande si le CPAS n'aurait pas pu donner la différence de la somme due pour qu'elle puisse continuer avec le même psychiatre.

Cette intervention génère plusieurs réactions, parmi lesquelles le fait que la majoration de l'allocation (pour poursuivre une psychothérapie ou un traitement médical) dépend de la commune où se situe le CPAS, mais aussi de l'interlocuteur. Elle pointe également les lacunes au niveau du travail d'analyse de l'assistante sociale qui est là pour aider et accompagner les personnes et non pour décider à leur place. Empêcher une personne d'avoir accès à un soin de son choix touche aux droits du patient

Poids des coûts selon les personnes

Dans une récente étude de l'Union Nationale des Mutualités socialistes, on a pu observer que les patients sont sensiblement différents en fonction du type de prise en charge :

- dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux, il y a plus de femmes ; elles sont le plus souvent hospitalisées pour une courte durée, plus favorisées socialement et souffrent davantage de problématiques de type dépressif.
- dans les hôpitaux psychiatriques, il y a davantage d'hommes ; ils sont plus défavorisés socialement et en plus long séjour (probablement lié aux problématiques de psychoses et d'assuétudes).

On retrouve donc des situations relativement différentes dans les divers cadres, avec des impacts financiers sensiblement différents.

Une étude des coûts en hôpital psychiatrique a également été réalisée par une assistante sociale du secteur. Elle s'est interrogée sur les coûts au moment de l'admission et à la sortie. Son travail s'appuie sur son expérience qui porte autant sur les hospitalisations de « court séjour » que de « long séjour ». Son étude porte sur l'analyse des revenus des patients hospitalisés en long séjour ; elle interroge les perspectives financières des solutions qui sont proposées à la sortie.

▪ Parfois les hospitalisations peuvent soulager financièrement la personne qui se voit entièrement prise en charge dans le cadre de son hospitalisation.

Il s'avère ainsi que, dans certains cas, la personne reste à l'hôpital car cela lui coûte moins cher qu'une autre solution (par exemple, par rapport à une maison de repos et de soins où l'Inami intervient dans une moindre mesure). De la même façon, pour certaines patientes n'ayant pas/plus de charge de famille, l'hospitalisation financièrement parlant peut être un réel bénéfice.

▪ Par contre, les personnes qui connaissent une hospitalisation en santé mentale gardent parfois des charges à l'extérieur (loyer,...) ce qui amène à un surcroît de coût.

▪ Une difficulté peut survenir lorsque un patient, résidant dans une structure alternative, doit se faire hospitaliser. Certaines structures ne permettent que 138 jours d'absence. Or, en psychiatrie, les hospitalisations sont parfois longues. Il y a dès lors un risque qu'en sortant de l'hôpital, le patient se retrouve sans place, celle-ci ayant été réattribuée. C'est le cas, par exemple, avec les structures subventionnées par l'AWIPH.

▪ On peut aussi se demander comment un résident qui a de petits revenus peut préparer un projet de réinsertion, surtout lorsqu'il est pris en charge dans une structure où il doit laisser 80 % de ses revenus ? Que peut-il faire avec ce qui lui reste d'argent ? Il peut difficilement avoir une vie sociale.

▪ En outre, d'une structure à l'autre, le patient peut, dans son parcours, rencontrer des situations qui peuvent être très différentes.

Différences de revenus suivant le statut

Des dissensions ont pu être observées entre personnes bénéficiant du RIS (Revenus d'Intégration Sociale) et personnes chômeuses. En effet, les premières ont droit à une série d'avantages (cinéma, théâtre, etc.) à moindre prix dont les autres aimeraient bénéficier.

Il y a là un risque de dérives dans la mesure où des citoyens voudraient se réfugier dans un statut peu enviable pour avoir accès à une plus grande protection sociale.

Les personnes qui bénéficient du revenu d'intégration peuvent, par exemple, accéder aux consultations médicales à moindre prix. Si elles sont inscrites au CPAS, celles-ci peuvent même être gratuites.

Témoignage d'un usager, membre de Psytoyens, illustrant le coût de la santé mentale pour une personne VIPO

> Une personne quitte une habitation protégée (IHP) en 2000 après deux ans de cohabitation et d'épuration de dettes. Elle vit seule de 2000 à 2004 dans un appartement sous contrôle budgétaire des IHP. En 2005, elle se retrouve libre de gestion avec +/- 100 € d'argent de poche/mois (40 € pour ses médicaments, 37 € pour son psychologue, 20 € pour sa nourriture et 2 x 2,28 €/15 jours pour son psychiatre). De mars à mai 2005, elle est hospitalisée pendant trois mois à 75 €/semaine avec un supplément de 71 € à la sortie et de 9 x 4,50 € pour le kinésithérapeute (somme après remboursement).

Outre le coût financier, le patient a relevé :

- le coût pour la société : le patient est conscient de l'intervention de la sécurité sociale et s'en veut de profiter d'avantages dus à ses problèmes de santé.
- les coûts moraux : il n'y a plus l'espoir d'une vie normale avec des activités, un emploi,... Il faut pouvoir supporter l'incompréhension de la famille, de l'entourage ; les regards extérieurs ; les raccourcis.
- le coût de la réinsertion sociale qui va bien au-delà des soins.

Vue dans son ensemble, la situation apparaît comme une « mission impossible » et risque d'aboutir à une situation d'exclusion.

Synthèse

Il y a des difficultés concrètes d'accès aux services, par exemple :

- Les services de santé mentale proposent des soins démocratiques en santé mentale mais ils sont débordés et certains manquent de moyens ;
- Les psychologues indépendants sont difficilement accessibles ;
- Les maisons de soins psychiatriques ne sont pas accessibles à ceux qui bénéficient d'allocation d'intégration ;
- Quant aux hôpitaux psychiatriques, il est difficile d'y rentrer si on garde des charges (loyer) en dehors, et difficile d'en sortir si on n'a plus de pied-à-terre à l'extérieur.

Conséquences pour le bénéficiaire et la population en général :

- Il existe une sorte de spirale des frais de soins de santé qui met les gens en difficultés et les amène à demander l'aide sociale : les nouveaux médicaments, toujours les plus chers, sont ceux qui sont prescrits en priorité ; les effets secondaires peuvent impliquer d'autres soins.
- L'intégration sociale, qui est un objectif essentiel dans le domaine de la santé mentale, est pourtant difficile à assumer financièrement..
- D'un autre point de vue, la population en général est également très touchée par la précarisation et le coût de la vie. On assiste à une dualisation de la société, ce qui a aussi des conséquences sur la santé mentale !

Propositions

Augmenter les allocations sociales

Ce n'est pas tant le système de soins qui est hors de prix que les allocations octroyées qui sont insuffisantes. Le bât blesse du côté de l'allocation de départ. Mais d'où pourrait venir cet argent supplémentaire ?

Sont également évoquées les disparités de niveau de vie entre les Régions (notamment avec la Flandre), et le risque d'augmentation des coûts en cas d'éclatement du pays. Il faut donc se battre pour garder un système de sécurité sociale fédéral.

On parle aussi de la possibilité de chercher les avantages complémentaires, qui existent déjà, mais qui ont comme effet parfois pervers d'inciter les personnes à chercher le statut plutôt que l'intégration.

Chercher des alternatives à l'hospitalisation

L'hospitalisation est extrêmement coûteuse pour la Société, ce qui a amené les pouvoirs publics à augmenter la possibilité de solutions alternatives. L'article 97 ter⁵⁴ permet de substituer d'autres activités aux lits hospitaliers. On parle de « déchronicisation » de la prise en charge, de l'émergence de nouvelles structures, moins coûteuses, à partir de l'hôpital ou dans d'autres cadres. A côté de l'hospitalisation, d'autres pratiques se développent mais l'hôpital reste une puissance financière importante par rapport aux autres secteurs. Et il va falloir gérer cette évolution, compte tenu de ces différentes facettes, pour éviter d'aboutir à une impasse.

Prendre en compte globalement les besoins de la population

En termes de coût, comme pour les autres volets de la question de l'accessibilité, on ne peut limiter la réflexion à l'offre de soins proprement dite. Il est important d'élargir le propos à tout ce qui touche à la personne et lui permet de vivre dans des conditions décentes, par exemple l'accès au logement.

Soutenir les lieux communautaires favorisant le bien-être social

Il semble que de nombreuses prises en charge sont psychiatriquées alors qu'elles ne le devraient pas. C'est le cas notamment de certaines situations de pauvreté liées à des comportements qui ne « cadrent » pas avec la norme.

En outre, nombreux sont les problèmes de santé mentale qui relèvent de la société elle-même. A notre époque, il manque de lieux de solidarité, d'endroits où parler, tant pour les usagers de soins que pour les citoyens. Le développement de tels lieux contribuerait à renforcer le lien social et pourrait être encouragé.

Illustration

> Dans une ville-santé en Wallonie, **différentes cellules relatives à l'emploi, à l'alimentation, à l'hygiène, etc.** travaillent en réseau. Il y a peu de moyens financiers mais énormément de moyens humains et beaucoup de bonne volonté. Elles développent notamment plusieurs groupes de parole.

Orienter rapidement une situation lorsque l'on décèle un problème de santé mentale

Les structures de première ligne tardent parfois à ré-orienter les situations vers des structures de santé mentale lorsqu'un problème se pose. Réagir plus vite permettrait bien souvent d'agir de manière préventive et pourrait donner lieu, si elles s'avèrent nécessaires, à des hospitalisations plus courtes et donc moins chères. Une réaction plus rapide favoriserait également la réintégration des patients.

Abandonner le modèle de concurrence des systèmes de prise en charge au profit de partenariats

Il est important d'encourager le dialogue entre structures, avec une attention particulière aux éléments suivants :

- Une complémentarité des interventions et des partenaires ;
- Une bonne définition de l'offre de chacun ;
- Une reconnaissance de l'expertise de l'autre.

A cause du manque d'argent et du besoin de faire des économies, on aurait tendance à réduire l'offre. Or, les réponses doivent être diversifiées. Développer l'approche en réseau pourrait amener des économies. Elle suppose que les intervenants se rencontrent, que chacun connaisse l'existence de l'autre.

Soutenir des initiatives qui font leurs preuves

Dans l'atelier, ce questionnement s'est appuyé sur les situations de suicide, très nombreuses en Belgique (elles concernent davantage les hommes). Ces personnes sont en général de « gros consommateurs » de soins en santé mentale. Elles ont accès aux services mais finissent quand même par mettre fin à leurs jours. Les services offrent-ils toujours les réponses adéquates ? Les services de prévention du suicide font un travail colossal mais ne sont pas assez subsidiés, ce qui induit un certain découragement dans la mesure où, au bout de dix ans de discussion sur cette problématique, les choses n'ont pas vraiment avancé.

Adapter la temporalité de l'offre à celle du patient pour donner plus de chances à la prise en charge d'aboutir

Cette proposition, déjà soulignée précédemment, renvoie à la question des moyens des services : ceux-ci doivent être suffisants pour leur permettre de réaliser un bon travail et de l'envisager sur le long terme.

Illustrations

- > **Une assistante sociale de CPAS** confie qu'elle n'a droit qu'à 20 minutes pour recevoir une personne qui a pourtant (en moyenne) attendu un mois pour obtenir un rendez-vous.
- > De la même façon, on demande à certains travailleurs de mettre en place un projet de vie pour la personne dans le cadre d'une **hospitalisation courte**. Mais quels projets peut-on mener en deux semaines ?

Encourager de nouveaux modes de fonctionnement qui tiennent compte du travail des autres structures

En 1990, grâce à une volonté politique, on a assisté à la création d'Initiatives d'Habitations Protégées et de Plates-formes de concertation en santé mentale. Il a fallu 15 ans pour que les différents services apprennent à se connaître.

Aujourd'hui, le Ministre fédéral propose de mettre sur pied des projets thérapeutiques autour du patient. Même si ces initiatives se préparent lentement et sont peu subsidiées, elles constituent une avancée en encourageant les professionnels de terrain à se mettre autour de la table et à tenir une concertation autour du patient. Certains le faisaient déjà avant, mais de façon moins formelle et sans être financés.

Utiliser les ressources existantes et les potentialités du système

Dans un service de santé mentale, la participation aux frais reste limitée. Concrètement, la participation aux frais du patient est, en principe, négociée en séance et la situation financière de la personne ne doit jamais constituer un obstacle à la prise en charge thérapeutique. Là, l'équipe est complétée par des thérapeutes indépendants pour faire face à la demande et 5% de la rétrocession de leurs honoraires sont prélevés pour alimenter un fonds de solidarité. Pour le reste, ce sont les consignes du décret wallon qui sont d'application, soit maximum 25 € de frais d'ouverture de dossier et maximum 10 € pour les consultations ultérieures.

Regards croisés

Regards croisés

Des intervenants d'horizons différents ont été invités à apporter un éclairage sur les questions d'accessibilité.

Chacun a réagi avec sa propre expertise à la synthèse des travaux préparatoires et aux questions travaillées en ateliers par les acteurs de terrain.

Les textes qui suivent synthétisent les interventions et réactions orales. En accord avec les orateurs, ils ont été rédigés à partir de la retranscription des enregistrements.

Les propos n'engagent que leurs auteurs.

Colette Nigot

*Assistante sociale, Service de santé mentale provincial de Namur,
Groupe de concertation « Jeunes » de la PFC namuroise de santé mentale*

Mon intervention se réfère à l'étude réalisée par Luc BLONDIEAU, psychologue au Centre d'Orientation Educative (COE) « CAPJ » à Namur et chercheur mandaté à la fois par le Conseil d'Arrondissement d'Aide à la Jeunesse (CAAJ) et le groupe infanto-juvénile de la Plate-Forme de Concertation en santé mentale de Namur. Cette recherche-action avait pour but de continuer la réflexion entamée par le CAAJ et la Plate-Forme de Bruxelles sur « l'Adolescence, le jeune, la vie active, la folie ». Elle s'est poursuivie à Namur par une réflexion autour d'une situation clinique, synthétisée dans la publication : « Un adolescent, sa famille, des intervenants : un vrai défi²⁷ ». Elle se prolonge aujourd'hui à Charleroi, notamment par des interviews de jeunes et de leur famille ...

La recherche s'est appuyée sur la situation concrète d'un adolescent prénommé Emile. Voici quelques points de repères de sa situation :

- Il est le 3^{ème} enfant d'une fratrie de 4, dont 3 frères sont du même père ; celui-ci étant décédé suite à une altercation policière quand Emile était « petit ». Seul le fils aîné porte le nom du père.
- 2 autres enfants issus de précédentes liaisons de la maman vivent en-dehors du cercle familial et sont « dans une agressivité très grande » vis-à-vis de leur mère.
- Le 4^{ème} enfant de la fratrie, est une petite fille issue d'une nouvelle relation de la maman, dont elle est, depuis, séparée.
- Par le passé, Emile a été hébergé au Service Résidentiel pour Jeunes (AWIPH) avec ses frères, en Service Résidentiel d'Aide à la Jeunesse et dans un Hôpital psychiatrique – Service K, dont il vient juste de « sortir » ... de force ! avec décision de placement.
- Il y a un dossier au Service de Protection de la Jeunesse (SPJ), rendu « impossible » à appliquer car la décision de placement ne sait s'opérer (personne n'en veut ...).
- Il est donc à la maison avec une décision de placement judiciaire... une situation plutôt ambiguë!

A la lecture des résultats des travaux préparatoires sur l'« accessibilité », que j'ai confrontés aux résultats de la recherche, j'ai pointé quelques-uns des éléments qui me paraissaient intéressants à relever :

- Les représentations sociales.
- Les ressources personnelles.
- L'information.
- L'existence d'une demande.

²⁷ L'intervention de Colette Nigot se réfère à cette recherche.

- L'intervention précoce.
- Les aspects géographiques.
- Les horaires, les délais, l'urgence.
- L'accueil, l'orientation.
- Le travail en réseau.
- Le diagnostic, l'acceptation du problème.
- Les familles.
- La disponibilité des professionnels.

Au travers du parcours d'Emile, les intervenants ont essayé de réfléchir aux points de convergence et aux points de butée entre aide à la jeunesse, santé mentale, ambulatoire et psychiatrie hospitalière. Je vais revenir maintenant, dans mon intervention, sur quelques-uns de ces éléments.

1. Les représentations sociales

On peut dire dès le départ qu'il faut une volonté de transversalité, c'est-à-dire une volonté de travailler à plusieurs, dans un véritable souci de réflexion, de partage, où il n'y a pas de préséance, pas de bons et de mauvais, pas de compétents et d'incompétents, à priori. Chacun tient un morceau de la réalité et si un point de vue manque, c'est la réalité tout entière qui est amputée.

Pour caricaturer, il ne faudrait pas opposer sans cesse :

- ceux qui auraient la responsabilité professionnelle et judiciaire de la situation, et qui dès lors, récolteraient « les embarras », « la fin de tout » ... et qui par essence, se situent du côté de l'aide à la jeunesse et de la protection judiciaire,
- et ceux qui auraient « un savoir sur l'autre » mais qui « peuvent toujours causer », puisqu'ils n'assument pas au bout du compte, la situation sur le terrain.

Ils se situent quant à eux, du côté de la santé mentale au sens large.

Il y a là un premier travail à mener sur les représentations. Trop souvent, on entend dire du côté de la santé mentale : « L'aide à la jeunesse ne réagit pas, ne prend pas ses responsabilités ... », et du côté de l'aide à la jeunesse, « La santé mentale ne comprend rien ; alors que nous sommes confrontés à tant de situations difficiles, comment peut-elle s'occuper d'une personne ou d'un point de vue en particulier, alors que c'est tout le système familial qui dérape ».

Le fait d'être dans une relation de pouvoir (aide à la jeunesse) et dans une relation de savoir (santé mentale), ne nous permet pas toujours de dialoguer.

Or, quand on n'est plus en contact avec la réalité de l'autre, on n'est plus en contact qu'avec ses propres représentations.

Au lieu d'entrer dans un dialogue constructif, on s'entête dans des positions que bien souvent le jeune et la famille ressentent comme antinomiques ; positions dont ceux-ci essaient de tirer profit

pour que rien ne bouge, ou qui les font déraiper davantage encore, car ils ne peuvent s'ancrer sur quelque chose de consistant, eux à qui cela a précisément toujours manqué !

Lors du cheminement d'Emile et de l'analyse qui en a été faite, on constate que chacun retrouve ses propres réflexes, alors même que l'on est engagé dans un processus de « mise à plat » autour de la situation du jeune et de sa famille.

Que dire alors, lorsque les intervenants ne se parlent pas ?

Même à l'intérieur d'un secteur (aide à la jeunesse ou santé mentale), des incompréhensions existent entre des types différents de structures. L'aide n'est pas toujours acceptée ni concertée.

Comment critiquer les objectifs sans critiquer les personnes ? Comment se dire, sans se blesser, qu'on ne se comprend pas ? Comment parler aux autres sans se sentir critiqués ?

Cela tient-il aux personnes ? Aux structures ?

Comment se remettre en cause pour arriver « de bonne foi » dans cette concertation qu'on appelle de nos vœux ? Qu'est-ce qui peut relier des personnes qui proviennent de sphères différentes ? Comment transcender les contingences liées aux secteurs et aux personnalités ?

2. Les ressources personnelles

Elles existent, elles sont même parfois très importantes dans le chef des intervenants, et pourtant il faut constater :

- des carences structurelles, en termes d'équipements, en général et par région. Celles-ci compliquent l'accès aux soins dans de bonnes conditions et risquent d'induire des difficultés liées à l'éloignement qui divise et sépare Elles amènent parfois également à construire un bricolage institutionnel maladroit pour les patients.
- des carences dans l'abord des problématiques de plus en plus complexes : les structures ayant souvent tendance dès lors à accueillir des problématiques plus « légères », laissant de côté ces enfants et ados compliqués ; cette 2ème carence venant rejoindre et renforcer la première.
- Une fois de plus : des manques dans la connaissance des réalités de l'autre :
 - manque de connaissance des capacités et des limites des services.
 - manque de connaissances législatives, décrétales
- Et enfin, un manque de connaissance du fonctionnement psychique des personnes : « Ouvrir un espace psychique à Emile », cette notion a-t-elle été comprise par tous, quelle valeur a-t-on pu donner à ce projet ?

N'est-on pas parfois pris par l'urgence apparente d'une situation (qui souvent devrait davantage être décanter) en négligeant le travail intrapsychique et relationnel sans lequel aucune action psychosociale ne peut s'ancrer dans le long terme.

Le contraire peut également être vrai : il y a bien sûr des répercussions sociales, familiales,

sociétales sur le psychisme. Autant dire et répéter qu'on ne peut articuler – particulièrement pour ces cas difficiles – de réponses valables qu'en tenant compte de toutes les composantes.

3. L'information peut également être relevée

En effet, on croit se connaître, on ne se connaît pas ou on se connaît mal !

Comment sortir de ses « autoroutes » personnelles pour aller à la rencontre du travail de l'autre, autrement qu'en manipulant un « bottin social ».

Il est important de sortir de ses murs, d'utiliser les ressources de son service, de son équipe, du réseau local, pour entrer dans une dynamique de complémentarité.

Une meilleure circulation de l'information est indispensable tant autour d'une situation précise qu'entre les différentes logiques en présence.

4. Quant à l'existence d'une demande

Bien souvent, elle n'existe pas – ou peu – pour ces familles « complexes » du côté de l'« Aide à la Jeunesse », du côté de la « Santé Mentale ». Il est loin le temps où la demande devait être clairement exprimée : aujourd'hui, que ce soit en psychiatrie hospitalière ou en santé mentale ambulatoire, pour les Jeunes à fortiori, il faut « faire avec » la souffrance qui nous est amenée; et ce, rarement par le Jeune lui-même, (mais plutôt par ses éducateurs, par sa famille, par l'école ... ou par une mesure « contrainte » ...).

Ce n'est que rarement que la demande va s'exprimer clairement... Là, se trouve toute l'importance donnée à la compréhension des symptômes, à la compréhension de ce qu'il(s) signifie(nt), et qu'il faudra interpréter pour trouver avec ce jeune en rupture, où, comment et par qui/quoi « l'accrocher » pour le ramener « à la vie » (la vie réelle, sociale, etc...).

Car, c'est bien de vie qu'il s'agit à cette période de l'Adolescence où tout peut être, à tout moment, balayé d'une manière essentielle : « A quoi bon », « Ce monde de pourris », ... Comment et pour quoi (pour quoi d'autre) le rejeter ... puisqu'il n'y a pas d'avenir ?

Chez Emile, il s'agira de voir : comment faire le deuil d'une mère aimée et haïe à la fois, incapable de protéger et d'aimer l'autre pour lui ? Comment faire sa place dans une fratrie où « la loi de la jungle » domine car chacun veut « gagner du terrain » sur l'autre, ce terrain qui est si aléatoire et si fragile ?

Il est important de savoir que chacun va « déraper », « décompenser » suivant sa structure propre : peut-être, par exemple, sur un mode caractériel voire délinquant, ou psychiatrique, par le déclenchement d'une pathologie particulière ...

Il est important également de savoir que la manière d'aider est très différente dans l'un ou l'autre cas : là où il faudra insister davantage sur les repères, les limites, là où il faudra « re-narcisser », apaiser, comprendre, soigner, et dans tous les cas, écouter.

Ecouter ce qu'il y a derrière l'agressivité, la violence, le décrochage scolaire, l'abus de dépendances...

La « demande » n'a parfois pas d'autres canaux pour s'exprimer, que la violence ; mais celle-ci doit être correctement repérée, analysée et diagnostiquée, et cela prend du temps ...

Une fois encore, entre jugement et soins, il doit y avoir complémentarité ; l'un(e) et l'autre se soutenant mutuellement pour permettre de re-structurer l'Ado qui s'effondre ...

Comment s'écouter mutuellement, s'entendre « à temps », si ce n'est en se connaissant mieux, en se faisant confiance entre intervenants, sur base bien sûr d'un « dénominateur » commun : une volonté d'aider le Jeune en détresse, en sachant que l'on n'est pas seul « à savoir et à pouvoir ».

Comment « faire mûrir » le dialogue entre secteurs de la Santé Mentale et de l'Aide à la Jeunesse ? Le dialogue reste encore trop souvent 'dichotomisé' entre les deux pôles représentés schématiquement, de la manière suivante :

- Aide à la Jeunesse = celui qui veut agir, « être avec », trouver des solutions concrètes, quitte à les penser essentiellement à court terme au détriment du long terme. Prises parfois, voire souvent, dans l'urgence, elles peuvent avoir des effets dévastateurs
- Santé Mentale = celui qui se trouve du côté de la construction d'un « espace psychique » pour l'individu ; ce secteur donne parfois l'impression aux autres intervenants que les dimensions sociale, familiale... sont trop peu présentes ou trop peu prises en compte et il risque de passer « pour indifférent » à toute autre personne qu'au « patient »...

Comment articuler des positions et des préoccupations aussi différentes mais tellement complémentaires ? Comment quitter un discours aussi réducteur ?

L'étude de la situation d'Emile montre combien dans ces « situations-limites » comme dans tant d'autres, la question de l'accessibilité est complexe et peut être parasitée voire « bouchée » par les professionnels eux-mêmes, dans des attitudes de méconnaissance, dans des logiques de rivalité, dans des lectures morcelées et morcelantes qui cloisonnent et qui isolent ...

Elles montrent aussi combien des « patients complexes » (à difficultés multiples) se « perdent » et se déstructurent dans ces attitudes non-professionnelles stériles.

C'est pourquoi, le « groupe du travail » avec l'aide du chercheur, a essayé de définir « quelques positions universelles » (applicables à un maximum de situations par tous les intervenants sans qu'ils n'y perdent leurs spécificités propres) en vue d'un travail concerté autour de la personne en difficulté.

Des dispositions ont été suggérées, elles sont reprises ci-dessous, de manière succincte :

1. Pour la qualité des relations à ouvrir et à maintenir avec les bénéficiaires de l'aide et avec les co-intervenants :

- essayer d'analyser les similitudes de fonctionnement entre professionnels et bénéficiaires de l'aide ;
- utiliser certains repères utiles et reconnus entre nous, puis entre nous et les usagers, lors de discussions de points de vue ou de l'appréciation individuelle.

2. En ce qui concerne les objectifs et les moyens communs des co-interventions :

- se défaire des comportements inscrits répétitivement dans des cycles de type action/réaction ;
- renoncer à tout qualifier, ce qui revient vite à s'attribuer, à soi et aux autres, tort ou raison ;
- et enfin, se défier de l'impulsion d'attendre trop directement et trop massivement du changement de la part de l'autre.

Ghislaine Adrianssens²⁸

*Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme
Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale
Groupe de Concertation aux Soins de santé*

Le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, que je représente aujourd'hui, a été créé dans la lignée du Rapport général sur la Pauvreté de 1994. L'une de ses missions structurelles est la concertation permanente avec un large éventail d'acteurs de terrain des 3 Régions, parmi lesquels une place privilégiée est accordée aux associations de lutte contre la pauvreté.

L'un de nos groupes de concertation est consacré aux différents aspects du droit à la protection de la santé. Une double réflexion que je formulerai et qui constitue le fil de mon bref exposé est que d'une part, le thème de la santé mentale reste très « sensible » à discuter et que d'autre part, il est souvent abordé de manière indirecte dans d'autres groupes que celui consacré aux soins de santé comme, par exemple, les groupe de concertation « logement » ou « famille ».

1. Pourquoi le thème de la santé mentale reste-t-il sensible ?

D'une part, nous avons les professionnels, de l'accueil des sans abri par exemple, qui signalent un accroissement des problèmes de santé mentale, ici au sein au sein des foyers d'accueil et le fait que le personnel se retrouve régulièrement désarmé face à des situations pour lesquelles il n'a pas été formé. Une intervenante du foyer d'accueil « Comme chez Nous » cite ainsi : des dépressions, un mal-être généralisé, mais aussi un dégoût de vivre - qui se traduit par des manifestations d'automutilation si ce n'est d'autodestruction : lacérations au couteau, prise abusive d'alcool ou de médicaments - et des psychoses.

D'autre part, de nombreuses associations de lutte contre la pauvreté restent extrêmement méfiantes par rapport à ce qui est communément appelé la psychiatrisation de la pauvreté. Comme le fait remarquer le Mouvement LST : « Pour certains, la pauvreté elle-même est une maladie. Ça permet de ne pas remettre en question le problème économique qui est à la base de la pauvreté. Il suffit donc de soigner pour supprimer la pauvreté ». En réalité, de manière schématique, la psychiatrisation de la pauvreté semble être un processus lié aux conditions de vie de la personne qui elles, ne sont pas « guérissables » en quelques traitements. La mauvaise qualité de vie engendre de mauvais résultats dans les soins de santé. Ceci perturbe la relation médecin-malade (provoquant malaise, méfiance, incompréhension de part et d'autre ...). Le médecin éprouve un sentiment d'impuissance et d'échec

²⁸ Texte communiqué par l'auteur.

face au « manque de collaboration » du patient (qui, par exemple, n'achète pas ses médicaments ou ne modifie pas ses habitudes alimentaires) et perçoit son comportement comme incohérent, anormal pathologique. In fine, cela débouche sur une orientation vers la psychiatrie. Dans une société qui met l'accent sur la responsabilisation individuelle de chacun, c'est un risque non négligeable.

2. L'importance des facteurs contextuels en matière de santé²⁹

Les documents préparatoires de ce colloque évoquent en partie le contexte de vie difficile de certaines catégories de personnes, mais essentiellement en tant qu'obstacles à l'accès aux soins de santé mentale. Sur la ligne du temps proposée dans ces travaux, la première étape concerne celle où un problème de santé mentale se pose et où l'on s'interroge sur les éléments qui feront en sorte qu'une personne atteindra ou n'atteindra pas l'infrastructure ou le service compétents.

Les concertations menées en matière de soins de santé pour les personnes en situation de pauvreté ou de précarité nous ont montré qu'il était de plus en plus nécessaire de remonter un peu plus encore sur cette ligne du temps et de s'interroger sur les facteurs contextuels – c'est-à-dire sur les facteurs de vie - de ces groupes. Et ce, pas uniquement en termes d'obstacles aux soins de santé mais d'obstacles à la santé elle-même, avec toute la difficulté que cela implique en matière de prévention. La maladie peut rendre pauvre, car les soins sont de plus en plus chers, mais la pauvreté rend également malade.

Les observations que le Service a pu recueillir en matière de santé en général peuvent parfaitement, si pas plus encore, s'appliquer en santé mentale. Parmi ces facteurs contextuels, on retrouve :

Les conditions de vie

et notamment :

> le revenu

L'insuffisance de certains revenus contraint nombre de ménages à renoncer à des soins médicaux ou à les postposer. Par ailleurs, il n'est pas rare que des personnes sautent le paiement d'une facture d'électricité ou toute autre dépense courante parce que précisément, ce mois-là, un enfant a été plusieurs fois malade. Ou encore, une fois à la pharmacie, des patients opèrent un choix purement financier parmi les médicaments prescrits par le médecin et demandent au pharmacien de se limiter à certains médicaments.

²⁹ Cette partie est principalement basée sur une étude sur l'accessibilité des soins de santé (menée du 1er mars 2000 au 28 février 2003), incluant le forum qui a rassemblé les acteurs le 14 décembre 2002. La recherche sur l'accessibilité des soins de santé est une initiative prise par la Conférence interministérielle de l'intégration sociale, dans le prolongement du Rapport général sur la Pauvreté. Cette évaluation a été confiée par le Ministre des Affaires sociales au département de médecine générale et des soins de santé primaires de l'université de Gand. Le Service de lutte contre la pauvreté a servi de plate-forme de concertation entre les associations et l'équipe de recherche pour le volet qualitatif de la recherche. « Toegankelijkheid in de gezondheidszorg – Eindrapport, Deelrapport 4 : Toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede », 28.02.2003, version néerlandaise uniquement ; téléchargeable sur : <http://www.armoedebestrijding.be/publications/toeganggezondheiddeel4.pdf>

> l'emploi

Le fait de ne pas avoir d'emploi – avec tout ce que cela implique quant à l'image de soi - ou d'avoir un emploi précaire ou mal rémunéré et, globalement, la pression exercée par le marché de l'emploi sur les individus, engendrent des difficultés de plus en plus fortes.

Le contexte social

Dans les documents préparatoires de ce colloque, on peut lire dans la section consacrée aux « ressources personnelles » : « *Les personnes isolées, qui ont peu de liens sociaux et/ou peu de revenus ont plus de difficultés d'accéder aux services (...). Souvent l'énergie leur manque pour aller chercher l'information utile ou même pour se constituer un réseau de relations* ».

Certes, mais une question plus fondamentale que celle de l'accès aux services se pose : si ces personnes n'étaient pas confrontées aux handicaps tels qu'ils sont décrits, auraient-elles finalement des problèmes de santé mentale ? Bien entendu, tout dépend du problème de santé mentale concerné et une analyse nuancée s'impose ... Néanmoins, dans un certain nombre de situations, c'est véritablement le problème de l'œuf et de la poule qui est posé.

Quoi qu'il en soit, il est clair que le réseau social et l'aide sociale apportée par l'environnement constituent des facteurs importants pour lutter contre le stress et la dépression.

Témoignage d'une personne au sein de l'asbl De Keeting à Malines : *Je peux dire : « je sors et je vais boire un café », mais ça coûte 1,5 €. Mais alors, je me dis tout de suite « pour 1,5 €, je peux m'acheter un paquet de café pour la maison et en boire pour une semaine. Et donc, je ne sors pas ». Mais en même temps, on se dit que « si on rate un tas de choses comme ça, on est de nouveau exclu socialement ».*

Les facteurs personnels des personnes en situation de pauvreté

Ici aussi, ces facteurs personnels peuvent constituer des obstacles à l'accès aux soins de santé, mais la question de leur causalité en matière de santé, physique et mentale, mérite aussi débat.

Les choix sous contraintes

Les personnes en situation de pauvreté sont souvent obligées d'opérer des choix cornéliens entre des besoins vitaux. Ainsi, les soins de santé et l'achat de médicaments sont régulièrement postposés, voire abandonnés, au profit de l'achat d'alimentation ou du remboursement de dettes.

Perception de la maladie et de la santé

La maladie et la santé ne sont envisagées qu'en fonction d'autres éléments de bien-être financier, matériel et social :

« *Etre malade, ça coûte cher* » (Comité DAK, Anvers)

« Quand on a un problème de santé et qu'on est vraiment à la rue, on ne se préoccupe pas de ça, parce que la priorité n'est pas la santé » (Comme Chez Nous, Charleroi)

Connaissances limitées

Le rôle de l'enseignement, de la formation et de l'éducation a déjà été souligné précédemment. Dans la foulée, il faut observer parmi les personnes pauvres un important non-recours à des services ou des avantages dont elles pourraient bénéficier, simplement parce qu'elles ne les connaissent pas.

Le sentiment d'exclusion sociale et l'exclusion sociale concrète, notamment due à la représentation sociale de la pauvreté

« Il y a souvent un jugement précipité qui exclut les SDF d'emblée. Si vous avez un SDF en pleine nuit, en train de dormir sur un banc dans un parc quand il gèle : tant qu'il n'est pas mort, il n'est pas en danger » (Comme chez Nous, Charleroi)

« Il y a ces idées des gens comme : 'Tu as un GSM, tu n'es donc pas si pauvre que ça'. J'ai envie de botter les fesses de ces gens. Ce n'est pas parce que tu es pauvre que tu dois être exclu de tout » (asbl De Keeting, Malines).

« Il suffit que je dise que je n'ai plus rien dans mon portefeuille et que je laisse tomber par hasard le mot « CPAS » et directement, je ne vau plus rien. Fini les « bonne journée » ou les « à la prochaine fois » » (asbl De Keeting, Malines).

La méfiance

Compte tenu d'expériences difficiles de vie, les personnes sont parfois très méfiantes envers les services en général, et particulièrement les services de soins de santé : méfiance envers le médecin de garde qui ne connaît rien de la situation de la famille, les assistants sociaux des logements sociaux, les intervenants en tous genres, ... S'il s'agit des enfants, les familles peuvent craindre d'être considérées comme des mauvais parents et de voir les enfants placés.

La honte et l'angoisse

Les sentiments de honte liés à la situation financière constituent sans conteste un obstacle non négligeable pour consulter un prestataire de soins.

Mais un autre type de honte intervient dans la relation avec le monde médical, à savoir la honte de son corps. La pauvreté abîme le corps et par conséquent, on observe que de nombreuses personnes en situation de pauvreté ont une relation à leur corps très difficile. Dans ce genre de situations, on voit fort bien les interactions entre pauvreté, santé physique et aussi santé mentale, puisque qui dit honte, dit auto-dévalorisation de soi avec tout ce que cela peut impliquer comme conséquences psychologiques.

La vie dans l'immédiateté

Cet élément est aussi évoqué dans les documents préparatoires.

Sous la pression des contingences financières et matérielles, les personnes en situation de pauvreté organisent leur vie quotidienne au jour le jour. La plupart du temps, économiser ou penser financièrement à long terme est tout simplement impossible. Cette réalité engendre un cercle vicieux, notamment en termes d'accessibilité financière des soins de santé. C'est ainsi qu'un nombre non négligeable de personnes en situation de pauvreté n'atteignent jamais le plafond du maximum à facturer au-delà duquel elles bénéficieraient du remboursement intégral d'un grand nombre de prestations médicales.

Survivre au lieu de vivre

Certaines personnes doivent consacrer toute leur énergie dans la recherche de moyens de survie pour pouvoir s'en sortir jour après jour.

« Alors, tu te dis : 'Je vais économiser sur mes médicaments en en prenant moins parce que je dois tenir jusqu'au mois prochain'. C'est ce que j'essaie de faire depuis un mois : je prends un demi cachet par jour. Ainsi, j'y arriverai peut-être. Mais on remarque qu'on se sent moins bien. On joue avec sa vie en étant toujours occupé à vouloir survivre » (asbl De Keeting, Malines).

Stress psychosocial

En rapport avec l'exclusion sociale et le combat financier pour pouvoir survivre, les personnes pauvres témoignent de la pression parfois insoutenable qui pèse sur elles.

« C'est terriblement stressant de devoir penser qu'on n'a que 150 ou 160 euros à dépenser par mois. Hier, je suis allé chez le médecin, j'ai une épicondylite. Normalement, je devrais acheter une bande et ça coûte 16 euros. C'est tout simplement impossible » (asbl De Keeting, Malines)

« Ca m'est arrivé plusieurs fois de ne pas envoyer mes enfants à l'école parce que je n'avais pas de boisson et pas de tartines, je n'avais rien. Et l'école m'a dit : 'Pourquoi vous n'avez pas mis les enfants à l'école ?' et j'ai dit: 'Désolé, je n'ai rien pour eux' ». (ATD Quart Monde, Bruxelles).

Le 3^{ème} rapport bisannuel du Service de lutte contre la pauvreté, intitulé « **Abolir la pauvreté. Une contribution au débat et à l'action politiques** », publié en décembre 2005 et consultable sur le site www.luttepauvrete.be, contient 13 orientations - dont une sur la santé - qui se déclinent en 76 orientations précises pour lutter contre la pauvreté, d'une manière globale et cohérente.

En ce qui concerne la santé mentale, deux pistes sont mises en avant :

- combattre la psychiatisation de la pauvreté
- offrir des soins de santé mentale de qualité et accessibles pour tous

Yves Cartuyvels

*Juriste et criminologue,
Professeur aux Facultés Universitaires St Louis à Bruxelles*

Mon propos s'appuie sur deux supports à titre principal :

Le premier est une recherche empirique menée il y a 3 ans qui portait sur les articulations entre acteurs de la Santé Mentale et acteurs du monde judiciaire. Il s'agit d'une recherche-action menée avec un groupe de professionnels issus de champs différents, autour de l'analyse de récits de situations vécues proposés par les participants³⁰. La méthodologie utilisée a permis à des chercheurs et à des acteurs de terrain de faire émerger ensemble diverses questions et noeuds problématiques repérables aux confins d'un inter-champ en construction, à la lisière de la justice et de la santé mentale. Ce travail a donné lieu à un rapport³¹ pour faire ensuite l'objet d'un colloque au cours duquel ses grandes hypothèses ont été soumises à discussion³². Or, les grands axes qui structurent cette recherche recoupent, dans une large mesure, les thématiques qui se sont dégagées dans les discussions de l'atelier sur la communication entre intervenants auquel j'ai assisté ce matin. Le second est une autre recherche, menée selon la même méthodologie, qui a porté de manière plus large sur les articulations entre le monde judiciaire et les acteurs du champ psycho-social aux confins de différentes « scènes de justice », telles que l'abus sexuel et la toxicomanie, l'aide à la jeunesse et la violence à l'école, le travail social en justice, le surendettement ou le contentieux du chômage³³.

....

Ces deux ressources-clefs seront mobilisées pour faire ressortir divers enseignements de l'atelier sur la « communication » entre intervenants auquel j'ai assisté ce matin, mission qui m'a été attribuée et à laquelle j'ai essayé de me conformer. Mon propos consistera donc à partir d'une série d'éléments évoqués ce matin, en cherchant à leur donner une résonance à la lumière des enseignements de recherche que je viens d'évoquer. A cet égard, il me semble que quatre éléments clés ressortent, même s'ils n'ont pas été évoqués ou traités tous avec la même intensité :

³⁰ Recherche-action menée en collaboration par le Séminaire Interdisciplinaire d'Etudes Juridiques (SIEJ) des Facultés universitaires Saint-Louis, la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM) et l'asbl « Loi et société », avec un financement de la Fondation Roi Baudouin.

³¹ CARTUYVELS Y., (avec la coll. de VAN CAMPENHOUDT L.), « Judiciaire et thérapeutique : quelles articulations ? », Rapport pour la Fondation Roi Baudouin, Juin 2002.

³² BRANDON I., CARTUYVELS Y. (dir.), « Judiciaire et thérapeutique : quelles articulations ? », Bruxelles, Loi et Société, 2004.

³³ DE CONINCK F., CARTUYVELS Y. et alii, « Aux frontières de la justice. Aux marges de la société. Une analyse en groupe d'acteurs et de chercheurs », Gent, Academia Press, 2005.

1. Le réseau comme nouveau mode d'articulation des interventions

L'atelier « communication » a largement évoqué une thématique forte qui est celle du réseau. L'accès au soin se fait en **réseau**, le travail se fait en réseau. Concept autant descriptif que normatif, l'intervention en réseau est devenue une injonction, un mot d'ordre. Il faut tout d'abord faire remarquer que cette notion de réseau est ancienne, mais que si le concept n'est pas neuf, il reprend visiblement aujourd'hui une vigueur nouvelle et importante. L'invocation du réseau traduit grosso modo l'idéal d'une intervention concertée, globale et intégrée, plus horizontale, qui viendrait se poser en rupture avec les anciens modes d'intervention, perçus comme sectoriels et verticaux, linéaires et cloisonnés, chacun restant calfeutré dans son secteur d'intervention, à l'abri des questionnements ou des remises en questions susceptibles de venir de l'extérieur.

Le réseau s'impose donc comme le vecteur par excellence d'un **idéal** ouvert de concertation et de communication, de partenariat et d'approche multidisciplinaire. Tout cela semble dessiner un avenir radieux, si ce n'est que, manifestement, travailler en réseau, cela n'est pas si simple que cela. Cela pose une série de **difficultés**.

La communication

La première difficulté, récurrente quel que soit le lieu où l'on se situe, c'est la difficulté de la communication. Dans les deux recherches précédemment citées, les chercheurs ont évoqué la « ritournelle de la communication » pour souligner à quel point cette question revenait de manière récurrente comme problème mais aussi comme solution. Tout le monde revient avec les problèmes de communication : la concertation ne fonctionne pas (alors même que l'on n'arrête pas de créer de nouveaux lieux de concertation) ; la transmission de l'information est lacunaire, soit qu'il y ait des déficits dans des chaînes de transmission trop complexes, soit qu'il y ait des stratégies de rétention de l'information par les uns ou par les autres (on peut penser au secret professionnel qui est un bon illustrateur des limites de l'idéal de transparence lié au principe de communication). Bref, il semble que nous soyons confrontés à une sorte de paradoxe, puisqu'à l'ère des sociétés de communication, cela n'a pas l'air de communiquer si bien que cela.

A partir de constat, je voudrais attirer l'attention sur les points suivants :

Derrière la communication et les « dysfonctionnements » de la communication, il y a des enjeux de pouvoirs. La communication, c'est du pouvoir : détenir l'information, être un lieu de passage obligé pour sa transmission, dans un réseau, ce n'est pas une position neutre.

Derrière les questions de communication, il y a aussi des enjeux éthiques. Le secret professionnel est évidemment tout à fait illustratif à cet égard. Ces enjeux ont tendance à être gommés par l'idéal d'un modèle d'intervention en réseau qui présuppose un accord implicite entre les intervenants sur les finalités de l'action (approche consensuelle). Or, la pratique montre que rien n'est moins vrai et que, derrière les questions de communication, ce sont vite des conflits relatifs à l'interprétation d'une situation ou aux orientations de l'action qui se dégagent.

La collaboration

L'**idéal** du réseau propose souvent une forme de **collaboration consensuelle** à partir du postulat que tous les acteurs du réseau travaillent ensemble, main dans la main, pour un même but, qui serait le bien du sujet. On constate dans la pratique que ce n'est pas toujours le cas : les acteurs ont des positions et des intérêts spécifiques, ils poursuivent des objectifs différents, qui ne sont pas nécessairement faciles à concilier. La question pourrait alors être de savoir, à l'intérieur du réseau, quel type de collaboration promouvoir ? Vise-t-on un mode de collaboration consensuel, marqué par cet idéal d'approche intégrée et de transparence que j'ai évoqué ? Ou bien faut-il, au contraire, prendre le parti d'une **coopération à caractère conflictuel** et accepter que, dans le réseau, il y ait des écarts de points de vue, des oppositions entre les acteurs, des stratégies et des priorités différentes, pas toujours conciliables ?

Les problèmes de traduction

Un autre problème régulièrement mentionné ce matin renvoie à un problème de « traduction ». Le réseau, c'est du travail à plusieurs, différents acteurs issus de champs disciplinaires différents étant amenés à se croiser au fil de la trajectoire d'une personne. Dans ces rencontres, des problèmes de vocabulaire, de sérieuses mécompréhensions peuvent surgir et elles sont susceptibles d'avoir des conséquences extrêmement graves sur la trajectoire d'un individu, notamment lorsque l'échange se fait par écrit et que le travail s'effectue par dossier.

Je pense qu'à cet égard deux **pistes de travail** peuvent être proposées :

La première piste, abondamment citée dans les différents groupes de travail avec lesquels nous avons collaboré, consiste à réintroduire ou à redonner une place plus importante à l'**oralité** dans les échanges et dans le travail. Ceci revient à questionner le mode, encore dominant aujourd'hui, de travail au dossier, qui privilégie l'écrit. La deuxième piste pourrait être, comme suggéré ce matin, de multiplier les espaces de concertation et de rencontres, les ponts et les lieux de discussion. A cette proposition, on pourrait peut-être en substituer une autre, qui consisterait à multiplier les **lieux et les temps de travail croisé**, à partir d'expériences vécues, dans les différents champs où les acteurs sont amenés à collaborer. Je ne suis en effet pas persuadé que multiplier les espaces de concertation et de communication puisse changer quoique ce soit. C'est retomber dans le fantasme de la communication comme solution. Par contre, créer des lieux où des gens issus de champs différents se mettent ensemble au travail sur des questions précises contribuerait peut-être à entrer de manière plus profonde dans la logique de travail des autres, à mieux se comprendre et à mieux cerner (et accepter ?) les difficultés de la coopération.

Cette option interroge aussi indirectement les **conceptions de la formation** : elle encourage l'idée que se former, c'est se coltiner au discours de l'autre et non pas se cantonner aux registres de sa seule spécialité.

Le réseau et la responsabilité

La question du réseau pose le problème de la responsabilité et des mutations des registres de la responsabilité. A l'ère de la société du risque et de la responsabilisation, la tentation est grande, dans des modes d'intervention en réseau, de se dégager de sa responsabilité. Le syndrome, qui est de plus en plus connu, se traduit dans la bouche des intervenants de terrain par des formules telles que « se refiler la patate chaude » (on refiler le dossier à d'autres « mieux placés » sous couvert de fonctionnement en réseau) ou le « coup de parapluie » : souvent évoquée par les magistrats, cette image renvoie à la pratique qui consiste à mobiliser l'acteur qui a les pouvoirs les plus importants et les solutions les plus sécurisantes à disposition. On évite ainsi de prendre des risques en faisant appel au judiciaire, qui est lui-même poussé à prendre les solutions les plus sécurisantes, dans une logique où le principe d'accountability (rendre des comptes) pousse chacun à se mettre à l'abri. Face au paradoxe de la déresponsabilisation dans des sociétés qui n'arrêtent pas de prôner la responsabilité, la question est peut-être celle d'un réapprentissage du risque et de ses conditions de possibilités : à quelles conditions une culture du risque, une culture de la responsabilité personnelle, une culture du pari redevient-elle possible ?

2. Philosophies de travail

Un autre enjeu évoqué ce matin pose la question de savoir au nom de qui on travaille et pour quoi. Il me semble qu'ici, à gros traits, deux types de philosophies s'affrontent, avec bien sûr tout l'arsenal des positions intermédiaires susceptibles d'exister entre les deux extrêmes. Ces deux philosophies traduisent deux visions très différentes de l'accès aux soins.

La première vision est une **vision à caractère scientifique et utilitariste**. Le bien du sujet comme celui de la société sont ici les fils directeurs d'une intervention qui prend appui sur une rationalité de type scientifique. En Santé mentale, on privilégie une approche médicalisante, voire une logique behavioriste. Le patient est diagnostiqué dans son écart aux normes et est conçu comme objet de traitement pour son bien. S'il ne répond pas aux attentes, il peut être critiqué pour son manque de collaboration dans une logique qui légitime les processus de mise à l'écart et de ségrégation. L'intervenant quant à lui est conçu comme le maillon d'une chaîne d'interventions, jugée à l'aune de son efficacité ou de son efficacité globale et collective (dimension utilitariste). Dans le champ de la santé mentale, la philosophie de travail scientifique cherche en effet des modèles d'intervention généralisables et reproductibles, mis aussi au service du bien collectif, à savoir de plus en plus aujourd'hui, la sécurité publique. Le récent rapport de l'INSERM en France et sa récupération envisagée par le Ministre de l'Intérieur N. Sarkozy donne un exemple saisissant de cette alliance entre logique scientifique et préoccupation sécuritaire. Favorable à la logique de l'uniformisation, que traduisent les différents protocoles d'évaluation techniques, cette logique de travail se coule parfaitement dans les standards des sociétés de contrôle contemporaines.

A cette approche scientifique, on peut opposer une **philosophie de travail subjectivante** qui met l'accent sur la spécificité et le caractère irréductiblement singulier de chaque usager, considéré comme sujet de son propre traitement. Se décline ici une logique de travail au cas par cas, dans le rejet des protocoles uniformisants, une « **logique trouée** » qui laisse entendre que le réseau d'intervention est un réseau de mailles qui laisse des échappatoires au sujet. Une manière de rester sujet, pour quelqu'un qui se trouve confronté au champ de la santé mentale, c'est aussi d'avoir le choix de refuser l'aide qu'on lui propose. En parallèle, le droit pour les intervenants de rester « sujet » passe peut-être par la capacité de **ruser** avec des injonctions et des dispositifs qui sont impulsés d'en haut. Il passe aussi par la volonté et la capacité de se bricoler une position dans les cadres établis, à partir des réalités de terrain. Mme Colette Nigot a utilisé précédemment ce terme de « **bricolage** ». Je suis frappé par le fait que, sur toutes les scènes où nous avons travaillé, les concepts de « ruse » et de « bricolage » reviennent de manière récurrente dans le chef des intervenants pour qualifier leur position. On ruse avec les dispositifs pour chercher à rester soi-même tout comme on se bricole une solution à partir de ses cadres, de ses référents conceptuels et des injonctions qui sont liées aux dispositifs dans lesquels on doit travailler.

Derrière cette opposition entre deux philosophies de travail qui s'affrontent aujourd'hui, une question centrale : quelle place donne-t-on encore aujourd'hui à une « parole folle » dans notre société contemporaine, obnubilée par les questions de sécurité et de réduction, voire de prédiction, des risques ? Comment marier les impératifs collectifs du « principe de précaution » qui se font de plus en plus lourds, favorisant extension du contrôle social et « tutelle de l'intime » avec le souci d'écouter un sujet en souffrance et de faire place à la singularité de son parcours ? Quel type d'écoute privilégier dans ce contexte ? Une écoute préformatée, prenant appui sur des grilles « scientifiques » qui découpent le sujet suivant les cadres d'un diagnostic « neutre » dont la dimension de construction s'est estompée (le DSM IV, par exemple) ? Ou écoute « flottante », faisant une plus large part à la parole d'un sujet ?

3. La temporalité

Une troisième question-clé est revenue ce matin : celle de la temporalité. Un constat massif, perceptible dans les propos de Ghislaine Adrianssens, souligne l'accroissement d'une **désynchronisation des temps sociaux** en contexte de paupérisation. Dans nos sociétés contemporaines, tout le monde n'avance pas au même rythme et la lenteur, associée à une forme d'immobilisme, est aujourd'hui devenu un handicap majeur. De même, suivant les mutations du temps social, le temps des institutions est devenu celui de l'**urgence** qu'impose la logique du management et ses impératifs d'efficacité ou « d'efficience » à court terme. Or, malheureusement, ce temps-là s'avère souvent beaucoup trop rapide et centré sur l'immédiat pour toute une série de patients.

4. Enjeux de Santé Mentale, enjeux politiques

Enfin, je voudrais souligner, pour conclure par un point qui court en filigrane des interventions de ce matin, sinon de l'organisation de cette journée : les enjeux qui touchent à la santé mentale, qu'ils soient pratiques ou théoriques, sont toujours des enjeux politiques. Comme le soulignait justement M. Foucault, des champs qui se situent aux confins de la société (il évoquait l'asile ou la prison) sont de très bons observatoires des transformations qui affectent les relations sociales en général. Aujourd'hui, l'évolution repérable en santé mentale témoigne de ce que les questions cliniques sont indissociables des dynamiques sociales qui les croisent. On ne peut pas, en travaillant dans le champ de la santé mentale, que l'on soit scientifique ou intervenant de terrain, faire l'impasse sur ce lien entre les registres cliniques et la question politique.

Jean-Louis Genard

*Sociologue et philosophe, Professeur à l'ULB, aux Fac. Univ. St Louis
et à La Cambre-Architecture à Bruxelles*

Le paradoxe de l'accessibilité

Pour commencer, il est intéressant de relever un paradoxe dans le thème du colloque. On pose ici la question de l'accessibilité aux soins alors que la réalité actuelle est plutôt celle d'un vaste élargissement de l'offre de soins, d'une multiplication de l'offre institutionnelle, de l'augmentation du recours aux soins et d'une utilisation croissante de médicaments. Le même paradoxe se retrouve dans un autre champ qui est d'ailleurs relativement connexe : le champ de la Justice. On y pose la question de l'accessibilité à la Justice, alors qu'on est dans un contexte de « juridicisation » massive de la société.

Je crois qu'il serait nécessaire de s'interroger sur ce contexte qui présente, somme toute, des réponses thérapeutiques ou juridiques aux difficultés de la vie et qui enclenche un processus exponentiel de recours à ces dispositifs. La question posée est à la fois celle du cadrage thérapeutique de questions fondamentalement sociales, mais aussi celle d'une propension à la surconsommation généralisée des offres de biens et de services disponibles.

L'accessibilité, une question politique

Une seconde remarque par rapport au thème du colloque rejoint ce que disait Yves Cartuyvels en terminant son intervention : il ne faudrait pas prendre le concept d'accès comme un concept renvoyant simplement à des questions instrumentales de fonctionnement ou de dysfonctionnement du système thérapeutique. Le concept d'accès est en réalité un concept politique, fondamentalement lié à l'**Etat social** ou à l'Etat providence.

Les politiques de l'Etat providence sont des politiques qui ont organisé l'accès à un certain nombre de biens, en correspondance avec une certaine philosophie politique, ancrée sur les idées d'égalité et de solidarité. Les droits caractéristiques de l'Etat social sont ce qu'on appelle les **droits-créances**, le droit à l'éducation, le droit au logement, le droit à la santé, le droit aux revenus et, dans une moindre mesure - parce qu'il n'a pas fait l'objet d'une même reconnaissance -, le droit au travail. Ce sont des droits qu'ont les citoyens, droits d'obliger l'Etat à leur garantir l'accès à un certain nombre de biens et de services leur assurant une vie conforme à la dignité humaine.

Lorsqu'on pose la question de l'accès, sans doute faut-il avoir en toile de fond celle des pannes ou plutôt de la crise actuelle de l'Etat social, dans un contexte de crise sociale où les droits sociaux, les droits-créances, sont de moins en moins acquis et de moins en moins garantis.

On peut donc se demander si cette interrogation sur l'accès – qui suppose peut-être une banalisation du recours au thérapeutique pour régler des problèmes existentiels et des problèmes de vie – ne révèle pas, en toile de fond, la question de la **gestion thérapeutique**, voire de la gestion pharmacologique de la **crise sociale**.

C'est la raison pour laquelle j'aurais tendance à dire que la question de l'accès aux soins ne peut pas être pensée de manière isolée. Il s'agit de la « **reglobaliser** » avec d'autres questions d'accès, telles que celle de l'accès aux ressources, l'accès au logement – qui sont au cœur de la réflexion sur la pauvreté et qui ont été évoquées dans l'exposé de Mme Adriaensens. La question des politiques de santé publique est une question qui, aujourd'hui, ne peut pas être isolée de la question de la crise sociale.

L'accroissement de la sensibilité thérapeutique

Par ailleurs, nous sommes dans un contexte culturel d'**accroissement de la sensibilité thérapeutique**. Apparaît aujourd'hui une propension à lire les problèmes existentiels en termes de mal-être, de « fatigue d'être soi » et à y chercher une réponse de type thérapeutique. Cela donne l'impression d'être face à un contexte d'intériorisation du regard thérapeutique sur ses propres problèmes et également sur les problèmes d'autrui. A ce niveau, je propose de ramener ce questionnement au niveau politique.

Evolutions politiques

L'histoire des démocraties peut être reconstruite en distinguant **différents types d'Etats**. Dans une recherche menée avec Jean De Munck, Olgierd Kuty, Didier Vrancken et d'autres, recherche qui a mobilisé différentes universités³⁴, nous avons suggéré de distinguer trois types d'Etats, auxquels je proposerais d'associer des **types d'anthropologie** différents.

- A l'**Etat libéral**, celui du 19^{ème} siècle, correspond une **anthropologie qui opposait durement deux types d'individus** : ceux considérés comme « capables », qui jouissaient du droit de vote et ceux considérés comme « incapables », qui n'en bénéficiaient pas.
- A l'**Etat social** correspond une **anthropologie de l'émancipation**. Le rôle de l'Etat étant de garantir un certain nombre de ressources à des individus qui, spontanément et naturellement, n'en disposent pas.
- A l'Etat qui est en train de se constituer aujourd'hui, l'**Etat-réseau**, correspond une anthropologie qui est en train d'entrer dans notre vocabulaire courant : l'**anthropologie de la vulnérabilité**, de la fragilité et de la précarité. Il serait d'ailleurs intéressant de mener une réflexion sur la signification politique de la vulnérabilité, la fragilité, la précarité, etc.

³⁴ DE MUNCK J., GENARD J.-L., KUTY O. et al., « Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique ». Gent, Academia Press, 2003.

Evolution des régimes anthropologiques et des politiques de santé mentale

En ce qui concerne l'offre thérapeutique actuelle, je voudrais également faire remarquer que, si l'on remonte au 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} siècle, on est dans un régime anthropologique qui fait une **disjonction** entre d'un côté, les gens normaux, capables, et, de l'autre, les fous. Il fait une différence forte entre le normal, d'un côté et le pathologique, de l'autre. A cela va correspondre un certain type d'offre institutionnelle : l'**asile** et l'hôpital psychiatrique. Les gens qui relèvent de la santé mentale sont traités dans des institutions au travers de l'enfermement, ils sont en quelque sorte « traités aux extrêmes ».

A l'heure actuelle, l'anthropologie dominante est différente : c'est plutôt, comme je l'évoquais, celle de la vulnérabilité, de la fragilité, de la précarité. Elle instaure un **continuum entre le normal et le pathologique**. Nous pensons que chacun d'entre nous est vulnérable, que chacun se situe quelque part entre le normal et le pathologique et qu'il peut, à tout moment, verser soit du côté du normal, soit du côté du pathologique.

A cette anthropologie correspond, du point de vue institutionnel, le développement d'une série de dispositifs qui ne sont plus destinés à traiter les extrêmes, comme précédemment, mais plutôt l'entre-deux. Il s'agit principalement de l'ensemble des dispositifs de l'**ambulatoire**. Ceci a pour conséquence qu'aujourd'hui, les cas lourds ne trouvent plus leur place dans l'espace institutionnel offert par la société. Dans un autre colloque qui se déroulait au mois de novembre à Bruxelles, ce problème a été évoqué et il était question – Patrick Declerck en parlera sans doute – des « psychotiques en errance », de ces cas vraiment lourds pour lesquels il n'y a plus d'institution ou, en tout cas, pour qui les institutions existantes ne sont pas adéquates.

Incitation à l'autonomie et à la responsabilité

Un autre élément qui cadre également avec l'offre institutionnelle actuelle, c'est la « surpression » à l'autonomie et à la responsabilité - je m'inscris ici, dans une logique qui est celle, par exemple d'Alain Ehrenberg. La finalité de l'intervention thérapeutique n'est peut-être plus, ou de moins en moins, la guérison. Cette visée est de plus en plus remplacée par la restitution de l'autonomie et ce, dans un monde qui est très complexe.

Cette idéologie de l'autonomie a un certain nombre d'effets de **recadrage des interventions thérapeutiques**. Autrement dit, on n'est pas encore entré dans le système qu'il faudrait déjà en sortir, les séjours doivent être courts (par exemple six mois). Il faut également que ceux qui entrent dans le système puissent faire la preuve du fait qu'ils regagnent de l'autonomie : on les soumet à ce qu'on pourrait appeler des « épreuves d'autonomie », des projets, des contrats, des « tests » comportementaux, etc. Or, ces pratiques ont un certain nombre d'effets de catégorisation et d'**exclusion du système** d'acteurs qui sont considérés comme ne pouvant pas être autonomes. Prenons l'exemple des toxicomanes qui sont envoyés vers des institutions spécialisées ou celui

des cas extrêmes, avec lesquels on ne peut rien faire parce qu'ils ne cadrent pas avec cette anthropologie de l'autonomie. Pour ces patients, il y a de moins en moins de dispositifs susceptibles de et prêts à les accueillir.

Pression à l'efficacité

Une autre pression à laquelle sont confrontés les services publics aujourd'hui est la **pression à l'efficacité**, qui a déjà été abordée par Yves Cartuyvels. Elle est notamment liée à l'esprit managérial qui soumet tout un chacun à des exigences d'efficacité, d'efficience, d'évaluation etc. C'est un élément qui recadre aussi les interventions, en privilégiant le court terme. Il renvoie à la question de la temporalité qu'évoquait Yves Cartuyvels et conduit également à des déplacements des modèles thérapeutiques pertinents en faveur de ceux qui promettent de l'efficacité, c'est-à-dire les approches comportementalistes plutôt que la psychanalyse par exemple. Cette pression à l'efficacité entraîne aussi une sélection des publics.

Les réponses du milieu thérapeutique

Je pense que le milieu thérapeutique cherche des réponses à cette situation difficile et qu'une des réponses trouvées est celle des **réseaux**, en particulier les réseaux qui transgressent les frontières du champ thérapeutique. Il faut entendre par là les réseaux qui cherchent à associer des acteurs qui ne sont pas seulement des acteurs du champ thérapeutique mais aussi des policiers, des services sociaux, des acteurs du champ judiciaire, etc.

Ces pratiques présentent un certain nombre de **risques** – Yves Cartuyvels les a évoqués – mais dénotent également, à travers les expériences dont j'ai pu avoir connaissance, une **capacité inventive** du milieu. Effectivement, elles peuvent favoriser le phénomène de la « patate chaude » mais il semble aussi que certains réseaux, dont j'ai pu vérifier le fonctionnement, construisent le réseau de manière à éviter ce phénomène et qu'il s'y construit des espaces de **responsabilisation collective**. Ceux-ci posent évidemment question par rapport aux pratiques habituelles qui sont, par exemple, des pratiques où la responsabilité est pensée sur le mode individuel, c'est-à-dire sur le mode de la responsabilité thérapeutique. Qu'en est-il du partage du secret professionnel ? Jusqu'où le partage-t-on, quand il est question de pathologies graves, de gens qui doivent absolument s'en sortir ?

Il s'y crée également des **langages communs**. Par exemple, la dangerosité ne veut pas dire la même chose dans le champ thérapeutique que dans le champ judiciaire. On voit alors émerger des espaces où s'opèrent des traductions, où se recrée du vocabulaire commun. Ceci s'opère souvent en faisant ressortir des valeurs éthiques qui avaient été oubliées.

Dans ces espaces réticulaires, où se retrouvent des acteurs qui sont confrontés à un même public mais sous des angles différents, peut-être y a-t-il davantage de chance de re-globaliser les situations et donc de re-politiser sa propre position.

Débat

Je vois qu'on fait un lien entre le droit à la justice et le monde social, pourquoi n'irait-on pas un peu plus loin en mettant au ban de la société ce néolibéralisme qui paupérise tout ? Pourquoi le monde social ne se positionne-t-il pas au niveau de la politique globale ? Pourquoi doit-on toujours bricoler ?

[Yves Cartuyvels] Votre question, qui est plutôt une réflexion, me paraît tout à fait pertinente. Il y a d'ailleurs un courant de recherches actuel qui cherche à souligner les liens entre différents phénomènes congruents qui pèsent sur la vie sociale. Jean-Louis Genard l'a évoqué aussi. Il s'agit là de souligner l'impact d'une logique poussée par le « managérialisme » contemporain, traduction d'un projet de type néo-libéral. Cette logique et ses effets sont massifs à l'égard des populations qui ont été évoquées. Cette dimension était également implicitement présente dans l'intervention de Madame Andrianssens, évoquant la logique de paupérisation. La psychiatrisation de la pauvreté, ce n'est pas pour rien qu'elle émerge aujourd'hui. Les enjeux sont d'ordre politique et économique. Un détail (peut-être pas tant que ça) m'a également frappé dans l'atelier. Il concerne le vocabulaire : j'ai entendu beaucoup parler d'« usager », un peu de « patient » mais pas du tout de « client ». Or, du côté néerlandophone du pays, on parle de client. Cela traduit aussi des sensibilités différentes et une perméabilité différente au discours néo-libéral et à la promotion d'un rapport social réduit à sa dimension de consommation. Jean-Louis Genard a évoqué les termes d'« efficacité », d'« évaluation » : ce sont des termes ou des dispositifs qui traduisent aussi un projet politique. Le vocabulaire est un révélateur extrêmement intéressant des tendances contemporaines.

Ce matin, dans l'atelier où j'étais, on parlait d'écouter la personne en souffrance et on parlait de travailler pour la personne en souffrance. Or, ici, j'entends les intervenants parler de la difficulté de communiquer à partir du moment où on se demande au nom de qui et pour qui on travaille. Cela fait tout de même une grosse différence ! Pourquoi ne pas travailler pour la personne qui nous demande quelque chose et qu'on écoute ?

[Colette Nigot] On pense tous qu'on fait cela. Dans mon intervention, j'ai témoigné d'une petite expérience, qui a tout de même duré pendant 18 mois. Dans cette expérience, je pense qu'au fond, chacun des intervenants pensait travailler pour Emile et sa famille. Cependant, derrière nos propres discours, il y a des tas de choses qui se jouent. Je pense que l'intention, en tout cas, est bien celle que tu dis mais il est clair que nous sommes, nous-mêmes, parasités par beaucoup de choses : aussi bien nos propres représentations que les discours. On sonde les structures dans lesquelles on se trouve mais on ne met pas assez ces discours à l'épreuve les uns des autres, dans le réel et autour de situations cliniques.

On se laisse parfois déborder par des représentations, par des éléments qui finalement ne sont pas dans l'intérêt de la personne. Rares sont les intervenants qui ne diront pas qu'ils travaillent pour l'intérêt du patient mais les logiques de rivalité, les logiques de savoir, de pouvoir, toutes ces choses sont là, d'un côté ou de l'autre, et on aurait avantage à les décanter chacun dans nos structures et peut-être dans notre travail personnel. C'est important.

[Jean-Louis Genard] On est le produit d'une société qui s'est fortement différenciée : il y a le « champ thérapeutique », le « champ judiciaire », etc., qui ont chacun leur propre lecture, leur propre sémantique, leur propre vocabulaire, leur propre manière d'interpréter une même situation. Et même, à l'intérieur du champ thérapeutique par exemple, il y a des lectures différentes. Face aux cas qui relèvent de différents registres (thérapeutique, social, économique), il y a une nécessité de reconstruire des vocabulaires et des lieux où on peut se parler. C'est ce qu'essaie de faire le travail en réseau, avec ses difficultés et ses dangers (que soulignait Yves Cartuyvels), avec aussi des résultats qui peuvent être positifs, dans des expériences que je connais. En tout cas, au vu de ce que j'ai pu observer ce matin dans l'atelier « Urgence », cela paraît être une voie considérée comme étant prometteuse par les acteurs eux-mêmes.

Je voudrais revenir sur les questions de droits-créances et d'évitement de l'état social car je pense qu'en psychiatrie, il y a quelque chose de très spécifique au niveau de ces droits-créances-là. Après la seconde guerre mondiale, ces droits-créances étaient articulés avec les pathologies de l'INAMI : ces droits étaient donnés aux personnes à partir du moment où l'INAMI, l'Etat, les reconnaissent comme malades. Je pense que ces droits-créances sont importants au niveau politique puisque c'est ce qui permet que la population, dans son ensemble, et chaque citoyen, puisse avoir accès à des services. Mais il faudrait trouver une articulation différente, une articulation qui ne soit plus liée strictement à la maladie. Je pense que c'est quelque chose qu'il faut penser et qu'il faut penser ces droits-créances comme un droit de la population à avoir accès à des services qui sont dans le milieu de vie pour tous. C'est-à-dire que les services ne soient plus ancrés sur les différentes catégories et pathologies de l'INAMI, mais justement parce qu'ils ne sont pas ancrés, qu'on puisse les rouvrir sur un ensemble de droits différenciés. Cela permet d'inventer des services différenciés pour l'ensemble de la population.

[Jean-Louis Genard] Je suis d'accord avec vous. Cependant, je ne serais pas aussi négatif que vous ne semblez l'être à l'égard de l'INAMI car l'INAMI a quand même permis toute une série d'expérimentations dans le domaine de la Santé mentale, sous forme de conventions qui permettent justement une diversification de l'offre. Mais sur le constat général, je suis entièrement d'accord.

[Yves Cartuyvels] Si je suis d'accord aussi avec la logique que vous développez, je voudrais faire une toute petite remarque : je pense que l'on est relativement mal parti par rapport à ce vœu que vous exprimez. Aujourd'hui, on assiste à la disparition de divers droits-créances, qui ne sont plus proposés comme des « droits » mais comme des objets de contractualisation. On est en train de contractualiser l'accès aux services, que ce soit pour la population générale ou pour des catégories spécifiques. Contractualiser ces droits, c'est une manière de les penser comme conditionnels et, en en faisant des droits conditionnels, liés au respect de certaines conditions, on facilite leur non-octroi. La logique des droits-créances a bien répondu à la logique distributive de l'Etat social. Elle se réduit fortement à l'heure où le modèle « Welfare » est mis en question dans divers domaines.

[Ghislaine Adrianssens] Sur le dernier point, je peux juste dire que dans le cadre des travaux qui ont été faits avec des professionnels de terrain par le Service de lutte contre la pauvreté, on a aussi beaucoup réfléchi à toute cette évolution de contractualisation et à ce que cela a comme implication pour les personnes en situation de pauvreté. C'est ainsi qu'une résolution spécifique relative à cette question a été prise dans le dernier rapport. Le titre de cette résolution est « utiliser le contrat comme instrument d'accompagnement et non de contrôle ».

[Christiane Bontemps] Une série d'éléments ont traversé l'ensemble de ces débats et rejoignent ce qui avait été travaillé dans les ateliers, de façon très concrète. Ces éléments nous permettent de prendre recul, notamment par rapport à des questions comme celle de la **communication**, abordée en particulier dans l'atelier 3, mais aussi à tous les niveaux.

Au niveau du principe, on est tous bien d'accord sur l'importance de la communication, que ce soit vis-à-vis du patient, entre professionnels ou vis-à-vis du politique. Mais dans le « comment faire », chacun a l'envie et le sentiment de bien faire, or, il est très difficile de passer à l'action très concrètement. Les malentendus sont toujours bien présents.

Et puis, un autre point abordé dans ce débat me semble important à reprendre plus tard dans la suite de nos travaux, c'est la question de **l'extension du champ de la santé mentale et de la psychiatrie** et des dérives que cela peut entraîner.

Nous reviendrons sur ces différents éléments avec nos invités après l'intervention de Monsieur Declerck.

*Rêver furieusement
d'un impossible ailleurs*

Rêver furieusement d'un impossible ailleurs

Introduction

Francis Turine – Président l'IWSM

Nous arrivons au dernier temps de cette journée sur l'accessibilité aux soins en santé mentale avec l'intervention de Patrick Declerck.

Nous sommes sans doute nombreux à avoir lu vos ouvrages ou vous avoir écouté, en décembre dernier, à l'émission d'Edmond Blatchen « Noms de dieux ».

Vous êtes originaire de Bruxelles ; dans « Les naufragés³⁵ », vous nous glissez un souvenir d'enfance concernant un oncle mercenaire au Congo dont les propos que vous nous rapportez donnent froid dans le dos par ce qu'ils comportent de déni et de mépris de l'humanité. Vous êtes philosophe, ethnologue, psychanalyste, anthropologue et vous vous êtes coltinés aux SDF.

Dans vos propos, vous ne manifestez aucune complaisance sur l'humanité, sur la nature humaine – avec la Shoah, la nature humaine a exprimé ce qu'elle est, il n'y a plus d'illusion à se faire à son sujet, dites-vous – mais vous exprimez un soutien à l'homme, à l'individu qui doit se débrouiller dans ce monde qui n'est pas drôle, vraiment pas drôle du tout.

Dans l'article paru dans la revue de l'IWSM³⁶ et parlant de votre ouvrage « Les Naufragés » et que j'ai intitulé « Les Naufragés ... sur une marée humaine », je disais notamment : « Radicalement omniprésente, la question de l'accessibilité est là. De quoi parle-t-on quand on parle d'accessibilité ? S'agit-il d'abord, dans ces témoignages, de l'accessibilité à un asile de l'extrême ou à un désir de retrouver les semblants de la vie sociale ? »

Votre cri, votre appel, n'est-ce pas la recherche d'une accessibilité à une humanité, à un accueil de chacun tel qu'il est et cherche à être.

Que fait la société, que faisons-nous, quand nous autorisons d'enfermer des enfants « qui ne nous ont rien fait » dans des centres fermés pour la seule raison que leurs parents demandent asile ?

Que fait la société, que faisons-nous quand les hôpitaux, principalement psychiatriques, ne veulent plus ou ne peuvent plus donner une hospitalité de longue durée à ceux qui ne demandent qu'un asile pour ne plus se sentir menacés ?

Que fait la société, que faisons-nous quand on peut faire le constat de plus en plus fréquent qu'un enfant autiste ou psychotique n'est admis en service K ou SRJ que si les parents sont présents, désirants, collaborants, accueillants ? Que deviennent ceux dont les parents ne sont pas là, quand ils sont défaillants, souffrants, incapables ?

³⁵ DECLERCK P., « Les Naufragés avec les clochards de Paris ». Paris, Pocket, 2003, 458 p. (coll. Pocket Terre Humaine).

DECLERCK P., « Le Sang nouveau est arrivé : l'horreur SDF ». Paris, Gallimard, 2005, 91 p. (coll. Nrf).

³⁶ Confluences n°12, IWSM, Décembre 2005.

Vous dites « la volonté n'existe pas ». ³⁷

Dans le même temps, vous annoncez comme titre à votre intervention d'aujourd'hui :
« Rêver furieusement d'un impossible ailleurs ... »

Est-ce votre manière à vous de vous présenter tel Jacques Brel en Don Quichotte, en parlant d'un rêve d'un ailleurs plutôt que du rêve d'un rêve mais de toute façon impossible ?

Mais vous rajoutez le mot « furieusement ». Ce terme a un lien avec la folie. On parle de fous furieux, d'accès de folie furieuse. Furieux a à voir avec ce qui est animé par une passion folle, sans frein et qui a un caractère d'extrême violence, de folle colère ou d'exaspération.

Etes-vous en colère ?

Voilà, je vous laisse la parole pour rêver furieusement devant et avec nous d'un impossible ailleurs.

³⁷ DECLERCK P., « Les Naufragés avec les clochards de Paris », op cit., p. 69.

Rêver furieusement d'un impossible ailleurs³⁸

Patrick Declerck – Philosophe, docteur en anthropologie, psychanalyste et ethnologue

Je suis d'abord un psychanalyste. Je ne pense pas avoir été un très bon anthropologue, mais je pense être un analyste convenable. Un analyste, c'est entre autre, sinon un dépressif, tout au moins un dysphorique qui se soigne en lisant des livres d'analystes, et en continuant son analyse personnelle.

Le terme psychanalyse vient de la chimie, Freud le dit explicitement. Pour analyser les divers composants d'un produit, elle procède par découpages, fractionnements, écartèlements successifs. A la suite de Nietzsche et de Schopenhauer, Freud revendique cette volonté de déconstruction et de violence intrinsèque inhérente au regard ou à la volonté psychanalytique. Nietzsche disait « faire de la philosophie à coups de marteau ». Il voulait notamment porter des coups aux « idoles », aux vieilles vérités, pour voir si elles sonnaient creux ou non. C'est dire que le regard psychanalytique est rarement euphorisant. Il s'oppose, en son essence, à toute illusion d'un ailleurs, qu'il soit de l'ordre du religieux, ou de la rêverie douce et flottante d'un humanisme replet qui se satisferait de lui-même. La psychanalyse est une injure permanente au narcissisme de l'humanité.

Jacques Lacan rapporte ainsi une confidence que Freud aurait faite à Ferenczi et Jung sur le bateau les emmenant vers New-York en 1905 : « Ces américains ne se doutent pas que nous leur apportons la peste ... ». La peste psychanalytique. Freud a-t-il effectivement tenu ces propos ? Nul ne le sait. Ce qui est certain, c'est que, s'il ne l'a pas fait, il aurait pu le faire. En effet, derrière cette idée de peste psychanalytique, il y a l'idée que le discours manifeste les représentations exprimées, l'explicite, les déclarations de bon vouloir ou de réparation ; la volonté thérapeutique cache une autre scène beaucoup plus inquiétante. Cette scène cachée est celle des pulsions inconscientes, de tout ce que l'on ne dit pas, parce qu'on ne le sait pas, parce que c'est indicible, parce que quand bien même cela pourrait être dit, cela serait probablement inaudible à l'autre.

Les différentes interventions qui viennent d'avoir lieu font écho, à différents degrés, à ce que j'ai pu écrire ou constater dans mes travaux avec les SDF ou avec ma clientèle privée dans ma pratique d'analyste. Un écho que j'ai perçu tout le temps, sans pour autant qu'il soit explicité comme tel. Il s'agit de la problématique du transfert et du contre-transfert. Ce sont des termes techniques qui désignent d'abord un phénomène de projection. Dans le cadre d'une cure type, le transfert consiste, pour le patient allongé sur le divan, à projeter ses fantasmes, ses représentations, ses désirs conscients,

³⁸ Texte rédigé sur base de la retranscription de l'enregistrement de l'exposé, en accord avec l'orateur. Les propos n'engagent que leur auteur.

et surtout inconscients, sur la personne de l'analyste, dont le rôle est précisément de pouvoir être cet écran de projection possible. Méthodologiquement, il convient donc que l'analyste reste aussi neutre, aussi indéterminé que possible pour pouvoir accueillir ces projections transférentielles. Si je transpose en termes bancaires, il s'agit d'un transfert d'une partie du patrimoine personnel – fantasmes, amour, haine, souvenirs – d'un compte vers un autre. Inversement, le contre-transfert consistera, pour l'analyste, à projeter ses fantasmes, ses désirs, son amour ou sa haine, sur la personne de son patient.

La différence entre les deux, c'est que l'analyste, a, en principe, déjà été analysé, essentiellement pour être moins fou – ce qu'en un sens, il est toujours –, mais aussi et d'abord, méthodologiquement, pour s'entraîner à lire et percevoir ses propres mouvements inconscients qui risquent d'être sollicités par ce qu'il entend. L'analyste doit se situer et se maintenir dans une écoute flottante et bienveillante, qui ne se focalise sur rien de précis, pour laisser advenir cette rêverie, en écho avec le discours du patient allongé. S'il y a transfert et non simplement représentation, c'est parce qu'on se trompe toujours à la fois d'émetteur et de destinataire. Il y a un malentendu structurel qui est entretenu par l'aménagement de la scène analytique et par la neutralité de l'analyste. Le patient se demande : « Est-ce que je vais penser de mon analyste ce que j'ai pensé de mon oncle Arthur lorsque j'avais 6 ans, parce qu'il a la même moustache, ou parce qu'un cadre de son cabinet me rappelle un souvenir d'enfance ? Mais mon analyste n'est pas mon oncle Arthur ! » On est toujours à côté, il y a un malentendu constant au niveau du transfert et du contre-transfert.

Si je m'attarde sur le transfert et le contre-transfert, sur l'échange du fantasme autour de deux interlocuteurs dans la situation analytique, c'est parce qu'il me semble qu'il s'agit d'une question fondamentale. Cette question définit, par ailleurs, quelque chose de toute situation humaine ; on la retrouve partout, comme le montre si bien l'ouvrage de G. Devreux « De l'angoisse à la méthode dans les Sciences du Comportement ». ³⁹ Le transfert et le contre-transfert dépassent le cadre du pur psychisme et englobent des sédimentations culturelles lointaines, des positions philosophiques, individuelles ou collectives, une certaine pression politique, dont on soulignait, précédemment, le lien avec la clinique.

J'ai l'air de parler de choses lointaines, mais elles ne le sont pas. Qu'entend-on, quelle représentation insidieuse construisons-nous quand on parle d'alcoolique ? Une représentation d'autant plus féconde, quoique éventuellement dangereuse ou toxique, qu'elle est inconsciente ou semi consciente et non analysée. Les alcooliques sont-ils des victimes d'un produit ? Manquent-ils de volonté ? Quelle est notre anthropologie philosophique ? Pensons-nous que la volonté et le désir d'un mieux, l'attente ou la recherche d'un avenir meilleur est constitutif de l'homme ? Ou bien, pensons-nous que l'homme fonctionne à coup de pied au cul ? Dans le champ médico-social, il n'est pas rare, quand on a épuisé les discours de surface socialement acceptables, de retrouver cette idée de coup de pied au cul thérapeutique, dont on ne trouve pas trace dans les livres. On pourrait chercher un livre de référence : « Charcot, de l'hystérie au coup de pied au cul... » mais si dans les discours, on en parle

³⁸ Texte rédigé sur base de la retranscription de l'enregistrement de l'exposé, en accord avec l'orateur. Les propos n'engagent que leur auteur.

constamment, la littérature, elle, est muette à ce sujet. A partir de quel moment un patient va-t-il mobiliser notre sadisme – que nous ne reconnaitrons pas comme sadisme, bien entendu. Comme disaient nos mères : « C'est pour ton bien ! D'ailleurs, cette baffa que je te donne, j'en souffrirai plus que toi »... C'est comme dans le christianisme, qui en raconte beaucoup sur la pauvreté. Qu'en pensons-nous ? Sœur Emmanuelle, par exemple, a écrit un ouvrage qui s'appelle « richesse de la pauvreté » ! Elle y raconte qu'un jour, alors qu'elle travaillait avec un médecin et les chiffonniers du Caire, le médecin reçoit d'Europe un colis. Il ouvre la boîte et y trouve des tranquillisants qu'il propose de « donner dans les quartiers riches parce que les pauvres n'en ont pas besoin » ! Et Sœur Emmanuelle de rajouter, en grande philosophe, un peu comme Kant mais cependant pas tout à fait..., qu'elle a souvent remarqué, effectivement, que « la souffrance mentale était cantonnée aux pays riches, et que les pauvres étaient étonnamment joyeux » ! Je prends là un exemple extrême pour attirer votre attention sur les positionnements que nous pouvons soutenir les uns vis-à-vis des autres.

On a parlé de l'autonomie : quelle autonomie ? Un orateur soulignait très justement l'évolution de ces représentations au cours du temps. On a parlé de ruses et de bricolages revendiqués par les sujets. Hegel, lui, parlait de ruses de la raison, c'est-à-dire des divers masques qu'elle peut prendre, de ses processus d'aliénation, qu'on ne reconnaît pas tout de suite.

Le discours de l'autonomie me semble être une ruse de la raison. Dans le champ médico-social, l'autonomie est effectivement devenue à la fois un objectif axiologique, c'est-à-dire une valeur mise en avant, et un objectif thérapeutique. C'est déjà mauvais signe. La contamination entre l'axiologique, c'est-à-dire ce qui relève du domaine des valeurs, et le thérapeutique, me semble suspecte a priori. L'autonomie est aussi, sous couvert d'humanisme, un moyen de refouler, de ne pas entendre, voire de rendre inaudible et inexprimable une dimension inquiétante, celle du besoin de la régression, voire même de la dépendance infantile. C'est encore plus inquiétant lorsque cela concerne des demandes à peine formulées, des demandes manifestées par des comportements, comme les demandes de maternage ou le besoin de régression. Ces demandes renvoient à une notion du temps à envisager dans la durée qui, lui aussi, a de moins en moins droit de cité, y compris dans la psychiatrie lourde. Un terme comme celui de « chronicité » est devenu un gros mot en psychiatrie. Si on insiste sur la lourdeur ou la gravité d'une pathologie, de bons esprits se lèveront tout de suite pour relever l'injure, le mépris social dont on semble alors se rendre coupable.

L'idéologie de nos démocraties, de la citoyenneté pour tous, de l'identité commune, sont des masques équivalents aux masques insidieux de l'oppression. Nous avons de plus en plus de mal à enquêter sur la différence, éthiquement et même scientifiquement car les budgets de recherches se financent par des décisions axiologiques et des stratégies publiques. Il devient presque impossible d'élaborer un discours psychanalytique, psychopathologique, voire sociologique intelligent, par exemple sur l'homosexualité ou l'hétérosexualité comme choix du sujet, sans toucher à sa liberté.

Que penser du travail ? Je suis extrêmement intéressé par le fait qu'il y a, depuis à peu près 25 ans en France – et la situation en Belgique est grosso modo comparable – 10% de chômage structurel que rien ne parvient à réduire. Cet état de fait est le résultat d'un mouvement de complexification croissante de la société qui s'accompagne d'une hausse du niveau d'accès à la normalité. Une complexification qui prend place dans les formes les plus élémentaires de la normalité : le travail non qualifié disparaît ; il est juridiquement impossible en France d'être payé en liquide, il faut un bulletin de salaire et pour cela, ou pour faire n'importe quel paiement, il faut un compte en banque ; pour avoir un compte en banque, il faut avoir un domicile, des factures d'électricité, de gaz... Pour avoir tout cela dans ce système, il faut être un minimum lettré, savoir lire et écrire ... Au-delà de ces 10% de chômeurs, entre 400.000 et 500.000 personnes vivent en deçà du sous prolétariat et gravitent entre la rue et des refuges de fortune, comme au jeu de la chaise musicale. Tantôt dans la rue, tantôt en centre d'hébergement d'urgence, tantôt dans une chambre d'hôtel payée par une association pour un temps imparti, tantôt encore dans une caravane ou une maison abandonnée. De façon chronique, ces personnes errent d'un endroit à l'autre. Si on veut peindre le tableau à gros traits, on peut dire que 90% d'entre eux sont sans qualification, qu'ils sont souvent malades, épuisés, dépressifs, abusant ou dépendant de substances, à la limite du handicap physique... Or, vis-à-vis de ces sujets, la seule question que l'on semble se poser, véritablement, c'est de savoir comment les réinsérer, sous-entendez, comment les remettre au travail. En France, le Premier Ministre s'est distingué récemment, après avoir visité un centre d'hébergement d'urgence. Il a demandé que les SDF ayant un contrat de travail puissent bénéficier d'un hébergement d'urgence d'un mois et plus ; ce qui a été relayé par la presse. Mais ce que la presse n'a pas repris et qui se trouvait pourtant dans la déclaration d'origine, c'est qu'ils pourraient bénéficier de cette faveur seulement s'ils avaient des difficultés pour se rendre à leur travail. On est là dans la démonstration absolue de ce que je viens d'exposer ... !

En observant depuis 1982 le champ médico-social et la manière dont la société traite la question des SDF, j'ai compris progressivement qu'au fond – et je mesure bien tout ce que mon propos peut avoir de choquant, voire d'intolérable – au-delà de la mise en scène de la solidarité républicaine et citoyenne, l'ensemble de ce champ de l'aide sociale a pour objectif premier vis-à-vis des SDF de grande marginalité, non pas le soulagement des souffrances et la guérison, mais, plus simplement, la gestion des marges d'un scandale, tolérable ou non. Nous sommes embrigadés dans un savant dosage de diverses mesures, qui ont pour objectif de distiller soigneusement les limites d'un sadisme, efficace ou non.

Le traitement de la grande marginalité, la question SDF n'est que la pointe de l'iceberg, la part la plus visible. Mais je pense que cette analyse est valable pour des choses dont on parle moins, telles que la prostitution par exemple. Les divers masques des politiques sont là pour cacher la benoîte tolérance de souffrances incompressibles, comme celles, par exemple, des prostituées, structurellement soumises, soit à l'arbitraire de la police, soit à l'arbitraire des proxénètes, dont on ne sait pas, parfois, lequel des deux est le plus crapuleux.

La gestion de la grande marginalité, avec à l'avant-plan la question SDF semble être insidieusement une leçon de moralité publique : « Ils ont à souffrir pour nous, pour que nous restions dans le rang. Pour la cohésion sociale, il est bon que quelques-uns d'entre eux meurent d'hypothermie tous les ans, et que cela se sache » ! Je dis bien quelques-uns d'entre eux, car à trébucher sur les morts surgelés, accumulés sur le parvis de Notre-Dame un 24 décembre au soir, la moralité publique n'y retrouverait plus ses petits cochons... Ce qu'il faut, c'est de l'hypothermie bien tempérée en quelque sorte. Ni trop, ni trop peu ; visible, mais pas tape-à-l'œil. Il ne doit pas exister d'alternative possible, viable au long cours, au joug de la moralité, c'est-à-dire du travail. Il faut que l'oisiveté se paie. Ce système, on peut le démonter et je m'y livre d'ailleurs avec jubilation dans ma dernière comédie musicale.⁴⁰

Il existe des documents, négociés et approuvés par les associations caritatives, qui définissent l'hébergement d'urgence en hiver en fonction du seuil de température. On ouvre plus ou moins de lits selon qu'il fasse 0°, -5°, -10°, selon qu'il y ait de la pluie, selon les indices de froid ressentis. Il y a là toute une espèce de fantasmagorie, de scientisme météorologico-humanitaro-psychiatrico... Cependant, ces documents nient totalement cette donnée médicale, pourtant élémentaire, que la température intérieure d'homo sapiens est de 36,8° et que, chaque fois que la température extérieure est en deçà, il faut des sources énergétiques pour maintenir cette température intérieure. Lorsqu'on est dénutri, lorsqu'on est insuffisamment habillé, lorsqu'on est mouillé par la pluie ou par l'urine dans ses vêtements, lorsque que l'on est offert à tous vents, l'hypothermie est un problème qui n'a rien de ponctuel, mais qui fait partie du vécu quotidien. A Nanterre, j'ai ainsi vu des personnes littéralement mourir à mes pieds. Elles étaient amenées par des pompiers à la consultation. C'étaient des hypothermiques que l'on récupérait dans le métro où la température approche les 16,5°, des hypothermiques de début d'automne. En effet, contrairement à la cigale et à la fourmi, le clodo souffre en été. Il se dénutrit parce qu'on arrête alors les distributions de vêtements, de nourriture. Pourquoi ? Mais, essentiellement, parce que nous avons chaud et que le moteur de notre identification possible s'éteint.

Tout le monde, de manière plus ou moins ritualisée, dénonce ce système profondément idiot ; que l'on peut continuer à décliner diversement et indéfiniment, car sa résilience négative est extraordinaire. On a beau le critiquer, l'injurier, taper dessus, il revient à l'identique sadique à peu près tous les ans avec l'enthousiaste collaboration d'associations caritatives les plus diverses. Au-delà de la légitimité non critiquable de chaque sandwich donné, de chaque paire de chaussettes distribuée, de chaque nuit offerte, qui constitue l'aspect utile de ces associations, elles sont aliénées sur deux points : le premier est leur incapacité à faire front commun ; le second est qu'elles se font trop souvent le relais de l'idéologie dominante. En effet, ces associations semblent incapables d'organiser une même perception politique, axiologique et philosophique de leur action, et ce, pour des motivations, somme toute assez puérides, de sauvegarde des spécificités propres, d'appartenance à des obédiences différentes, meilleures que les autres, bref par aveuglement narcissique.

⁴⁰ DECLERCK P., « Le Sang nouveau est arrivé : l'horreur SDF ». Op cit.

Et pourtant, toutes, bien plus qu'elles ne se l'imaginent, sont des courroies de transmission d'une axiologie du soin médico-social qui place le travail au sommet de la pyramide des objectifs à atteindre comme finalité thérapeutique. Ce n'est pas l'absence objective de travail qui est insupportable, mais la subjectivité même et le désir du sujet qui ne s'y réfère plus.

Ainsi des centres d'hébergement d'urgence ouvrent-ils dès potron-minet pour mettre, ensuite, les gens à la porte. Ils offrent une bonne nuit de sommeil où les personnes sont réveillées toutes les deux heures par des bus qui arrivent pour déverser d'autres gens. Une nuit suivie d'une douche et d'un petit déjeuner, pour aller bon pied, bon œil, chercher un travail, qui n'existe pas. Mais peu importe, car, si on dit qu'il n'existe pas, on va déprimer tout le monde. Tout le monde ; mais qui ? Les professionnels ou la clientèle ?

Un orateur soulevait à juste titre, tout à l'heure, ces questions : pour qui travaille-t-on ? Qui est, finalement, l'objet des soins ? Essaie-t-on de travailler pour le sujet ? Est-ce qu'insidieusement on ne travaillerait pas pour protéger les professionnels, pour limiter leurs angoisses, leurs dépressions ? On a parlé de coups de parapluie, de solutions sécurisantes, du lien profond existant entre la clinique et le politique...

Voilà des dimensions transférentielles et contre-transférentielles qui sortent du couple soignant-soigné, ou plutôt qui y importent toute une série de choses qui viennent d'ailleurs. Ces dimensions sont au moins aussi déterminantes et prégnantes sinon plus, que la dimension technique de l'entretien, quelle que soit sa finalité avérée. Dans nos consultations individuelles, nous n'échappons jamais à ces enjeux politiques, économiques, anthropologiques ou philosophiques, pas plus qu'à la question de notre angoisse vis-à-vis des pathologies de nos patients, des limites de ce que nous pouvons supporter, entendre, comprendre ; voire de la manière dont nous allons gérer l'écho pathogène de ce matériel, de cette souffrance. Les fous, les malades, les pauvres, les ratés sont contaminants, parce qu'ils nous offrent toujours une représentation de nos fonctionnements mentaux. Freud dit qu'il n'y a d'autre différence que quantitative, entre nos fonctionnements mentaux et que le plus inintelligible des fous n'est jamais qu'une caricature, lointaine certes, mais une caricature quand même de notre soi-disant normalité. Le fou, l'autre, le pauvre, le malade est porteur d'une terreur identitaire que nous avons à gérer. Et nous pouvons le faire de différentes manières : nous pouvons devenir sourds et aveugles ; nous pouvons nous retirer derrière notre blouse blanche ou notre casquette professionnelle ; nous pouvons devenir sadiques, grossiers (ça se voit dans les services) ; nous pouvons éventuellement nous déprimer et nous mettre en arrêt maladie. En cas d'échec de ces différentes attitudes, nous pouvons rêver d'avoir une meilleure formation, c'est-à-dire d'avoir une autre identité : « Ah si seulement j'étais psychiatre ». Les psychiatres s'exclament de leur côté : « On n'est pas là pour s'emmerder à faire de la 'sociatrie', on n'est pas là pour être des gardiens de plantes, etc ».

Nous, psychiatres, psychanalystes, chantres glorieux de l'efficacité technique, nous rêvons en nous disant : « On va refuser l'asile, la mise à l'abri, le long terme. On va intervenir pour établir

des protocoles assignables, pour remettre les gens dans ce qui est trop souvent présenté, et de façon non analysée, comme les merveilles indicibles de la normalité sociale ».

J'aimerais, avant d'ouvrir une discussion que j'ose espérer sportive, attirer votre attention sur un dernier point qui concerne le vocabulaire même de l'exclusion/inclusion. Insidieusement, il véhicule une théorie du bonheur de l'inclusion. Ceux que l'on nomme les « exclus » sont, indifféremment, les femmes battues, les analphabètes, les migrants, les SDF... L'exclusion devient une espèce de boîte noire posée sur toute forme de souffrance existentielle et sociale ; une boîte qui laisse perfidement s'échapper ce petit refrain totalitaire auquel même nos démocraties sociales n'échappent pas, à savoir : si toute souffrance est liée à l'exclusion, quel bonheur indicible doit être l'inclusion dans les bras tièdes et accueillants de notre bonne mère la société !

Merci.

Débat

[Christiane Bontemps] Merci, Monsieur Declerck. Je pense que nous allons tous rentrer ce soir chez nous en nous demandant si nous avons bien fait de rire et de sourire en vous écoutant. Mais je crois aussi que vous nous avez lancé le gant ; alors que le plus sportif se jette à l'eau. Peut-être que les intervenants souhaitent réagir à ce que Monsieur Declerck a dit. Je pense que des liens peuvent se faire avec ce qui a été dit précédemment. Les interventions de la salle sont aussi les bienvenues.

Réactions des intervenants à la table ronde

[Colette Nigot] *Qu'allons-nous faire de toute une série de personnes qui n'ont plus accès au travail - qui est la voie royale pour s'insérer - et qui n'y auront jamais plus accès ? Le type de travail dans lequel ces personnes pouvaient s'insérer n'existe plus. J'ai l'impression qu'en maintenant des politiques qui ne s'orientent pas sur le long terme, il y aura toujours une tranche de la population qui ne va pas s'intégrer dans nos modèles actuels de travail. Il va y avoir de plus en plus de personnes qui vont se retrouver en dehors de tout. C'est une question importante pour l'avenir, même si elle se pose déjà maintenant : « Comment donner des conditions de vie humainement acceptables dans la durée à des personnes qui seront toujours un peu hors circuit, et pour lesquelles il faut concevoir qu'elles le seront toujours » ? Nous y avons déjà réfléchi entre collègues. Nous pensons que l'idée d'« asile » est une piste intéressante. L'asile, dans le bon sens du terme, consiste à pouvoir se poser quelque part, parce qu'effectivement, on n'a pas de lieu ailleurs.*

[Patrick Declerck] Je crois que cette question du travail est fondamentale et elle n'est pratiquement pas analysée. Trop souvent, les professionnels de la santé mentale, y compris les analystes, finissent par sortir cette vieille tarte à la crème : le travail, c'est la santé.

Je rappellerais que dans la Genèse, le travail est une punition de l'humanité. Curieusement, il semblerait que cette dimension de punition du travail soit totalement évacuée de notre discours, de nos représentations.

Si vous lisez « l'Éthique à Nicomaque » d'Aristote, où il se pose la question de la meilleure vie pour l'homme, le travail n'est même pas abordé. Le travail, pour les Grecs, c'est le domaine des esclaves. Un Grec ne travaille pas, il vit de la contemplation, de l'intérêt d'une pensée qui se déploie. Il lit des livres, il contemple le monde, il se balade et c'est bien. Aristote dit que c'est là, avec l'amitié, à peu près ce que l'on peut espérer de mieux.

Le travail est-il un objectif en soi ? On peut en douter. On fait un amalgame entre activité, création et travail rémunéré. Ce sont des notions extrêmement différentes. Hegel, dans la philosophie du droit, explique que l'homme advient à lui-même en humanisant le monde, grâce à la transformation de la nature, etc. Est-ce qu'une personne vit cela lorsqu'elle se lève à 5h00 du matin dans un HLM pourri, dans une banlieue pourrie, pour prendre un bus pourri et aller nettoyer les chiottes d'un bureau pourri où, en plus, elle va se faire mettre la main au cul par le contremaître, le tout pour un salaire misérable ? Est-ce qu'on est vraiment dans quelque chose qui grandit l'homme et qui le conduit à la santé ? Je n'en suis absolument pas sûr.

[Francis Turine] *Vous parliez du livre de Devreux : « De l'angoisse à la méthode dans les Sciences du Comportement », et vous avez fait référence au « coup de pied au cul » thérapeutique. Je trouve que quand on s'interroge sur cette question : « Quand a-t-on envie de secouer le cocotier et de donner le coup de pied au cul thérapeutique ? », c'est toujours lié à l'angoisse. Je pense qu'une bonne partie des questions sur l'accessibilité, en tout cas de notre point de vue professionnel, consiste à interroger ce qui fait angoisse chez soi quand nos repères ne sont pas les mêmes que ceux de nos patients. Votre exposé me faisait en tout cas penser à cela, en lien avec l'accessibilité.*

[Patrick Declerck] Je crois que la question de l'angoisse est absolument fondamentale et elle est d'ailleurs liée au contre-transfert. Le contre-transfert vis-à-vis de ces populations désocialisées est toujours porteur d'une profonde angoisse.

C'est à cause de l'angoisse, entre autres, que les SDF, les clochards, les sans-abris, sont constamment forcés par le système à jouer à la chaise musicale. Ils ne peuvent rester que quelques temps, ou quelques nuits à tel endroit. Ensuite, ils sont renvoyés ailleurs parce que personne ne se fait raisonnablement d'illusion sur leur évolution, compte tenu du caractère chronique de leur état. Des études montrent que seulement 5% de la population qui fréquente des foyers pour travailleurs ou des foyers de formations viennent de la rue. La vie à la rue est un cul de sac existentiel qui se vit et se déploie dans la durée d'une vie ; une vie qui ne dure déjà pas très longtemps. Une étude récente montre que la durée de vie moyenne d'un SDF est de 49 ans. C'est presque 20 ans de moins que la durée moyenne de la population générale.

Pourquoi ne peuvent-ils pas se poser ? Parce que les soignants, les intervenants, les institutions, la société ne peuvent pas supporter l'angoisse de voir des gens qui restent au même endroit. Il faut au minimum se dégager de l'angoisse en changeant de tête. C'est assez paradoxal parce qu'on entend toujours que ces personnes sont fuyantes et qu'on ne peut pas travailler avec ces gens. Mais lorsqu'on leur offre un lieu où ils peuvent un peu s'installer, ils investissent ces lieux et ils s'organisent. Mais, comme on rêve toujours d'une linéarité qui est supposée faire évoluer leur situation vers la normalité, et bien, leurs façons de s'organiser n'intéressent personne. Leurs organisations sont

systématiquement balayées. On les renvoie à la rue, ce qui nous permet de souffler un peu et de recommencer le même scénario avec de nouveaux clients. C'est tragique !

Récemment des gens de la Mairie de Paris m'ont dit : « Monsieur Declerck, on a vraiment pris au sérieux votre théorie. On a créé deux centres d'hébergement qui fonctionnent depuis 3 ans. L'un est doté de vingt lits et l'autre de quarante. On les a offert à des gens qui étaient très malades. On leur a offert un hébergement à durée indéterminée, et ils vont beaucoup mieux ». Alors, j'ai répondu : « Tant mieux ». Et la personne a rajouté : « Oui, mais un des centres, celui qui comporte 40 lits, vient de fermer. Il fallait qu'on récupère les lits pour des malades ». Donc, les personnes qui peuvent bénéficier d'un lit sont « davantage malades » que celles qui ont été mises à la rue. Ces personnes mises à la rue pourront à nouveau bénéficier d'un lit lorsqu'elles seront à leur tour « davantage malades ».

[Jean-Louis Genard] *J'aurais voulu vous interroger sur le concept d'autonomie. Je suis assez d'accord sur l'idée d'une « sur-pression » à l'autonomie. Néanmoins, comment envisagez-vous la finalité de l'intervention thérapeutique ? Chez Freud, par exemple, il y a une anthropologie qui n'est pas celle de l'autonomie, mais celle du désir et des pulsions. Toutefois, la finalité de l'intervention et de la relation thérapeutique relève quand même du domaine de l'autonomisation. Dans votre conception de l'intervention thérapeutique, iriez-vous jusqu'à dire qu'il faut traiter l'autonomie comme une illusion, un processus, ou un vecteur de stigmatisation ? Dans ce cas faut-il mettre cette valeur en dehors de la relation thérapeutique ? Par quoi la remplacez-vous alors ?*

[Patrick Declerck] Dans mon travail psychanalytique avec les patients, j'ai tendance à avoir peu d'ambitions, peu d'illusions. Je crois que l'analyse n'a pas à se donner d'axiologie finale. L'analyse est un cadre, une méthode, un système d'écoute, de mise en discours, de mise en relation qui doit permettre au sujet de devenir un peu plus ce qu'il est. Mais ce qu'il est, et ce qu'il va advenir, ne me regarde pas.

Je pense à des patients homosexuels qui sont souvent assez anxieux, et ne consultent pas pour leur homosexualité mais pour quelque chose d'autre qui leur pose problème et les fait souffrir. Souvent, ils sont anxieux, et ils essaient de voir si vous êtes vous-mêmes gays ou non. Ils essaient de savoir si votre désir insidieux ne serait pas d'en faire de bons hétérosexuels pratiquants. Dans ces cas-là, j'ai l'habitude de leur dire : « Vous donnez ce que vous voulez, ce n'est pas mon affaire. Ce sera peut-être la vôtre ou peut-être pas, peu importe, nous n'en savons rien ». Il y a quelque chose de l'ordre d'un honneur psychanalytique qui vise à respecter la réalité de l'autre et aussi ses dysfonctionnements.

Il y a des gens qui, structurellement, ont besoin de régression, de maternage, d'être étagés, ... Mais ces personnes en ont besoin tout au long de leur vie.

Je me méfie de cet idéal thérapeutique qui conduirait, dans une espèce de linéarité, si l'on fait les choses comme il faut, les psychotiques à devenir des états limites, les états limites à être des névrosés, les névrosés à devenir d'excellents « normaux », comme vous et moi évidemment, fréquentables, et si possible, pères de famille. Je crois qu'il faut respecter les dysfonctionnements de l'autre. La pratique des traitements montre qu'on peut probablement presque tous aller mieux, jusqu'à un certain point. Ce point n'est pas prédictible avant le traitement. « Guérir », je ne sais pas ce que cela veut dire dans le champ de la psychopathologie. Une des grandes leçons de la psychanalyse et de sa pratique consiste à dire qu'on ne fait pas ce qu'on veut avec les gens, c'est-à-dire avec vous et moi, mais on fait ce qu'on peut. C'est tout à fait différent.

[Yves Cartuyvels] Une première remarque porte sur le coup de pied thérapeutique. Vous avez l'air de le critiquer et j'ai envie de vous rassurer sur ce point. Je pense qu'avec le contrat, il va disparaître. L'un des intérêts majeurs du contrat, c'est de permettre de faire l'économie du « coup de pied au cul » thérapeutique ; le contrat va le faire tout seul.

Ma deuxième remarque prolonge la liste de vos pathologies associées au terme travail. Etymologiquement, le mot travail vient du mot torture.

La troisième remarque concerne l'homosexualité. Vous avez un discours extrêmement ouvert, respectueux de la réalité de chacun avec ce qu'il est, et j'adhère absolument à cela. Et derrière ce discours, il y a le terme de dysfonctionnement qui est apparu. J'aurais aimé vous entendre préciser ce concept.

[Patrick Declerck] Vous avez tout à fait raison. Ce terme de « dysfonctionnement », je l'utilise entre guillemets. Je ne crois pas au dysfonctionnement, je crois que c'est un terme opératoire qui renvoie à l'idéologie de la technique. Pour moi, il fait partie de cette même famille de termes que l'adaptation. Lorsque je l'emploie, c'est du point de vue de la conscience naïve ou sadique qui regarde le patient fonctionner, et qui identifie l'homosexualité comme un dysfonctionnement par rapport à une adaptation socialement admise.

Ce qui définit le vrai dysfonctionnement, c'est le sujet lui-même. Je pense que la nosographie, la sémiologie psychiatrique existent. Il y a des symptômes, des signes chez les sujets, qui peuvent être divers, qui renvoient à des pathologies plus ou moins définies. Par exemple, les hallucinations ne renvoient pas à un mode de fonctionnement névrotique. Il y a des choses qui échappent à la subjectivité du sujet. En tant que professionnel, on peut et on doit poser des diagnostics. Il faut savoir à qui on a affaire, et quelle est la logique de notre intervention.

J'ai vu les dégâts causés par des professionnels de la santé mentale, qui se livrent à des simulacres d'écoute psychanalytique, dans le silence, de gens pour lesquels ce genre d'exercice est une contre indication absolue. Ce genre d'écoute silencieuse renvoie certains sujets à l'angoisse du néant, au

vertige, à la décompensation psychotique, voire au suicide... Il ne faut donc pas se tromper de diagnostic ou nier la prégnance du diagnostic par rapport à une méthode. En outre, la vraie écoute psychanalytique ne se déroule pas dans le silence.

Il y a toute une dimension qui relève du diagnostic, qui se rapporte aux signes d'une maladie. On peut discuter de sa pertinence et de sa précision etc., mais elle dépasse et elle n'a rien à voir avec la subjectivité du sujet. Toutefois, la manière dont la personne vit son trouble, son état, ses symptômes, etc, dépend de sa subjectivité et aussi de l'objectivité du regard psychiatrique. Il y a un savoir psychiatrique qui ne fonctionne pas si mal que ça, en général.

Lorsqu'on aborde l'homosexualité, il est intéressant de voir comment le diagnostic devient un objet social. Il y a eu des pressions de groupes gays, aux Etats-Unis, sur les rédacteurs du DSM III, pour que l'homosexualité ne soit plus définie comme une perversion sexuelle. Mais on voulait quand même garder la question de l'homosexualité. Donc, on a fait la distinction entre une homosexualité égo-syntonique et une homosexualité égo-dystonique. Si l'homosexualité est vécue par le sujet comme quelque chose d'étranger, de problématique, d'insupportable, etc, on est dans la logique du DSM III et IV. Si le sujet n'est pas dans cet état, on est dans une normalité, et il n'y a rien à dire du point de vue pathologique à ce propos. C'est un choix épistémologique extrêmement discutable mais c'est ainsi que cela se fait.

Quant au terme « contrat », il est utilisé souvent à tort et à travers. C'est souvent un masque du sadisme, une substitution du « coup de pied au cul » par le chantage. Si vous dites à des gens qu'ils peuvent être hébergés, à condition de remplir un contrat thérapeutique ; qu'ils doivent signer, alors que l'alternative est de crever de froid dehors, ils seront prêts à signer n'importe quoi. Je trouve qu'il est plus sain de parler d'obligation que de contrat. Vous me contredirez si je me trompe, je pense que la notion de contrat en droit, pour être valable, implique une égale liberté des parties contractantes.

[Yves Cartuyvels] *Ce que vous évoquez là c'est, ce qu'on appelle en droit, un contact « synallagmatique ». Il repose sur un équilibre des droits et des obligations entre les deux parties. Ce qui est en train de se développer, c'est ce que l'on peut appeler, un contrat « d'adhésion ». Un contrat d'adhésion repose sur un rapport de force radicalement différent entre les deux parties en présence. Une partie est en mesure de proposer un contrat à l'autre partie avec toute une série de clauses qui ne sont pas négociables. La seule liberté de l'autre partie est d'adhérer ou non. C'est une fausse liberté, mais c'est vers là qu'on va ; la logique contractuelle le permet. Il est clair qu'elle a d'autres aspects aussi.*

[Patrick Declerck] Du point de vue psychanalytique, ces autres aspects véhiculent des formes insidieuses de perversion. Sur le plan psychique, un contrat de cette nature, avec cette mise en scène ritualisée - où vous signez ou vous sortez - est insupportable. Les patients ne sont pas dupes, ils le disent : « On n'a quand même pas le choix ». Leur choix, c'est d'entrer dans un système d'hébergement et

de suivre le règlement même s'il est imbécile, ou bien d'être mis à la porte, à la rue, dans le dénuement absolu. Ce qui est vraiment pervers, c'est que ce contrat doit être accepté de bon gré, car c'est un contrat thérapeutique; donc, c'est pour le bien de la personne. Là, on est dans le sado-masochisme stricto sensu.

En plus, c'est étayé par une notion lacanienne qui est totalement déviée et qui fait école dans le champ médico-social, c'est la notion de « loi ». Dans la théorie de Lacan, la Loi avec L majuscule, c'est la loi symbolique, c'est-à-dire celle du père, c'est la loi structurante. La Loi avec un grand L, ce n'est pas un règlement, ça n'a rien à voir. On a sauté sur ce malentendu parce qu'il permet toute une série de pratiques perverses qui mettent en avant des obligations, voire du sadisme. Le sadisme survient lorsqu'on est supposé avoir de la gratitude parce que c'est pour notre bien.

Echanges avec le public

Monsieur Cartuyvels nous a expliqué que nous sommes passés d'un Etat libéral à un Etat social, qu'on appelle aussi Etat providence. Maintenant, nous sommes dans un troisième Etat qui n'a pas encore d'étiquette, je présume. Ne pensez-vous pas que cet Etat nous frappe d'une certaine cécité intellectuelle ? On semble être de plus en plus conditionné à accepter des choses qui sont dites sans y réfléchir. Comme une intervenante l'a dit : « On envoie des gens vers le travail alors qu'il n'y en a plus ». Etes-vous tous convaincus qu'il n'y a plus de travail ?

La société nous oblige à accomplir le travail qui pourrait être assumé par plusieurs personnes. On doit répondre de plus en plus à des critères de performance, avec des minutages de chaque geste de la vie quotidienne du travailleur. Si une personne sait faire un travail en cinq minutes, demain elle doit savoir le faire en quatre minutes, et le surlendemain en trois. C'est comme cela que ça se passe pour le travail à la chaîne. Lorsque quatre personnes y travaillent, il n'en reste plus qu'une. C'est cette personne qui doit assumer le travail des autres et qui souffre d'une surcharge.

En tant qu'intervenants de la santé, nous avons dans nos salles d'attente, d'une part, des gens qui pleurent parce qu'ils n'ont pas de travail et qui sont déprimés ; d'autre part, des gens qui pleurent parce qu'ils ont un travail qui les tue, parce qu'ils sont surchargés et qu'ils font le travail de plusieurs personnes.

Il faut rectifier : « Le travail est mal réparti » ! C'est aussi un problème de société, on se laisse entraîner et on accepte ce qu'on entend comme un fait certain. N'y a-t-il plus de travail ? Si ! Il y a du travail, mais il n'est pas bien distribué.

[**Colette Nigot**] Je ne disais pas qu'il n'y avait pas de travail ; je disais simplement qu'il y a des gens qui n'entreront pas dans le monde du travail. Je le vois chez nous, au centre de santé mentale. On voit déjà une deuxième génération de patients, et bientôt une troisième, qui n'est pas inscrite dans le monde du travail. Les raisons sont multiples : les patients sont psychologiquement fragiles, il y a un manque de formation, un manque d'accès à la formation... Ces personnes n'ont donc eu aucun modèle de travail dans leur environnement familial. Quand je parle des gens qui n'entreront pas sur le marché du travail, ce sont vraiment des gens « non insérés ». On s'aperçoit qu'ils sont placés, dès leur jeunesse, dans l'enseignement spécial. Puis, ils sont orientés vers des formations qui tournent court. Ensuite, ils passent par des périodes de maladies. Ces personnes sont en dehors du circuit du travail, et elles le resteront vraisemblablement.

[**Jean-Louis Genard**] Je voudrais très brièvement revenir sur les trois formes d'Etats. Je crois qu'il y a un déclin de l'Etat social qui se marque par le retour de l'Etat libéral. Toute une série de régulations qui étaient assurées par l'Etat social cessent de l'être ou le sont moins bien. Elles sont reprises par des logiques sécuritaires qui sont propres à l'Etat libéral. Une nouvelle strate se superpose à cet Etat social ; on l'appelle : Etat réseau, Etat animateur, Etat réflexif. Il existe de nombreux concepts sur le marché des politologues. Nous assistons à toute une série de modifications auxquelles Yves Cartuyvels et Patrick Declerck ont fait référence ; par exemple, la revalorisation de l'autonomie, donc du contrat, et de la responsabilisation des acteurs ; la dimension managériale, avec les exigences d'efficacité ; la question de la globalisation. L'échelle de l'Etat providence était plutôt l'échelle de l'Etat nation, maintenant les sociétés sont globalisées donc il y a des délocalisations, etc. Ça, ce sont des éléments négatifs.

Je pense que des éléments positifs sont les remises en question des politiques, le passage vers une démocratie plus participative ou plus délibérative qu'elle ne l'était auparavant.

Vous disiez que des gens n'ont pas de formation, ne travaillent plus. Moi, je suis persuadée qu'il ne s'agit pas uniquement de gens qui n'ont pas de formation. Je pense qu'on sera amené à rencontrer de plus en plus de gens qui n'auront plus de travail. La société, le néolibéralisme vont amener de moins en moins de travail.

Trois mois après avoir terminé mes études, je n'avais pas encore trouvé de travail. Ma fratrie me dénonçait parce que je ne travaillais pas et toute la famille le savait. Finalement, tout l'entourage a été contre moi. Pourtant, j'ai toujours été assidue dans mes études. Il a suffi que je ne travaille pas pendant 3 mois pour qu'on me dénonce, et qu'on me critique. Pourquoi des gens qui travaillent doivent-ils dénoncer à tel point des gens qui ne travaillent pas depuis si peu de temps ? Selon moi, ça révèle un malaise chez les gens qui travaillent. Si le travail donne une bonne santé, pourquoi les gens qui ont du travail dénoncent-ils ceux qui n'en ont pas ? Ils devraient dire : « pauvres d'eux ». Or, c'est le contraire qui se passe.

Ça me fait penser à Kant ou Nietzsche qui disaient: « Celui qui n'a pas une chose a du ressentiment et il finit par dénoncer cette chose ». C'est vraiment cela que j'ai ressenti fortement et qui m'a beaucoup freinée pour trouver du travail.

[Patrick Declerck] Le ressentiment est un concept de Nietzsche, qui est extrêmement important, même du point de vue psychanalytique, pour comprendre l'ambivalence vis-à-vis de la pauvreté. On distingue constamment le pauvre méritant et laborieux qui est un brave homme qu'il faut aider, et auquel on s'identifie, des pervers sociaux. Ceux-ci sont présentés comme des monstres qui ont choisi l'oisiveté et ses délices, comme l'alcool...

On ne demande pas aux pauvres d'avoir nécessairement du travail, on leur demande de mettre en scène leur recherche de travail, c'est-à-dire, au minimum, leur désir de travail et de normalité. Il y a un ressentiment phénoménal de la part des gens qui travaillent contre ceux qui apparaissent comme des oisifs. Au fond, le désir secret des gens qui travaillent est de ne pas travailler. Ils ne supportent pas de voir l'oisiveté des autres mise en scène.

Le paradoxe, c'est que les SDF sont présentés comme des gens incapables de faire quoi que ce soit, comme des oisifs désorganisés, paresseux... Pourtant, pour survivre jusqu'au lendemain, ils doivent dépenser une énergie infiniment supérieure à celle que nous devons dépenser pour nous maintenir dans notre situation sociale. Ce qu'on oublie, c'est que la pauvreté et l'oisiveté sont un esclavage absolu du sujet. Le pauvre est astreint à l'immédiateté de ses besoins physiologiques. Dans cette situation, il doit toujours passer sa vie à survivre et non pas à vivre.

D'un point de vue psychopathologique, on peut penser que le destin d'un SDF qui se structure dans cet esclavage, pour des tas de raisons, offre aussi à ses pairs, qui sont malades psychiquement, un bénéfice secondaire pathologique. Ce bénéfice consiste à écraser la conscience, à ne pas permettre un regard sur soi qui apparaît comme étant trop angoissant.

J'aimerais revenir sur l'autonomie qui a été évoquée précédemment. Lorsqu'on travaille en pédopsychiatrie, il y a, en plus du travail thérapeutique, tout un travail pour encourager l'émergence du sujet. Cela touche à l'éducation : apprendre à s'habiller, apprendre toutes sortes de choses qui rendent la vie en société plus facile. Les enfants dont nous nous occupons sortiront un jour de la pédopsychiatrie. Tout cet apprentissage éducatif va les aider à trouver une place à l'extérieur. Parfois, des réflexions nous sont faites : « Faut-il scolariser ou non ces jeunes en sachant que certains ne devraient plus être en psychiatrie mais aussi qu'ils n'ont pas envie d'aller à l'école, ou bien qu'ils n'ont aucun intérêt pour celle-ci ». Cependant, pour trouver une structure d'hébergement en dehors de la psychiatrie, il faut aller à l'école. En tant qu'intervenant, on est parfois bien obligé de scolariser ces jeunes.

Je voulais vous dire merci. Votre livre m'a fait un bien fou. Je me sens vraiment moins seule et je me dis en tant qu'usagère : « Je ne suis pas folle du tout et je vois bien clair dans ce qui se passe ». Je voulais vous demander votre sentiment par rapport aux politiques : avez-vous l'impression d'être entendu ? Je voudrais que vous parliez un peu plus de ce sujet.

[Patrick Declerck] Merci. Moi aussi je me sens moins seul. Je crois que ce livre, comme ce discours que je tiens d'une manière générale, sont bien reçus. Ils font écho aux angoisses et aux souffrances des professionnels qui travaillent cliniquement avec les sujets dont nous avons parlé. Souvent, ces professionnels se sentent pris entre les besoins des patients, qu'ils ne peuvent pas satisfaire, et les pressions institutionnelles, politiques, sociétales. Ces professionnels et moi tenons des discours qui se rejoignent sur les points essentiels et qui établissent les mêmes constats.

En revanche, lorsque je parle du sadisme sociétal, de ses logiques politiques, et non plus simplement du pathos, du sentiment du pauvre SDF qui souffre et meurt de froid, je me heurte à beaucoup plus de méfiance. Je pense être perçu comme étant gravement cynique par des dirigeants politiques français et aussi par des sociétés caritatives, religieuses ou laïques. Mais leurs indignations sont tout de même ritualisées et saisonnières, car il ne faut fâcher personne. En fin de compte, on passe quand même à la caisse de l'Etat.

Je voudrais vous dire quelque chose : « Vous m'avez beaucoup énervée intérieurement ». Vous avez des propos intéressants et je vais encore y réfléchir ce soir. Mais concrètement, je ne comprends pas le conseil pratique que vous nous donnez par rapport aux SDF. C'est peut-être moi qui ne vous ai pas bien compris. Je trouve que votre discours est peu encourageant. On ne sait pas si on doit espérer que les SDF sortent de leur situation ou, plutôt, qu'ils meurent vite.

[Patrick Declerck] Si je vous ai énervée à ce point, c'est probablement parce que j'ai insisté sur la question suivante : « Comment les soignants gèrent-ils leurs angoisses et leurs dépressions » ? Ce problème se pose de façon structurelle.

Je pense aussi que la psychanalyse n'est pas seulement une posture thérapeutique, mais aussi une philosophie de l'existence, une anthropologie de l'homme, une manière de voir le monde et de voir l'avenir. La psychanalyse porte un message qui n'est pas euphorique. Ce n'est pas un message d'encouragement militant mais un message de soupçon, non seulement vis-à-vis des malades, des névrosés, des patients, mais aussi vis-à-vis de l'humanité et de l'homme en général. Je suis profondément freudien dans le sens où je pense que l'humanité ne marche pas.

[Yves Cartuyvels] J'ai été assez touché par la dernière intervention venant de la salle que je trouve très juste. Cette intervention relaye une question à laquelle nous sommes tous confrontés, lorsque nous rejoignons le type de discours que vous tenez, Patrick Declerck. C'est un discours de la dénonciation critique, qui est plein d'humanisme et de bons sentiments. Mais une question reste en suspend : « Que faire après avoir dénoncé ? »

Il est vrai que Freud avait une vision très pessimiste de l'humain et du social. Mais il avait aussi tout de même une vision de progrès. Il se posait aussi cette question : « Comment essayer de faire évoluer les choses avec cette sale bête qu'est l'humain ? »

Soit on est dans un pessimiste radical, soit on accepte de se questionner, dans un environnement qui n'est pas porteur, sur les stratégies pour essayer de faire bouger les choses. C'est la raison pour laquelle j'ai conclu, tout à l'heure, sur l'articulation de la clinique et de la politique. C'est l'une des manières d'essayer de faire bouger les choses. Je crois qu'on ne peut pas se contenter du discours de la pure dénonciation.

[Patrick Deckerck] On peut effectivement espérer des victoires de la part des individus, dans le meilleur des cas. Freud dit qu'elles sont fragiles, limitées dans le temps et l'espace. On va pouvoir récupérer du terrain sur l'inconscient mais, finalement, la pulsion de mort a tendance à triompher, avec un succès qui avoisine les 100%. Là, nous avons une vraie différence philosophique. Je pense que Freud et moi, humblement après lui, ne voyons pas d'avenir collectif, ni de progrès collectif. C'est pourquoi il y a un malaise dans la civilisation. Freud n'a pas été suivi sur ce point par beaucoup d'analystes dépassés par leur pulsion de réparation et leur humanisme militant, que je ne partage pas.

Recommandations

Pour un meilleur accès aux soins en santé mentale

Introduction

Les recommandations proposées dans cette dernière partie du cahier ont été préparées lors des ateliers du colloque.

Cinq tables rondes s'étaient au préalable penchées successivement en 2005 sur l'accessibilité aux soins en santé mentale par tranche d'âge. Elles avaient permis d'établir un premier état des lieux de l'accès aux soins en santé mentale en Wallonie. Sur base de ces constats, il s'agissait pour les 250 participants au colloque de se mettre au travail sur la recherche de solutions. Les pistes se sont multipliées...

Les recommandations correspondent à l'ensemble des propositions recueillies auprès des intervenants, assorties d'illustrations concrètes. Elles se déclinent sur 5 axes qui suivent le parcours de l'usager et s'adressent tout autant aux intervenants qu'aux responsables politiques.

Ce texte entend témoigner d'un « possible » en matière d'accès aux soins. Il constitue une base de travail et de réflexion pour tout qui pourra les mettre en œuvre concrètement, les soutenir ou encore, en bénéficier.

> Un 1^{er} axe de recommandations porte sur le travail à mener en amont auprès du public et des intervenants de 1^{ère} ligne

Soutenir un travail de prévention, de sensibilisation, d'information

« Parlez-moi... de santé mentale ! » pourrait être le maître mot de ce premier axe. Un important travail d'information pour tout public reste en effet à poursuivre, via les médias notamment, dans les écoles, dans les lieux publics, ... mais également dans des lieux de solidarité, de liaisons sociales comme on les qualifie aujourd'hui, des lieux qui, il faut le dire, restent bien souvent à (re)créer...

De l'information à diffuser largement donc, à Monsieur et Madame toutlemonde, pour faire savoir que chacun peut être confronté un jour à des problèmes de santé mentale et que l'on peut être aidé.

Lorsqu'on a besoin d'une aide, il faut en outre pouvoir trouver de l'information, juste et claire, adaptée à ses besoins, via des lieux, des brochures ou des services d'aide par téléphone, qui en facilitent l'accès.

Question sensibilisation, une attention particulière doit être portée aux intervenants de première ligne afin de leur permettre d'être plus à l'aise pour pouvoir décoder les souffrances psychiques, naissantes ou avérées, y répondre eux-mêmes, les accompagner ou les relayer si nécessaire vers des services spécialisés.

Et lorsque la maladie est là ... pouvoir en parler permet d'éviter les rechutes. La mise en place de groupes de parole et d'entraide pour les usagers et pour leurs familles est une formule qui a fait ses preuves. Les groupes de parole vont progressivement permettre à chacun de mieux comprendre la maladie et donc de mieux la gérer.

> *Un 2^{ème} axe porte sur l'accueil des personnes en souffrance*

Adapter l'accueil aux personnes et à leurs besoins

« En souplesse ! » pourrait être le mot clef de ce deuxième axe qui s'appuie sur le fait que chaque personne est unique.

Tout d'abord, il faut rappeler sans cesse que l'usager reste acteur de son devenir. Même désorienté ou en souffrance, l'usager est avant tout une personne, un citoyen. Il doit pouvoir poser ses propres choix dans les orientations qui le concernent et chercher, lui-même, des solutions aux problèmes qui l'affectent. Le rôle du professionnel sera essentiel pour l'aider à trouver une réponse qui lui convient, à la faire sienne et à préparer son autonomie future.

Chaque demande est donc une demande nouvelle et la réponse tiendra compte de la spécificité de chaque situation. Les professionnels ont besoin de balises dans leur travail, mais ces repères constituent une base à « bousculer » au profit de la personne qui demande de l'aide... et non l'inverse !

Penser le soin pour mieux l'adapter à la demande doit rester un questionnement permanent au sein des équipes. Il se décline à différents niveaux : espace, temps, cadre thérapeutique, fonctionnement et langage.

Et pour tous ceux qui ne formulent pas de demande..., développer une approche proactive qui leur ouvre, à eux aussi, les portes du soin est indispensable lorsqu'on se sent investi d'une mission de service (au) public.

Ce 2^{ème} axe se traduit concrètement dans des modalités de mise en œuvre comme la mise à profit des périodes d'attente liées aux délais de prises en charge, l'accueil du patient et la promotion de l'approche généraliste ; l'extension des horaires, le développement des prestations hors des murs, à domicile ou dans d'autres services ; l'adaptation du fonctionnement interne ou encore une réflexion sur les critères d'admission, la préparation de la fin de la prise en charge, de la sortie ou de l'accompagnement vers un autre service ... Encore faut-il que les équipes obtiennent les moyens pour les réaliser.

> *Un 3^{ème} axe porte sur le suivi de l'urgence*

Répondre aux situations d'urgence avec toutes les forces vives existantes

Il y a urgence et urgence !

Pour pouvoir trouver une réponse appropriée aux situations d'urgence qui constituent, sans conteste, une des portes d'accès aux soins en santé mentale, il est essentiel de bien distinguer les crises liées au contexte social ou familial des réelles décompensations psychiatriques.

Et puisque tout n'est pas « psychiatrie », il n'y a donc pas lieu de « psychiatiser » - sans pour autant banaliser - ce qui représente tout de même près de trois quarts des situations d'urgences « psy »... Place à la concertation pour utiliser les relais existants. Encore faut-il s'organiser pour les mettre en lien, et peut-être... un jour !... en augmenter les moyens.

Trouver une place adaptée pour ces situations, là où elles se déposent, reste un défi ! Pour les accueillir dans de bonnes conditions, créer ou réserver quelques lits d'urgences psycho-médico-sociales 24h sur 24 dans les services existants semble être une piste intéressante !

Et pour éviter l'encombrement des services d'urgence, pourquoi ne pas s'organiser pour que les situations de crise puissent se déposer ailleurs, surtout quand elles ne réclament pas de traitement médical ?

La prise en charge de ces entrées par la porte des urgences suppose la mise en place de relais rapides et efficaces. On ne pourra y arriver sans associer les intervenants de première ligne au suivi, voire à l'accueil de ces situations. On pense notamment aux médecins généralistes pour garantir, tant que faire se peut, une continuité dans le travail, ou aux services sociaux (CPAS, service de logement, ...), prêts à chercher des solutions pour rencontrer les besoins primaires de ces personnes en crise. Il s'agit là d'un témoin à passer, si possible, au sein-même du service d'urgence, dès que la crise a pu se déposer et être entendue, ... pas trop vite et pas trop tard !

En amont, des modalités de travail pourraient s'envisager pour permettre de répondre aux urgences sans devoir faire le crochet par l'hôpital ; par exemple, via des services de garde ou des équipes mobiles, comme cela se fait dans d'autres secteurs de soins de santé, via l'accueil de la crise dans des services ambulatoires ou via la création d' « espaces tampons » non hospitaliers qui permettraient aux personnes désorientées de se déposer quelques jours, de souffler et de chercher, avec de l'aide, des bonnes solutions, le tout au bénéfice de la prévention.

> Un 4^{ème} axe porte sur la prise en charge proprement dite

Assurer une prise en charge globale et continue

Les acteurs, patients compris, sont unanimes pour soutenir que c'est en considérant la personne dans son ensemble qu'on lui apportera l'aide la plus appropriée.

Même si le travail proprement dit se répartit selon les compétences de chacun, il est incontournable d'envisager ensemble les différentes facettes des besoins de la personne. C'est là que se situe notamment l'intérêt du travail en réseau.

Pour y arriver, les idées ne manquent pas... L'articulation des soins dans la continuité peut reposer, par exemple, sur un référent qui garantit le fil rouge du suivi du patient ; et des expériences dans ce sens témoignent de l'intérêt d'un réel accompagnement de la personne qui se sent alors soutenue dans une démarche qu'elle peut se réapproprier.

Cette réflexion sur la prise en compte de l'ensemble de la situation suppose, en amont, une inter-connaissance entre partenaires, mais aussi l'établissement d'un processus de réflexion tant sur les modalités de travail (le développement de nouveaux modèles) que sur les modalités de communication (respect du secret professionnel, par exemple). La concertation est un processus long et lent, qui ne se met en place que petit à petit.

Tous ceux qui ont participé à la réflexion ont en outre souligné qu'une bonne articulation sur le terrain ne peut se construire suffisamment bien que sur base d'une bonne articulation au sommet, entre les autorités respectivement responsables des secteurs concernés.

> Un 5^{ème} axe porte sur l'aval

Intégrer le soin dans un « après »

« Demain commence aujourd'hui... ! ». Penser l'autonomie ou, le cas échéant, le relais de l'aide dès le départ semble aller de soi pour l'ensemble des acteurs. Pour chaque personne, il s'agira de trouver une solution à long terme, qui tienne compte de son parcours, de ses ressources et de ses projets. Parfois le temps dont on dispose est très court et il faut pouvoir saisir le moment.

Des solutions existent. On pense notamment, pour les patients chroniques stabilisés, aux structures dites « intermédiaires » qui se situent au croisement de l'ambulatoire et de l'hospitalier.

Un des éléments essentiels de cette réflexion s'appuie sur le principe que la réinsertion passe avant tout par la cité... Et si la région dans laquelle on travaille est ouverte aux personnes en difficultés qui pourront ainsi facilement trouver leur place de « citoyen comme tous les autres », tant mieux ! Mais ailleurs - et c'est souvent le cas - les espaces ouverts sont à créer. C'est alors de notre responsabilité de professionnels de la santé mentale d'y participer. Les aider à atteindre ces idéaux via des projets qui tiennent compte de leurs difficultés peut les aider à maintenir leur santé mentale dans la durée.

Recommandation n°1

Soutenir, en amont, un travail de prévention, de sensibilisation, d'information

Postulat

• 1.1. Penser la prévention autant que le soin

Si le thème du colloque était l'accessibilité aux soins en santé mentale, les participants n'ont pas pour autant éludé la prévention qui se situe en amont de l'aide et des soins. Celle-ci permet parfois d'éviter la mise en œuvre d'un réel arsenal thérapeutique ou, au moins, de proposer une aide moins lourde, et donc moins coûteuse.

Œuvrer à l'amélioration de l'accès aux soins, c'est donc aussi soutenir et développer la prévention, par exemple via des actions de sensibilisation à la santé et à la maladie mentale, via une bonne information sur les ressources disponibles, ou via des projets ciblés de prévention primaire.

Recommandations générales

• 1.2. Développer des lieux communautaires favorisant le bien-être social

Il semble que de nombreuses prises en charge soient « psychiatisées » alors qu'elles ne le devraient pas, notamment des situations de pauvreté, parce que des comportements ne « cadrent » pas avec la norme. A notre époque, il manque de lieux de solidarité, d'endroits où parler.

Il faut aussi savoir que les problèmes de santé mentale s'inscrivent par ailleurs dans une culture et une société définies.

> Des initiatives citoyennes polyvalentes, par exemple, proposent des groupes de paroles et d'entraide, des conférences-débats, des activités, où peuvent se déposer des difficultés d'ordres divers et où le divertissement et le bien-être sont stimulés.

• 1.3. Parler de santé mentale au tout public

Se faire entendre par le « tout public » n'est pas facile car le terme « santé mentale » est particulièrement ardu à déstigmatiser. Pourtant, un travail pourrait être réalisé pour mieux faire connaître les troubles psychiques, d'une part, mais aussi pour sensibiliser tout un chacun à prendre soin de lui, de son bien-être.

Comment s'y prendre ? Plusieurs pistes :

- 1.3.1. En faisant passer des messages dans des médias « tout public », tout en restant attentif à la manière dont le message sera véhiculé ainsi qu'aux conséquences qu'il pourrait engendrer.
- 1.3.2. En proposant à la population des lieux accessibles pour une écoute et ce, dès le plus jeune âge.
 - > Les « bébés rencontres », par exemple, y contribuent en proposant des espaces et des moments où les parents peuvent venir avec leur enfant de moins de 3 ans pour échanger sur leurs craintes, leurs astuces, leurs connaissances, etc., avec, à la clef, un travail de prévention, une forme de soutien positif et, le cas échéant, une possibilité de dépistage précoce.
- 1.3.3. En sensibilisant les jeunes via les écoles. Pour ce faire, il est important de viser une bonne « accroche » des jeunes dans le cadre d'échanges ou via des supports actuels qui les intéressent comme l'ordinateur, par exemple.
 - > Des centres de planning familial, notamment, organisent dans les écoles des activités d'information à la demande permettant notamment de créer un lien, de donner des informations, d'aborder certains thèmes (la santé mentale, la sexualité,...), de démystifier certaines choses et d'inciter à faire appel à des services en cas de besoin.
 - > Des organismes de promotion de la santé réalisent également des outils informatifs et réflexifs autour du bien-être.

▪ 1.4. Donner aux enseignants et aux autres intervenants de première ligne des outils pour détecter les difficultés

Il s'agit de donner aux enseignants et aux intervenants en contact avec des enfants et des jeunes des repères cliniques, des outils pour les aider à détecter rapidement un problème qui se pose (par exemple, avant un suicide) et pour leur permettre d'orienter les jeunes en souffrance, voire de leur apporter une réponse.

- > Des conventions sont ainsi parfois passées entre établissements scolaires et Services de santé mentale afin de prévoir du temps de consultation pour les élèves en cas de besoin et d'outiller les professeurs face aux difficultés de santé mentale.

▪ 1.5. Promouvoir l'accompagnement et l'information de la famille et de l'entourage des usagers

Il existe un vide en matière de prise en charge du système familial. En effet, lorsqu'une personne présente des troubles psychiques, sa famille souffre de la situation et, parfois, volontairement ou

non, celle-ci peut exercer une maltraitance psychologique à l'égard du patient par le rejet ou la stigmatisation. Il est important de soutenir et développer une approche qui associe la famille à la prise en charge et qui permet de restaurer la communication, et ce dans plusieurs objectifs :

- 1.5.1. Pour travailler les représentations des familles : le vécu du patient est d'autant plus difficile s'il y a de l'incompréhension de la part de ses proches. Bien souvent, lorsqu'un patient qui va mieux revient dans sa famille et que les représentations n'ont pas changé au sein de celle-ci, les problèmes reviennent.
- 1.5.2. Pour donner aux familles des outils qui leur permettent d'agir suffisamment tôt lorsqu'un problème se pose, ce qui évite les complications.
 - > Des informations, des rencontres, des groupes de psycho-éducation pour les parents sont autant d'initiatives mises en place par les associations d'usagers et de familles pour effectuer un travail sur les représentations.

▪ 1.6. Diffuser de l'information sur les aides existantes tant pour les personnes en difficulté que pour les professionnels

Il existe des lignes téléphoniques auprès desquelles les personnes peuvent trouver une écoute et/ou être renseignées sur les services d'aide. De même, de telles lignes peuvent ou pourraient informer les professionnels des ressources possibles en termes de réseau, de relais.

- > Les services de Télé Accueil se présentent comme des alternatives aux urgences, des lieux d'écoute téléphonique, ouverts 24h/24, également le week-end et partout en Wallonie. Entièrement gratuits, ces services permettent de réduire la première urgence en désamorçant la crise, de réorienter vers un service mieux adapté, de fournir un point d'ancrage pour la personne par la relation de confiance qu'ils restaurent.
- > La Fondation Julie Renson propose une base de données actualisées reprenant les services et leurs compétences, avec plus ou moins de détails selon le public auquel elle s'adresse.
- > On peut noter le « projet Eole » qui a débuté à Bruxelles en 2005 ; une antenne Eole devant être disponible en Wallonie et une en Flandre dès 2007. Il s'agit d'une équipe multidisciplinaire qui répond par téléphone aux questions des professionnels, surtout à celles des intervenants de première ligne et en particulier celles des médecins traitants. Il s'agit d'un travail de dédramatisation (donner des adresses, fournir des fiches informatives sur certains troubles,...) lorsque des intervenants sont confrontés à des patients en crise, qu'ils ne peuvent gérer. Eole prend l'initiative de contacter d'autres services pour s'assurer de leurs compétences et de leurs disponibilités pour l'orientation et la prise en charge de patients. L'équipe ne se déplace toutefois pas à domicile en cas d'urgence; ce qui, aux dires de certains intervenants,

constitue une limite du projet. Si Eole peut constituer une véritable plaque-tournante de l'information gravitant autour de la santé mentale, il y a toutefois lieu de s'interroger sur la pertinence d'une telle antenne à un niveau wallon : ne faudrait-il pas organiser des antennes par province ? Pourquoi pas en lien avec les Plates-formes de Concertation en santé mentale qui ont une bonne vue d'ensemble du secteur ? Pour les médecins généralistes, une information peut aussi s'envisager via leurs cercles qui couvrent toute la Wallonie et qui ont notamment une mission d'information.

Recommandations politiques

▪ 1.7. **Articuler, voire réunir les compétences en matière de santé mentale au sein d'une même tutelle ministérielle**

Le motif avancé est qu'il est vain de penser une politique de soins de santé sans penser simultanément le volet prévention. Or, à l'heure actuelle, le premier dépend de la Région wallonne et le second de la Communauté française. Réunir les deux serait plus cohérent, au bénéfice des personnes en difficulté.

▪ 1.8. **Sensibiliser les intervenants de première ligne à l'écoute et à l'accompagnement des patients qui présentent des problèmes de santé mentale**

La formation des professionnels de première ligne à ce sujet (médecins généralistes, infirmières, urgentistes, etc.) est encore relativement lacunaire. La développer permettrait d'améliorer l'écoute et réaliser l'accueil de la demande dans de meilleures conditions, de manière à aboutir, si besoin, à un relais vers les services ad hoc.

- > Des services ambulatoires ou des coordinations de soins à domicile réalisent, entre autres choses, ce travail d'information et de formation auprès d'autres professionnels, mais c'est loin d'être généralisé.

▪ 1.9. **D'une manière plus générale, instaurer des lieux, autres que les services d'urgences, où peut s'exprimer le mal-être sociétal**

Ce mal-être et cette souffrance ne trouvent en effet plus de place dans une société fonctionnant non plus sous le mode de l'appartenance, mais plutôt sous le mode de l'intégration/exclusion.

- > Les lignes téléphoniques sus-citées vont dans ce sens. Les maisons d'accueil, trop peu nombreuses, également.

Recommandation n°2

Adapter l'accueil aux personnes et à leurs besoins

Postulats

- 2.1. Avoir une souplesse d'organisation pour prévoir un accueil adapté aux besoins de chaque personne

- 2.2. Faire en sorte que l'usager puisse être acteur de son devenir

Même désorienté ou en souffrance, l'usager reste avant tout une personne. Il doit pouvoir rester acteur de son parcours, poser ses propres choix dans les orientations qui le concernent et chercher, avec de l'aide, des solutions aux problèmes qui l'affectent (concept de l'empowerment). Cela nécessite de mettre en place une assistance concrète. Le rôle du professionnel sera essentiel pour l'aider à trouver une réponse qui lui convienne, à la faire sienne et à préparer son autonomie future. Cela peut passer par une réappropriation par le patient des outils qui lui permettront d'aller mieux, en lui restituant un « savoir faire ».

> Des initiatives comme les groupes d'entraide aident précisément le patient à reprendre le pouvoir moral sur sa vie et s'inscrivent dans cette démarche.

- 2.3. Tenir compte de la spécificité de chaque situation et de son histoire

Cela peut se décliner de plusieurs manières. Entre autres :

- 2.3.1. En invitant aux réunions de professionnels des « intrus » qui apportent un regard extérieur, sans être impliqués personnellement dans la situation de l'usager, et qui incitent à une certaine réserve.
- 2.3.2. En utilisant un « dossier de continuité des soins de l'usager », reprenant les notes des professionnels sur la situation du patient. Le contenu serait négocié et mis à disposition du patient qui aurait la liberté de le transmettre ultérieurement ou non aux intervenants qui prendraient le relais.
- 2.3.3. En permettant à l'usager d'inviter des personnes, qu'il s'agisse de professionnels ou non, lors de réunions d'intervenants centrées sur sa situation.

▪ 2.4. Garder en permanence à l'esprit la question de savoir si le service proposé offre bien l'aide ou le soin adéquat

Penser le soin autrement afin de mieux s'adapter à la demande repose sur ce questionnement, qui se décline à plusieurs niveaux : temporel (quand et combien de temps ?), spatial (où ?) et thérapeutique (comment ?).

Recommandations générales

▪ 2.5. Être attentif à l'écoute, au langage employé et à la communication entre l'usager, sa famille, les soignants et les institutions

Parfois, la personne doit déposer son histoire à plusieurs endroits avant d'être entendue, ce qui est décourageant. En tant que professionnel, il est important d'adapter son langage à celui de son interlocuteur, de réinventer à chaque fois l'accueil et l'aide proposée. Il est essentiel aussi, pour favoriser la communication et l'écoute, que l'institution puisse disposer d'un lieu spécifique pour cette rencontre.

▪ 2.6. Accueillir systématiquement toute adresse comme une demande et y répondre concrètement, quitte à la réorienter vers un service plus adéquat après un premier entretien

Il est essentiel de laisser le sujet choisir son « adresse » et de pouvoir entendre la demande là où elle se présente. On trouve, à ce propos, différents cas de figure :

- > Certains services, notamment des services de santé mentale (SSM), refusent de prendre en charge les personnes qui n'émettent pas de demande, au sens psychothérapeutique du terme. Or, formuler de manière claire une demande est particulièrement difficile pour des personnes démunies ou précarisées.
- > D'autres services (y compris certains SSM) accueillent toute adresse, convaincus que le fait de décrocher son téléphone est à considérer comme une demande en soi.
- > Pour les demandes qui sont amenées par des personnes tierces, des modalités peuvent être aménagées afin que la demande personnelle de l'usager aboutisse.

▪ 2.7. Développer une approche proactive afin d'atteindre les personnes en souffrance ne parvenant pas à formuler une demande

La détresse de certaines personnes n'est pas formulée ; elle est relayée par des acteurs dits « de

première ligne ». Répondre à la demande là où elle se trouve, compte tenu de la manière dont elle est formulée ou encore favoriser son émergence n'implique pas toujours une psychothérapie. Elle suppose une démarche de rencontre avec un tiers ainsi qu'un travail de soutien et d'accompagnement auprès de ces personnes qui n'expriment pas clairement de demande. Des services ambulatoires s'inscrivent déjà dans cette dynamique, mais ce n'est pas généralisé.

▪ 2.8. Sensibiliser les professionnels à l'accueil et au travail préliminaire de la demande pendant la période d'attente

Lorsqu'il y a un délai d'attente, qui peut se prolonger plusieurs mois avant la prise en charge, certains services (centres de jour, par exemple) mettent à profit ce délai pour travailler la demande dans le cadre d'entretiens avec le patient (et sa famille, le cas échéant). Ils peuvent ainsi voir si celle-ci est adressée au service le plus adéquat et préparer le travail clinique. Ce travail permet non seulement de soulager la personne (qui est déjà écoutée dans sa plainte), mais aussi de gagner du temps par la suite, lors de la prise en charge (prendre du temps est déjà thérapeutique). Parfois, cela suffit même à désamorcer le problème et à éviter la prise en charge. Un obstacle de taille à la réalisation de ce travail est qu'il n'est pas reconnu et est donc réalisé à titre bénévole.

Dans le même ordre d'idées, certains services de santé mentale, où le délai d'attente est souvent une réalité, ont mis en place une équipe « accueil » qui seconde la secrétaire dans la gestion des demandes et apporte une première écoute à la personne, ce qui peut lui procurer un certain apaisement.

Dans d'autres équipes enfin (SOS Enfants, par exemple), ce travail réalisé autour de la demande est reconnu et fait partie intégrante de l'accompagnement.

▪ 2.9. Adapter les modalités d'accueil aux différentes catégories de populations et de problématiques

Pour que les soins en santé mentale puissent s'adresser au tout public, il est important de tenir compte des spécificités propres à chaque catégorie de population. Qu'il s'agisse d'enfants, de mères seules, de « sans emplois », d'adolescents, de réfugiés, de personnes âgées, etc., ou de problématiques spécifiques comme la toxicomanie, l'autisme, le handicap, le stress post-traumatique, les troubles psychiatriques chroniques, etc., il s'agit d'« inventer », à chaque fois, un mode d'intervention pour chaque (type de) situation particulière. Par exemple : apprendre à travailler avec un interprète, développer le suivi à domicile ou en institution, proposer des permanences d'accueil, trouver des modalités particulières (le jeu, par exemple) pour entrer en relation, etc.

Recommandations spécifiques

▪ 2.10. Identifier précisément, avec la personne, la pyramide de ses besoins (sociaux, psychologiques, etc.)

Lorsque des problèmes de santé mentale apparaissent, il est important de pouvoir les resituer dans leur contexte et leur prise en charge ne constitue pas toujours une priorité pour la personne. Par exemple, une maman en dépression post-partum a parfois plus besoin d'une aide à la maternité qui, en la soulageant, pourrait aussi résorber ses symptômes. Une personne victime de harcèlement moral a surtout besoin d'un bon syndicat qui écoute sa plainte et la défend. Une maman en détresse, seule avec 4 enfants, ne pourra se retourner sur elle-même et prendre du recul tant que sa famille sera logée dans un deux pièces. Déterminer l'ordre de priorité des besoins est primordial pour y répondre correctement.

▪ 2.11. Eviter une trop grande spécialisation des services, réduire les critères d'exclusion et miser sur la concertation

Si certaines problématiques demandent une approche toute particulière, le développement de services spécialisés et une trop grande spécialisation de professionnels basés sur un seul symptôme induit certains questionnements. Qu'en advient-il par exemple des situations dans lesquelles les personnes sont à la frontière du diagnostic ou cumulent plusieurs difficultés et ne trouvent pas d'aide ou sont renvoyées d'un service à l'autre, sous prétexte de ne pas correspondre exactement au « public cible » du service ? S'il est important de conserver des secteurs spécifiques et des équipes « pointues », il faut veiller à préserver, et même à privilégier des lieux ou des services permettant un accueil global de l'individu, et à s'organiser en réseau pour apporter une réponse adaptée à chaque situation particulière.

▪ 2.12. Ajuster les heures d'ouverture des services ambulatoires en fonction de la demande : consultations en soirée et permanences le week-end

Le décret des services de santé mentale prévoit de proposer un accueil en dehors des horaires habituels de bureaux, le samedi matin et/ou un soir par semaine. Dans les faits, il semble que ce ne soit pas toujours le cas et que, dans la réalité, les heures d'ouverture ne soient pas vraiment adaptées ni à une population scolarisée ni aux travailleurs. Il est important de pouvoir aider les personnes en fonction de leurs disponibilités, quel que soit le cadre de prise en charge. Cette exigence demande un engagement et une souplesse à la fois de la part des travailleurs, mais aussi de l'employeur.

- > Certaines initiatives d'habitations protégées, des centres de planning familial, des services d'intervention de crise ouvrent jusque 19h, parfois même au delà, certains jours de la semaine.

▪ 2.13. Adapter la temporalité de l'offre à celle du patient

Certains patients ont besoin - pour parler, être à l'aise, se sentir écoutés,... - de plus de temps que d'autres. Pour y répondre, les intervenants tentent de se dégager des entretiens « à la chaîne » au profit d'entretiens « à la carte »... C'est déjà une réalité dans beaucoup de services. Il est en effet essentiel de pouvoir consacrer à la personne le temps et l'écoute dont elle a besoin. Il s'agit ici à la fois d'une question de moyens des services mais aussi de philosophie de travail.

▪ 2.14. Faciliter les visites à domicile au départ des structures existantes

Le travail à domicile tel qu'il est déjà réalisé apporte des bénéfices tels aux patients qu'il pourrait encore être encouragé, tant au départ de l'ambulatoire que de l'hospitalier. Il offre de nombreux avantages comme celui de privilégier le milieu naturel de la personne, de réagir rapidement et de s'adapter au mieux à la demande.

> Un service de santé mentale, par exemple, a initié la création d'un service d'accompagnement à domicile. Une équipe mobile de 3 intervenants se déplace dans toute la Province concernée. Chacun travaille sur un territoire déterminé et dispose d'une souplesse quant à l'organisation de ses journées. Du temps est, en outre, aménagé pour des réunions d'équipe. La première rencontre avec la personne est toujours effectuée par deux travailleurs et se fait dans un délai de maximum 10 jours.

▪ 2.15. Décentraliser les services tant au niveau géographique qu'au niveau d'autres types de services

Les problèmes d'accessibilité en milieu rural et la mauvaise répartition géographique des services sont pointés du doigt à plusieurs reprises. Idéalement pourtant, on aurait pu rêver à une répartition équitable en fonction des infrastructures locales, de la densité de la population et des difficultés propres à certaines régions. Des moyens peuvent être mis en place pour contribuer à remédier à cette lacune et proposer aux personnes des aides au plus proche de leur milieu de vie. Par exemple, une manière d'assurer une souplesse spatiale est la décentralisation de certains services dans des zones peu couvertes ou dans des services plus accessibles.

> Un Service de santé mentale, constitué d'une équipe minimale, trop petite pour se permettre de développer un travail à domicile, a opté pour la mise en place de deux antennes dans des communes voisines ouvertes deux fois par semaine, l'organisation de permanences 3 fois par semaine dans les locaux d'un centre de planning familial et la participation à des réunions de coordination avec le CPAS. Les visites à domicile sont devenues exceptionnelles, essentiellement dans le cadre de mises en observation.

Recommandations politiques

- **2.16. Reconnaître politiquement et financièrement le travail de la demande durant le délai d'attente**

Pour rappel, ce travail essentiel, qui détermine la suite du parcours, n'a pas toujours lieu, faute d'être reconnu, alors que l'attente dans certains services va parfois jusqu'à plusieurs mois. Bien souvent, il ne se réalise aujourd'hui que sur base de la « bonne volonté » des acteurs qui prennent leurs responsabilités pour assurer ce travail qui n'est pas subventionné.

- **2.17. Penser à la répartition géographique lors de la création de nouveaux services**

Recommandation n°3

Réorganiser l'urgence avec toutes les forces vives existantes

Postulat

- 3.1. Bien distinguer les crises du contexte social ou familial des décompensations psychiatriques

Les premières constituent la majorité des urgences. Faire le tri est essentiel afin de prévenir, de comprendre l'urgence et d'apporter une réponse appropriée.

Recommandations générales

- 3.2. Eviter de psychiatriser d'emblée les situations en urgence
- 3.3. Eviter de créer de nouveaux services mais utiliser d'abord les ressources disponibles quitte à les réorganiser, voire le cas échéant, à en augmenter les moyens

Recommandations spécifiques

- 3.4. Organiser les gardes d'urgence psychiatrique

Faute de pouvoir aménager des cellules d'urgence psycho-médico-sociales dans tous les hôpitaux et face à la demande croissante des usagers et des professionnels de la santé de pouvoir recourir à un avis psychiatrique urgent, il semble nécessaire de repenser l'organisation des gardes psychiatriques et d'améliorer la diffusion de l'information concernant l'accès à ces services.

> Un hôpital psychiatrique a désormais prévu un psychiatre de garde auquel les médecins généralistes peuvent faire appel.

- 3.5. Intégrer la consultation qui suit l'urgence dans le temps du traitement de l'urgence (soit à l'intérieur de l'hôpital, soit par un accompagnement jusqu'au relais)

Cette modalité constitue aussi un paramètre important de la continuité du suivi et permettrait d'assurer en douceur le passage au relais (accompagnement pendant l'attente).

Il apparaît dans les faits que ce relais est particulièrement difficile à mettre en place, notamment à cause des différences de temporalités entre services : il y a, en effet, souvent un temps d'attente pour accéder aux autres types de services. Or, pour garantir la continuité du suivi et profiter de ce qui a pu se mobiliser au moment de la crise, le relais doit être effectué sans tarder. Certains prônent même que celui-ci soit assuré le jour même.

▪ 3.6. Aménager des cellules de travail de la crise au sein des services existants

La crise est un moment aigu qui structure la demande et qui la provoque. Une fois celle-ci passée, il arrive que la personne pense qu'elle n'a plus besoin d'être aidée par une personne extérieure (jusqu'à la prochaine crise). Un travail devrait pouvoir se mettre plus spécialement en place pendant et après un passage en service d'urgence car nombreuses sont les personnes qui n'accèdent pas à une aide après le moment de crise.

La mise en œuvre d'un tel travail aurait à terme pour effet de diminuer les listes d'attentes, de désengorger les services et les urgences. En effet, ce travail suffit parfois en soi et prévient par conséquent la récurrence. Si tel n'est pas le cas, une fois la crise travaillée, l'intervenant veillera à accompagner la personne vers un service relais, où elle pourra entamer un travail plus en profondeur si besoin.

Ces cellules de crise accueilleraient, inconditionnellement, toute personne en souffrance et pourraient être aménagées au sein des services de santé mentale, par exemple. Certains professionnels pourraient travailler rapidement les situations de crise qui le nécessitent et, s'il y a lieu, les orienter vers un autre travailleur pour entamer une thérapie ou un travail de soutien. Elles devraient pouvoir être mobilisées à la sortie des urgences psycho-médico-sociales.

> A cet égard, le travail fourni par une cellule d'intervention de crise témoigne d'un mode de fonctionnement possible, même si elle se concentre exclusivement sur les personnes suicidantes. Elle se rend d'initiative dans les services d'urgence où il y a eu passage à l'acte et propose son aide à la personne dans les 48 heures. Si elle le souhaite, un travail de la crise est mis en place par la Cellule pendant deux mois maximum. Parfois ce travail suffit, parfois il y a réorientation vers un autre service. Ce relais se passe en douceur et l'intervenant de la Cellule s'engage à accompagner la personne, si elle le souhaite, à son premier rendez-vous au cours duquel il participe à la présentation de ce qui a été travaillé, avant de se retirer. Il reste néanmoins à la disposition de la personne, en cas de difficulté.

Recommandations politiques

▪ 3.7. Créer des « espaces tampons » non hospitaliers où pouvoir se déposer quelques jours

Certains patients, en situation de fragilité psychique, auraient parfois besoin de se poser dans un lieu tiers, sans y être confrontés à des problématiques lourdes et complexes comme celles que l'on

trouve en milieu hospitalier. Plutôt que d'orienter d'emblée un patient dans une section psychiatrique et de médicaliser l'urgence, l'idée d'ouvrir de tels « espaces-tampons », des « sas » d'attente, de réflexion, d'observation,... a été soulevée à maintes reprises lors des ateliers et ailleurs, dans le but d'offrir aux personnes la possibilité de souffler, de déposer leurs difficultés et de chercher avec elles - si besoin - les meilleures solutions.

▪ 3.8. Mettre sur pied une garde permanente munie d'équipes mobiles en cas de crise urgente

Pour répondre à certaines situations critiques qui se déposent chez le médecin généraliste, il pourrait être intéressant de s'inspirer du système existant pour les soins palliatifs organisé autour d'une garde permanente. Plutôt que de faire appel à la police lorsque, par exemple, un adolescent casse tout chez lui, le médecin généraliste ou la famille pourrait faire appel à une « équipe mobile d'urgence » composée de professionnels en santé mentale, qui prendrait le relais. La philosophie développée par les soins palliatifs pourrait être élargie aux situations de santé mentale, lesquelles pourraient bénéficier, à la longue, d'une déstigmatisation.

▪ 3.9. Créer ou réserver dans les services d'urgence, des lits d'urgence psycho-médico-sociale 24h sur 24

Les usagers estiment l'organisation des services et des interventions trop morcelée et trop cloisonnée. Il faut aller chez le psy pour tel problème, chez l'assistant social pour un tel autre ; dans un service pour le logement, dans un autre pour une information, etc.

Le médecin généraliste est, quant à lui, régulièrement confronté à des situations d'urgences psychiatriques ou psychologiques face auxquelles il est démuni, surtout en dehors des heures classiques d'ouverture.

Aménager des lits d'urgences psycho-médico-sociales dans les hôpitaux permettrait à la personne en difficulté de trouver sans condition un logement, un accueil, une écoute, ainsi qu'en fin de compte, une orientation adéquate. Certains estiment que l'idéal serait que les interventions se fassent toujours à la demande d'un service social, première ligne indispensable, mais cela nécessite un décroisement entre ambulatoire et hospitalier.

La suggestion est faite d'ouvrir à des situations pressantes de santé mentale, des lits d'urgence actuellement réservés aux toxicomanes.

Seuls deux services généralistes existent à ce jour en Wallonie :

- > L'un en hôpital général existe depuis 1999 et est ouvert 7j/7 et 24h/24. Un psychologue peut y épauler le somaticien de garde, il est présent la nuit. Le psychiatre, sur place de 8h à 18h, est rappelable par le psychologue ou le somaticien pour le reste du temps. Pour chaque

situation, le service implique autant que possible le patient et son réseau thérapeutique, de manière à tenter de limiter les effets pervers qu'une accessibilité maximale peut engendrer (débarquement systématique aux urgences, orientations par facilité ou par rejet,...). Il collabore aussi avec le terrain social (structures d'urgence, CPAS, structures d'accueil résidentielles, éducateurs de rue, etc.) afin d'intervenir plus efficacement dans des situations où le risque serait de « psychiatriser » le social.

- > L'autre est attaché à un hôpital psychiatrique, sur base d'une expérience pilote (depuis 1992). L'idée (qui n'a jamais été généralisée) était de fonctionner avec des professionnels de la santé mentale aux urgences afin de mieux cibler les hospitalisations notamment dans le cas de souffrances psycho-sociales (arriver à ne pas hospitaliser n'importe qui) pour en faire diminuer le nombre. 60 à 70 % des personnes accueillies repartent sans avoir fait l'objet d'une hospitalisation. En situation réelle de crise, elles peuvent toutefois séjourner dans le service pour 72 h maximum, le temps de se « poser ».

En matière de toxicomanie, une expérience est en cours. Il s'agit de réserver 4 lits, à côté du service des urgences et hors du service de psychiatrie. Ce service fonctionne avec deux psychologues à temps plein. Le patient y est accueilli pour une durée de 5 jours maximum afin de faire le point aux niveaux psycho-social et diagnostique. Il est ensuite réorienté vers le service le plus adapté, tout en ayant la possibilité de revenir vers le case-manager qui assure son suivi si besoin.

Recommandation n°4

Assurer une prise en charge globale et continue

Postulats

- 4.1. L'efficacité du secteur et son articulation dépend de l'efficacité et de l'articulation ministérielle
- 4.2. Considérer la personne dans sa globalité

Tout être humain forme un tout avec un ensemble de besoins, mais aussi de ressources. Dès lors, apparaît comme une évidence l'inter-relation du champ de la santé mentale avec d'autres champs d'action: médical, social, culturel, judiciaire, éducatif, etc. Mal-être social et psychiatrique notamment sont parfois tellement imbriqués qu'il est vain de traiter chaque aspect indépendamment sans tenir compte de leur interdépendance. Il est donc indispensable d'avoir une approche spécifique de chaque personne en difficulté qui tienne compte de l'ensemble de sa situation, d'identifier ses besoins en fonction de leur priorité et d'organiser les aides qui s'imposent. Cette approche intégrée et contextuelle est indispensable.

- > Un service qui s'est développé comme alternative à l'hospitalisation psychiatrique au travers d'une approche intégrée se concentre sur l'individu en relation avec son contexte social. Il y œuvre avec une équipe multidisciplinaire composée de médecins, de travailleurs sociaux, de thérapeutes, d'enseignants, de travailleurs manuels et non manuels qui travaillent en coordination. Il s'agit de prévoir un projet d'ensemble (soins de santé, logement, activités culturelles, travail, ...) pour permettre de prendre en compte l'entièreté des besoins de la personne.

Recommandations générales

- 4.3. Organiser les aides en fonction de l'ensemble des besoins de la personne et collaborer, le cas échéant, avec des intervenants hors du champ de la santé mentale

Une fois les besoins identifiés, le professionnel d'un secteur peut succomber à la tentation de « saucissonnage » de la personne, en fonction du découpage, arbitraire, des services. Si le service ne peut rencontrer adéquatement ces différents besoins, il se doit au minimum d'en tenir compte et de voir avec la personne comment d'autres services peuvent être sollicités pour l'aider. Le travail en réseau permet de pallier à cette difficulté.

Il y a là de véritables ponts à construire dans un processus de décloisonnement. Favoriser les collaborations bien assises, créer des projets intersectoriels, se rencontrer, trouver un langage commun pour améliorer la communication et l'échange entre intervenants de première ligne et de santé mentale sont autant de manières de bien connaître et de mieux comprendre le travail de chacun ainsi que d'améliorer la prise en charge pluridisciplinaire. Il est cependant important de garder à l'esprit que créer davantage de collaborations demande préalablement de bien réfléchir à la question du secret professionnel.

▪ 4.4. Accompagner la personne jusqu'au relais afin d'assurer la continuité des soins

Cet accompagnement est synonyme de responsabilisation du « relayeur ». Il s'agit, pour chacun, de s'approprier à son niveau le travail en réseau pour améliorer la situation du patient. Même si l'on observe progressivement une évolution positive, il arrive encore trop souvent que le relais d'une intervention soit pris par un service sans continuité ou sans cohérence avec le travail de l'intervenant précédant. C'est le phénomène souvent évoqué de la « patate chaude ». Plus qu'un passage de relais, c'est un véritable travail de liaison qu'il y a lieu de faire pour éviter la rupture, ce qui implique un minimum de souplesse. Plutôt que de réseau, c'est peut-être de partenariat, stable et honnête, autour de l'usager dont il faudrait parler. Assurer cette articulation entre les structures dépendant de différents pouvoirs subsidiaires suppose le soutien d'un décloisonnement, loin d'être une réalité aujourd'hui.

- > A pointer la fonction de « Case manager » qui est précisément de permettre le lien entre le patient et le réseau et d'assurer le suivi, le fil rouge du parcours du patient. Il se doit naturellement de bien connaître les ressources existantes.
- > Un service intégré d'aide et de soins psychiatriques dans le milieu de vie s'est développé il y a 20 ans, dans un territoire géographique limité permettant la mobilité des intervenants et des usagers. Les intervenants se connaissent bien entre eux, ce qui permet d'éviter une discordance entre interventions et d'éviter que quelqu'un reste sur le carreau. Par la proximité, le travail en réseau et la réduction de la « distance culturelle », le cadre d'intervention (souvent multiforme) est donc toujours adapté au milieu de vie de la personne, en fonction de ses besoins. Il existe différentes portes d'entrée (délivrance de médicaments, centre culturel proposant des activités, gestion financière) permettant d'entrer en contact avec les personnes avant qu'elles n'accèdent à une demande davantage thérapeutique. En outre, un travail de collaboration est réalisé avec les urgences psychiatriques de l'hôpital local (contacts avec les intervenants, réunions au sein du service pour rencontrer la personne, etc.) afin de garder le lien avec les personnes hospitalisées. Une continuité des soins est donc assurée. Le soin n'est pas séparé de l'intégration dans la cité et de la vie sociale quotidienne. Divers ateliers permettent également une insertion socio-professionnelle ou socio-culturelle.

▪ 4.5. Améliorer la communication et les partenariats entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire

Si tous les partenariats sont à encourager, celui-ci fait l'objet d'une recommandation particulière car il est propre au champ de la santé mentale et que, visiblement, même si des changements sont perceptibles dans un certain nombre d'endroits, le bât blesse toujours. Il est en effet interpellant de constater qu'une majorité des urgences correspond à une panne de réseaux. Une piste pour y pallier serait de dépasser le cloisonnement et l'incompréhension qui subsistent entre hospitalier et ambulatoire, attribués entre autres à leurs différences en termes de structuration et de mentalité. Comment ? En offrant aux intervenants hospitaliers l'opportunité de mieux connaître les autres pratiques et inversement. Par exemple, comme cela se fait déjà, via des collaborations concrètes, sur base de conventions, pour assurer le suivi, entre le service d'urgence et le réseau ou entre l'hôpital psychiatrique et le service de santé mentale ; via des échanges de personnel ou des rencontres entre services ; ou encore via les Plates-formes de concertation en santé mentale - prévues à cet effet - pour soutenir le dialogue entre partenaires du champ de la santé mentale. Une amélioration se dessine dans la mise en place d'interventions « hors des murs » dans les structures psychiatriques, mais là, un véritable changement de culture qui doit s'opérer.

▪ 4.6. Réfléchir à de nouveaux modèles de prise en charge

Il s'agit d'un principe éthique qui fonde le travail quotidien, que de réinventer à chaque fois l'intervention en mettant le cadre à l'épreuve de la réalité. Loin des modèles « clef sur porte », le travail pour chaque personne se construit dans une rencontre singulière. La rencontre thérapeutique ne peut s'envisager qu'à condition que le thérapeute apprenne le « langage » du patient et se mette en place que dans une co-construction du cadre et du processus, dans une créativité réciproque.

- > Certains services proposent, par exemple, des groupes de paroles, ce qui présente de surcroît l'avantage d'accueillir, simultanément, davantage de demandes. C'est un concept qui pourrait être étendu et adapté, même s'il faut préciser qu'il ne convient pas à tout type de situation.
- > Dans le même ordre d'idées, il est important de poursuivre entre acteurs la réflexion sur la recherche de solutions alternatives à l'hospitalisation chaque fois que c'est possible car celle-ci reste lourde pour le patient et coûteuse pour la Société, et sur la « déchronicisation » de la prise en charge, quel que soit le cadre.

Il s'agira ensuite d'évaluer ces nouveaux modes de fonctionnement, afin de déterminer dans quelle mesure ils offrent une réponse à la demande et comment, le cas échéant, les améliorer encore.

Il s'agira aussi, pour y arriver, de questionner ses propres résistances aux changements, notamment aux impulsions données par le politique, souvent d'emblée mal perçues alors qu'en principe, elles suivent l'évolution des demandes et des besoins et viennent combler les lacunes.

▪ 4.7. Rencontrer d'autres intervenants de manière à favoriser l'interconnaissance des services

La concertation est un processus long et lent, qui se met en place petit à petit. Trois étapes successives semblent en faire partie : la connaissance des institutions et de leurs spécificités ; la connaissance de leurs logiques d'action ; la connaissance de la situation de l'utilisateur et la définition, avec lui, d'objectifs.

Les professionnels de différentes structures estiment ne pas savoir parler des usagers s'ils ne se connaissent pas préalablement. L'étape première serait d'accroître la connaissance du travail et la confiance réciproque entre services, puis de créer des ponts entre eux afin d'éviter les doubles emplois.

Diverses modalités de rencontres peuvent être adoptées : autour d'une même pratique professionnelle, d'une thématique ou d'un public cible ; dans un même secteur géographique (commune, province,...) ; sur base de complémentarités, à partir de constats, de limites et d'impasses dans le travail.

Aller à la rencontre de la réalité de l'autre, individuellement ou en équipe, sur son terrain.

De nombreuses initiatives existent déjà, elles sont à perpétuer.

▪ 4.8. Favoriser la mobilité voire l'immersion des professionnels dans d'autres services que le leur

L'intérêt d'une certaine mobilité voire d'une immersion des intervenants d'un cadre à l'autre réside non seulement dans l'interconnaissance et le dépassement des préjugés, qui sont encore légion, mais aussi dans la capacité de compléter le travail mené ailleurs. Cela pourrait passer par des permanences dans un service extérieur afin d'en assurer la complémentarité.

Par exemple, un infirmier hospitalier pourrait passer quelques heures dans un Service de santé mentale (SSM) ou un psychologue de SSM dans un Service d'urgence à l'hôpital ou dans une Maison médicale, etc. Cela faciliterait en outre directement l'accessibilité dans la mesure où il est plus facile pour certains de pousser la porte d'une maison médicale que de se rendre dans un SSM, de consulter un SSM plutôt que d'aller vers un service de psychiatrie en hôpital,

▪ 4.9. Tenir compte des médecins généralistes pour pouvoir les associer, si nécessaire, au réseau en santé mentale du patient et prévoir une plage horaire où ils peuvent contacter le psychiatre

Certains intervenants regrettent que les médecins généralistes soient peu disponibles, voire peu intéressés par un travail en réseau lorsqu'ils sont face à des situations psychiatriques lourdes. Les médecins, de leur côté, déplorent la grande difficulté de collaborer en situation d'urgence, le manque de communication avec les psychiatres notamment ainsi que le décalage entre la dynamique de travail qui leur est propre (indépendants) et celle des institutions (salariés) qui aboutit à une incompatibilité en termes d'organisation de la concertation.

Dès lors, il est important de veiller, avec l'accord du patient, aux relations avec les médecins généralistes, que les intervenants en santé mentale ne pensent pas toujours spontanément à contacter, de les sensibiliser à l'intérêt des pratiques en réseau et de tenir compte de leur mode de fonctionnement. Cela signifie aussi la mise en place de modalités pour soutenir le médecin généraliste à son cabinet de consultation lorsqu'il rencontre des situations délicates de santé mentale. Une autre piste est de structurer la concertation avec les cercles de médecins généralistes qui pourraient faciliter et diffuser de l'information, de manière à améliorer les interactions, le suivi des dossiers et certaines indications. Des actions seraient à généraliser comme, par exemple, un plan d'action thérapeutique associant le médecin généraliste et l'hôpital en fin d'hospitalisation.

Un investissement plus important des médecins généralistes quant à ces situations permettrait en outre de limiter le recours aux urgences.

> L'équipe d'un service intégré d'aide et de soins psychiatriques dans le milieu de vie a décidé de développer un projet pour dynamiser la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres ainsi que pour favoriser l'implication des médecins généralistes dans un travail de concertation avec d'autres professionnels du secteur. L'équipe a donc proposé dans ce but que, d'une part, psychiatres et médecins généralistes se rencontrent pour des échanges cliniques autour de situation dans lesquelles ils sont impliqués. D'autre part, que l'équipe se rende au domicile du médecin généraliste pour favoriser les contacts et une certaine complémentarité et cohérence dans les interventions des uns et des autres. Ceci a pour effet que les médecins généralistes sont progressivement mieux outillés pour répondre aux plaintes de patients souffrant de troubles psychiatriques lourds. Par conséquent, les psychiatres sont moins intensivement sollicités. Par ailleurs, lorsqu'il y a crise, les intervenants du service veillent à maintenir un contact avec le médecin généraliste qui continue à être sollicité pour les problèmes somatiques.

▪ 4.10. Systématiser un rapprochement entre les services de soins à domicile et les services de coordination de soins à domicile

Les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD) semblent se développer dans ce sens-là, mais leur action doit être soutenue dans cette perspective. Ils ont pour mission de conseiller le patient et de l'accompagner si nécessaire ; d'optimiser la concertation entre les différents acteurs de première ligne ; de renforcer la permanence et la continuité des soins à travers le développement des collaborations entre services du réseau et de stimuler la qualité des soins. Chaque patient bénéficie d'une concertation à son domicile avec le médecin généraliste et l'infirmière. Les prestataires sont rémunérés. Les SISD sont toutefois peu développés, voire inexistantes dans certaines zones géographiques (en Province de Luxembourg, par exemple).

Recommandations politiques

▪ 4.11. Avoir la possibilité d'innover, de développer des structures informelles de prise en charge au départ des différents services existants

Il s'agit ici de chercher à soutenir ou à adapter des projets qui rencontrent les objectifs poursuivis par rapport aux patients dans des contextes particuliers.

> Sur base du constat de carences dans le champ de la santé mentale des enfants (saturation des services existants, isolement dans les villages car manque de mobilité, manque de services spécialisés, pas de pédopsychiatre), un Service de santé mentale a créé une équipe spécifique de prise en charge appelée « Réseau enfants adolescents ». Depuis 2003, l'équipe « Réseau enfants adolescents » est reconnue comme « Mission spécifique » de SSM, avec 4 objectifs : prise en charge thérapeutique, prévention des troubles du lien, soutien des intervenants de première ligne (formation, supervision), participation aux réflexions sur le réseau de la province via la Plate-forme de Concertation en Santé mentale.

▪ 4.12. Favoriser des solutions de répit pour l'entourage

Si l'on veut désengorger les services, il est essentiel d'apporter un soutien aux familles et à tous ceux que l'on nomme les aidants proches, notamment pour les personnes âgées ou les patients psychiatriques lourds. Cela passe par la mise en place de solutions temporaires pour que ceux-ci puissent « souffler ».

- > Par exemple, les centres de jour, les hospitalisations de nuit, les initiatives d'hébergement intergénérationnel, les courts séjours, etc.
- > Le 'baluchonnage' correspond à l'intervention à domicile d'un professionnel spécialisé et, par là, l'octroi de périodes de répit à la famille (qui, elle, s'en va du domicile).

▪ 4.13. Subventionner le temps de concertation des indépendants. Le reconnaître comme du temps de travail pour les travailleurs salariés

Si certains médecins généralistes participent régulièrement aux concertations organisées autour de situations difficiles, ils restent tous confrontés à divers écueils (manque de temps, absence de défraiement, etc.). Or, nombreux sont ceux qui seraient prêts à travailler davantage en collaboration avec le secteur de la santé mentale. Un code « concertation », en voie d'élaboration, pourrait être reconnu dans ce sens.

De la même façon, dans les équipes subventionnées, la concertation n'est pas encore toujours véritablement reconnue comme temps de travail. La reconnaître correspondrait à la valoriser.

▪ 4.14. Encourager le dialogue interministériel et l'articulation des politiques de santé mentale aux différents niveaux de pouvoirs

La fédéralisation des pouvoirs et la complexité de la structuration des soins de santé en Wallonie ont bien entendu engendré des contraintes et des difficultés dans la prise en charge des patients, qui se traduisent, dans le chef des intervenants, dans les termes : « morcellement », « discontinuité », « cloisonnement » entre structures dépendant de pouvoirs subsidiaires différents. Ces difficultés sur le terrain sont notamment issues du manque de concertation des différentes politiques. C'est pourquoi, les acteurs de terrain, qui amorcent de plus en plus une concertation transversale à travers le travail en réseau, souhaitent que les différents ministères qui les régissent puissent faire de même et coordonner leurs perspectives politiques, via notamment des accords de collaboration efficaces entre ministères concernés. En effet, la fragmentation des services en fonction des pouvoirs de tutelle, qui constitue un obstacle de taille à la continuité des soins, et ce sont les patients et leurs familles qui en font les frais.

▪ 4.15. Soutenir une vision politique à long terme

Il n'est pas toujours évident pour les institutions, les professionnels ou les bénéficiaires de subir les changements de cap qui s'opèrent le temps d'une législature, avant qu'une autre orientation ne soit définie, parfois, quelques années après. Il est demandé plus de continuité aux autorités pour assurer une politique au service des usagers de soins en santé mentale, sur le long terme.

▪ 4.16. Assouplir et adapter les réglementations administratives de manière à proposer une prise en charge adaptée au patient

Ainsi, un intervenant témoigne de sa réticence à passer temporairement le relais à un autre service, dans l'attente de pouvoir prendre en charge lui-même le patient, par crainte de « perdre un client ». Cette logique économique, pouvant être assimilée dans certains cas à de la quasi « concurrence », est directement liée au mode de subventionnement de certains services (si ceux-ci n'ont pas atteint leur quota de patients, les moyens sont réduits l'année qui suit). Ces rigidités administratives qui empêchent une certaine souplesse au profit du bénéficiaire mériteraient parfois d'être revues à bon escient.

▪ 4.17. Réfléchir aux modes d'évaluation des services

Ceux-ci semblent engendrer une certaine exclusion : on n'accepte pas d'accueillir tels patients au profil problématique (toxicomanes, jeunes psychotiques, etc.) car ils présentent davantage de risques de résistance à l'aide proposée. Cela signifie que l'aide peut avoir moins d'impact ou être plus lente à montrer des effets que pour d'autres patients aux problématiques moins lourdes.

L'évaluation en santé mentale est différente de l'évaluation médicale : elle présente une part de subjectivité indéniable dont il faut tenir compte dans les procédés d'évaluation. Il est essentiel de s'interroger sur les effets potentiels des méthodes d'évaluation et leurs conséquences sur la prise en charge des patients.

▪ 4.18. Soutenir les associations d'usagers en santé mentale et les consulter pour déterminer une politique

Si le secteur lui-même peut, par son expérience, soutenir certains projets ou certains changements auprès du politique, les usagers ont eux aussi une expérience qu'ils peuvent faire valoir. Les impliquer dans les réflexions qui organisent les soins en santé mentale apparaît comme incontournable à tous les niveaux : en amont et en aval de la prise en charge, en passant par l'accueil et l'aide proprement dite.

- > L'association Psytoyens fédère les associations d'usagers en santé mentale avec l'objectif de soutenir et développer ces associations, d'informer les patients et de les représenter auprès des pouvoirs publics.

Recommandation n°5

Réfléchir à la post-cure

Recommandations générales

▪ 5.1. Penser l'autonomie ou, le cas échéant, le relais de l'aide dès le départ

On demande à certains travailleurs de mettre en place un projet de vie pour la personne dans le cadre d'hospitalisation courte. Mais quels projets peut-on mener en quelques semaines ? L'aide doit se penser sur ce qui précède le soin, ce qui le côtoie, mais également ce qui le suivra. Mettre en place des dispositifs à long terme, c'est mettre tout du côté de la « réussite » de cette aide.

▪ 5.2. Aménager des espaces de paroles et d'information pour les usagers

Il va de soi que, pour se réapproprier l'aide qui lui est proposée, le patient a besoin d'être bien informé sur sa situation et son devenir (évaluation diagnostique, traitement, accompagnement, perspectives, etc.) par l'intervenant qui le suit et qui le connaît. Il peut lui expliquer la situation pour qu'il la comprenne et il peut aussi lui communiquer ses questions, voire ses doutes,...

La mise en place de groupes de parole et d'entraide pour les usagers est une formule qui semble faire ses preuves. Ces usagers ont souvent une mauvaise représentation de leur maladie car ils ont peu de connaissances par rapport à celle-ci. Ces espaces d'expression leur permettent de partager leur expérience, leur vécu par rapport à la maladie. Grâce aux explications qu'ils y reçoivent, ils comprennent et gèrent mieux la maladie.

- > Cela peut prendre la forme de groupes de paroles ; de réunions organisées par des usagers ou des associations de famille ; de centres d'information locaux, etc.

Recommandation spécifique

▪ 5.3. Penser et financer des projets de réinsertion des patients

Il est important d'organiser les services en termes d'intégration au milieu de vie, en tirant profit des potentialités des personnes et en reconnaissant les difficultés traversées par celles-ci. Outre le soin ou l'aide psychologique dont ils ont besoin, les usagers sont en quête d'intégration sociale et d'épanouissement personnel.

Recommandation politique

▪ 5.4. Tenir compte des lacunes dans l'offre de soin et, notamment, augmenter le nombre de structures intermédiaires

La création de ce type de services est précisément venue combler un vide, au croisement de l'ambulatoire et de l'hospitalier. Par structure intermédiaire, on entend les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP), les Initiatives d'Habitations Protégées (IHP), les Centres de jour, les Communautés thérapeutiques, les Appartements supervisés... et autres formules à imaginer, comme un accueil familial accompagné, par exemple. Nombreux sont les intervenants qui mettent en exergue l'apport positif de ces structures à la temporalité particulière, répondant à un besoin auprès des patients chroniques et de longue durée, notamment. Toutefois, d'aucuns regrettent leur petit nombre voire leur absence dans certaines zones géographiques et estiment nécessaire de revoir à la hausse leur programmation.

Vue d'ensemble

Recommandation n°1

Soutenir, en amont, un travail de prévention, de sensibilisation, d'information

Postulat

1.1. Penser la prévention autant que le soin

Recommandations générales

- 1.2. Développer des lieux communautaires favorisant le bien-être social
- 1.3. Parler de santé mentale au tout public
- 1.4. Donner aux enseignants et aux autres intervenants de première ligne des outils pour détecter les difficultés
- 1.5. Promouvoir l'accompagnement et l'information de la famille et de l'entourage des usagers
- 1.6. Diffuser de l'information sur les aides existantes tant pour les personnes en difficulté que pour les professionnels

Recommandations politiques

- 1.7. Articuler, voire réunir les compétences en matière de santé mentale au sein d'une même tutelle ministérielle
- 1.8. Sensibiliser les intervenants de première ligne à l'écoute et à l'accompagnement des patients qui présentent des problèmes de santé mentale
- 1.9. D'une manière plus générale, instaurer des lieux, autres que les services d'urgence, où peut s'exprimer le mal-être sociétal

Recommandation n°2

Adapter l'accueil aux personnes et à leurs besoins

Postulats

- 2.1. Avoir une souplesse d'organisation pour prévoir un accueil adapté aux besoins de chaque personne
- 2.2. Faire en sorte que l'utilisateur puisse être acteur de son devenir
- 2.3. Tenir compte de la spécificité de chaque situation et de son histoire
- 2.4. Garder en permanence à l'esprit la question de savoir si le service proposé offre bien l'aide ou le soin adéquat

Recommandations générales

- 2.5. Être attentif à l'écoute, au langage employé et à la communication entre l'utilisateur, sa famille, les soignants et les institutions

- 2.6. Accueillir systématiquement toute adresse comme une demande et y répondre concrètement, quitte à la réorienter vers un service plus adéquat après un premier entretien
- 2.7. Développer une approche proactive afin d'atteindre les personnes en souffrance ne parvenant pas à formuler une demande
- 2.8. Sensibiliser les professionnels à l'accueil et au travail préliminaire de la demande pendant la période d'attente
- 2.9. Adapter les modalités d'accueil aux différentes catégories de populations et de problématiques

Recommandations spécifiques

- 2.10. Identifier précisément, avec la personne, la pyramide de ses besoins (sociaux, psychologiques, etc.)
- 2.11. Eviter une trop grande spécialisation des services, réduire les critères d'exclusion et miser sur la concertation
- 2.12. Ajuster les heures d'ouverture des services ambulatoires en fonction de la demande : consultations en soirée et permanences le week-end
- 2.13. Adapter la temporalité de l'offre à celle du patient
- 2.14. Faciliter les visites à domicile au départ des structures existantes
- 2.15. Décentraliser les services tant au niveau géographique qu'au niveau d'autres types de services

Recommandations politiques

- 2.16. Reconnaître politiquement et financièrement le travail de la demande durant le délai d'attente
- 2.17. Penser à la répartition géographique lors de la création de nouveaux services

Recommandation n°3

Réorganiser l'urgence avec toutes les forces vives existantes

Postulat

- 3.1. Bien distinguer les crises du contexte social ou familial des décompensations psychiatriques

Recommandations générales

- 3.2. Eviter de psychiatriser d'emblée les situations en urgence
- 3.3. Eviter de créer de nouveaux services mais utiliser d'abord les ressources disponibles quitte à les réorganiser, voire le cas échéant, à en augmenter les moyens

Recommandations spécifiques

- 3.4. Organiser les gardes d'urgence psychiatrique
- 3.5. Intégrer la consultation qui suit l'urgence dans le temps du traitement de l'urgence (soit à l'intérieur de l'hôpital, soit par un accompagnement jusqu'au relais)
- 3.6. Aménager des cellules de travail de la crise au sein des services existants

Recommandations politiques

- 3.7. Créer des « espaces tampons » non hospitaliers où pouvoir se déposer quelques jours
- 3.8. Mettre sur pied une garde permanente munie d'équipes mobiles en cas de crise urgente
- 3.9. Créer ou réserver dans les services d'urgence, des lits d'urgence psycho-médico-sociale 24h sur 24

Recommandation n°4

Assurer une prise en charge globale et continue

Postulats

- 4.1. L'efficacité du secteur et son articulation dépend de l'efficacité et de l'articulation ministérielle
- 4.2. Considérer la personne dans sa globalité

Recommandations générales

- 4.3. Organiser les aides en fonction de l'ensemble des besoins de la personne et collaborer, le cas échéant, avec des intervenants hors du champ de la santé mentale
- 4.4. Accompagner la personne jusqu'au relais afin d'assurer la continuité des soins
- 4.5. Améliorer la communication et les partenariats entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire
- 4.6. Réfléchir à de nouveaux modèles de prise en charge
- 4.7. Rencontrer d'autres intervenants de manière à favoriser l'interconnaissance des services
- 4.8. Favoriser la mobilité voire l'immersion des professionnels dans d'autres services que le leur
- 4.9. Tenir compte des médecins généralistes pour pouvoir les associer, si nécessaire, au réseau en santé mentale du patient et prévoir une plage horaire où ils peuvent contacter le psychiatre
- 4.10. Systématiser un rapprochement entre les services de soins à domicile et les services de coordination de soins à domicile

Recommandations politiques

- 4.11. Avoir la possibilité d'innover, de développer des structures informelles de prise en charge au départ des différents services existants
- 4.12. Favoriser des solutions de répit pour l'entourage
- 4.13. Subventionner le temps de concertation des indépendants. Le reconnaître comme du temps de travail pour les travailleurs salariés
- 4.14. Encourager le dialogue interministériel et l'articulation des politiques de santé mentale aux différents niveaux de pouvoirs
- 4.15. Soutenir une vision politique à long terme
- 4.16. Assouplir et adapter les réglementations administratives de manière à proposer une prise en charge adaptée au patient
- 4.17. Réfléchir aux modes d'évaluation des services
- 4.18. Soutenir les associations d'usagers en santé mentale et les consulter pour déterminer une politique

Recommandations n°5

Réfléchir à la post-cure

Recommandations générales

- 5.1. Penser l'autonomie ou, le cas échéant, le relais de l'aide dès le départ
- 5.2. Aménager des espaces de paroles et d'information pour les usagers

Recommandation spécifique

- 5.3. Penser et financer des projets de réinsertion des patients

Recommandation politique

- 5.4. Tenir compte des lacunes dans l'offre de soin et, notamment, augmenter le nombre de structures intermédiaires

Priorités

de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale

Les priorités ont été définies et votées lors de l'Assemblée Générale de l'WVSM, le 12 juin 2006.

Recommandations générales

- 1) Partir de la demande plutôt que de l'offre et travailler dans le respect du choix des patients et des familles
- 2) Soutenir et travailler avec les associations d'usagers dans leur rôle d'interpellation des structures

Recommandations pratiques

Prévention et soins	<ol style="list-style-type: none">1) Utiliser les structures existantes (cercles de médecins généralistes, plates-formes de concertation, associations d'usagers) pour intensifier l'information2) Encourager les articulations et les collaborations entre les intervenants actifs dans le champ de la prévention et ceux actifs dans le champ du soin3) Repérer et s'appuyer sur les lieux communautaires favorisant le bien-être social dans le quartier	1.6 1.1 1.2
L'accueil et son suivi	<ol style="list-style-type: none">1) Considérer que l'accueil de la demande comprend, si nécessaire, l'accompagnement du patient et de sa famille jusqu'au service adéquat, et ce, dans le respect de leur choix2) Généraliser les possibilités d'accueil en dehors des heures de bureau3) Adapter son langage et son intervention au patient et à sa famille4) Harmoniser la temporalité de l'offre à celle du patient	2.6 4.4 2.12 2.5 2.13
Les urgences	<ol style="list-style-type: none">1) Sensibiliser tout professionnel à la souffrance psycho-sociale en veillant à ne pas psychiatriser toute situation de détresse non somatique	3.2
Continuité des soins	<ol style="list-style-type: none">1) Prévoir des plages horaires entre médecins généralistes et professionnels de la santé mentale (psychiatres et autres professionnels), durant lesquelles les contacts concernant un patient sont possibles2) Poursuivre et généraliser la réflexion et la participation des différents acteurs (y compris les usagers et les intervenants de 1^{ère} ligne) dans une action en réseau	4.9 4.3 4.5 4.7

Recommandations politiques

Prévention et soins	<p>1) Coordonner, voire unifier les politiques de prévention (Communauté française) et de soins (Région wallonne) 1.7</p> <p>2) Encourager structurellement la sensibilisation et la formation des intervenants de 1^{ère} ligne aux problèmes de santé mentale, ainsi que l'information de la population quant aux services existants 1.8</p> <p>3) Répertoire par territoire les lieux communautaires favorisant le bien-être social et soutenir la création de lieux supplémentaires 1.9</p> <p>4) Prévoir des lieux de répit pour l'entourage 4.12</p>
L'accueil et son suivi	<p>1) Reconnaître financièrement le travail d'accueil de la demande ainsi que la période d'attente avant une admission 2.16</p> <p>2) Financer des permanences en dehors des heures de bureau 2.12</p> <p>3) prévoir des espaces « tampons » non psychiatriques 3.7</p> <p>4) Faciliter l'intervention à domicile si nécessaire 2.14</p> <p>5) Assurer une répartition géographique équilibrée des services, en garantissant le libre-choix du patient 2.17</p>
Les urgences	<p>1) Initier une réflexion sur la réponse aux situations d'urgence, compte tenu des particularités des groupes cibles (enfants / adultes / personnes âgées) 3.4</p> <p>2) Mettre en place des équipes mobiles de professionnels en santé mentale pour répondre à des situations d'urgence 3.8</p> <p>3) Prévoir des lits d'urgence psycho-médico-sociale dans chaque entité géographique et revoir leur financement 3.9</p>
Continuité des soins	<p>1) Encourager la créativité et permettre la souplesse de fonctionnement dans un cadre administratif donné 4.11</p> <p>2) Encourager financièrement la collaboration entre médecin généraliste et secteur de la santé mentale et reconnaître le temps de concertation pour tout service et professionnel actif en santé mentale 4.13</p> <p>3) Renforcer le dialogue interministériel pour soutenir une perspective politique plus cohérente et à plus long terme 1.14 4.15</p>

>> Abréviations

<i>CCOMS</i>	<i>Centre Collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé</i>
<i>CHP</i>	<i>Centre Hospitalier Psychiatrique</i>
<i>CHR</i>	<i>Centre Hospitalier Régional</i>
<i>CHU</i>	<i>Centre Hospitalier Universitaire</i>
<i>CPAS</i>	<i>Centre Public d'Action Sociale</i>
<i>FCPF</i>	<i>Fédération des Centres de Planning Familial</i>
<i>FIH</i>	<i>Fédération des Institutions Hospitalières</i>
<i>FPS</i>	<i>Femmes Prévoyantes Socialistes</i>
<i>IHP</i>	<i>Initiatives d'Habitations Protégées</i>
<i>IMP</i>	<i>Institut Médico-Pédagogique</i>
<i>INAMI</i>	<i>Institut National d'Assurance Maladie Invalidité</i>
<i>IWSM</i>	<i>Institut Wallon pour la Santé Mentale</i>
<i>LUSS</i>	<i>Ligue des Usagers des Services de Santé</i>
<i>MR</i>	<i>Maison de Repos</i>
<i>MRS</i>	<i>Maison de Repos et de Soins</i>
<i>OMS</i>	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
<i>ONE</i>	<i>Office de la Naissance et de l'Enfance</i>
<i>PFC</i>	<i>Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale</i>
<i>PMS</i>	<i>Centre Psycho-Médico-Social</i>
<i>PSI</i>	<i>Plan de Service Individualisé</i>
<i>SPF</i>	<i>Service Public Fédéral</i>
<i>SSM</i>	<i>Service de Santé Mentale</i>
<i>UNMS</i>	<i>Union Nationale des Mutualités Socialistes</i>

Autour de la question de l'accessibilité	5
- <i>Introduction</i>	7
- <i>Images de la santé mentale</i>	8
- <i>Support social et souffrance psychique</i>	10
- <i>Urgences psychiatriques et interventions de crise</i>	12
- <i>Médecine générale et santé mentale</i>	14
État des lieux	17
Synthèse des travaux préparatoires	
- <i>Introduction</i>	19
- <i>Petite enfance</i>	20
- <i>Enfance</i>	26
- <i>Adolescents / jeunes adultes</i>	32
- <i>Adultes</i>	41
- <i>Personnes âgées</i>	48
Aux portes du soin : l'accessibilité en santé mentale	51
Colloque IWSM – Charleroi - le 3 février 2006	
<i>Introduction</i>	53
- <i>Allocution de bienvenue - Francis Turine, Président IWSM</i>	54
- <i>Introduction à la journée - Christiane Vienne Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances du Gouvernement de la Région wallonne</i>	56
- <i>Aux portes du soin : l'accessibilité en santé mentale - Francis Turine</i>	59
<i>Ateliers</i>	63
<i>Atelier 1 : La mobilité des professionnels et la flexibilité des interventions en santé mentale</i>	65
<i>Atelier 2 : Les représentations et l'accès du public et des usagers à l'information</i>	77
<i>Atelier 3 : La communication entre les intervenants</i>	83
<i>Atelier 4 : Les lacunes dans l'offre de soins</i>	91
<i>Atelier 5 : La place et le rôle du médecin généraliste</i>	99
<i>Atelier 6 : L'accueil de la demande et la gestion de l'attente</i>	107
<i>Atelier 7 : La question de l'urgence</i>	117
<i>Atelier 8 : Le coût de la santé mentale</i>	125

<i>Regards croisés</i>	135
- Colette Nigot, Assistante sociale	136
- Ghislaine Adrianssens, Centre pour l'Égalité des Chances (...)	142
- Yves Cartuyvels, Juriste et criminologue	147
- Jean-Louis Genard, Sociologue et philosophe	153
- Débat	157
<i>Rêver furieusement d'un impossible ailleurs</i>	161
- Introduction - Francis Turine	162
- Rêver furieusement d'un impossible ailleurs - Patrick Declerck	164
- Débat	171
Recommandations	181
- Introduction	183
- Recommandation n°1 :	187
<i>Soutenir en amont un travail de prévention, de sensibilisation, d'information</i>	
- Recommandation n°2 :	191
<i>Adapter l'accueil aux personnes et à leurs besoins</i>	
- Recommandation n°3 :	197
<i>Réorganiser l'urgence avec toutes les forces vives existantes</i>	
- Recommandation n°4 :	201
<i>Assurer une prise en charge globale et continue</i>	
- Recommandation n°5 :	209
<i>Réfléchir à la post cure</i>	
- Vue d'ensemble	211
Priorités	215

L'Institut Wallon pour la Santé Mentale, asbl

>> Interface

L'Institut Wallon pour la Santé Mentale a pour objet de rassembler les acteurs du champ de la santé mentale (via les organismes qui les associent et les représentent) en vue de soutenir une réflexion permanente sur les problématiques de santé mentale telles qu'elles se posent dans la société, d'encourager un questionnement sur les pratiques et de participer à la promotion de la santé mentale de la population.

>> Action

Depuis janvier 2003, il réalise, avec le soutien de la Région wallonne, différentes missions d'information et de recherche. Il mène son action avec et pour les usagers, les intervenants de 1ère ligne, les professionnels de la santé mentale et les décideurs, ainsi qu'avec et pour la population dans son ensemble. Il relaie les différents points de vue et les préoccupations de tous ceux qui sont confrontés de loin ou de près à la souffrance psychique. Ses efforts se concentrent aujourd'hui sur le travail des thèmes suivants : les réseaux de soins, les droits et la place de l'utilisateur, l'accessibilité aux soins et l'évaluation en santé mentale.

>> Ouverture

L'Institut Wallon pour la Santé Mentale travaille en toute indépendance.

Il est ouvert à l'ensemble des acteurs de la santé mentale, quels que soient leurs niveaux d'intervention, leurs cadres de travail, leurs approches théoriques, leurs formations. Sa démarche repose sur une éthique de travail en référence à des valeurs comme : le renforcement de l'accessibilité des soins en santé mentale; la reconnaissance du patient comme acteur de sa prise en charge et le respect de la réalité individuelle, sociale, économique et culturelle de chaque usager ou l'ancrage territorial des pratiques dans une dynamique transversale.

A côté de « **Confluences** », la revue de l'association qui propose, 3 fois par an, un dossier thématique alimenté par la diversité des points de vue des acteurs et un survol des questions qui font l'actualité du secteur, les « **Cahiers de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale** » présentent, selon les opportunités, les résultats d'une réflexion, d'un travail, d'une recherche, ...

Suite au travail mené en 2005 et au colloque organisé en 2006, le **Cahier n°3** livre une synthèse des réflexions de l'IWSM sur le thème de l'accès aux soins en santé mentale et propose des repères pour favoriser l'accessibilité, à mettre en oeuvre tant dans les pratiques quotidiennes que dans les orientations politiques.