



Vers une réforme de la psychiatrie

Dans le tout premier numéro de « Confluences », consacré en mars 2003 aux pratiques de réseau, nous pouvions déjà lire un article intitulé « Vers une réforme de la psychiatrie ? ». C'était au lendemain d'une conférence interministérielle qui commençait à préciser les contours des *réseaux et circuits de soins* et qui, un gouvernement plus tard, allait lancer les *projets thérapeutiques*. Aujourd'hui, les projets thérapeutiques sont clôturés et la réforme de la psychiatrie se concrétise. Les projets-pilotes qui en constituent la première étape sont « en marche ». Nous pouvons sans crainte enlever le point d'interrogation du titre.

François WYNGAERDEN, Licencié en sociologie,
Coordinateur de projets dans le secteur de la santé mentale

En quoi cette réforme est-elle nécessaire ? Plusieurs raisons étaient évoquées¹ au départ : réduire l'isolement de la psychiatrie, l'intégrer dans la ville, dans la réalité sociale, diversifier l'offre et, dans une optique de service public, s'adresser à la population dans son ensemble. En un mot, il est question de poursuivre le processus de désinstitutionalisation, entamé dans les années 90 avec la création, entre autres, des habitations protégées, prolongé dans les années 2000 par plusieurs projets-pilotes (Soins psychiatriques pour patients séjournant à domicile, Activation, Outreaching, etc.). Dans l'introduction du « Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins »², présenté en mai 2010, nous ne lisons pas autre chose : « *La prochaine étape dans l'évolution vers des soins en santé mentale axés davantage sur la collectivité consistera à renforcer leur orientation vers la demande et transformer une offre essentiellement résidentielle en des soins plus différenciés, basés sur les besoins des personnes atteintes de problèmes psychiques et partant de leur milieu de vie, de leurs conditions concrètes de vie, d'apprentissage et de travail.* »

Les réseaux et circuits de soins

Arrêtons nous d'abord sur ce qui constitue la base de cette réforme : les notions de réseaux et de circuits de soins, tels qu'ils sont définis dans l'article 11 de la loi sur les hôpitaux.

Le « circuit de soins » est conçu comme un ensemble de modalités de soins, spécifique à un groupe cible (groupe d'âge), dans une région définie. Le « circuit de soins » offre une diversité de type de soins et d'accompagnement pour permettre de faire face à tout type de besoins des usagers. Il se réalise par la collaboration et la concertation concrète de tous les dispensateurs de soins. Le « réseau », quand à lui, est la forme juridique que ces collaborations prennent. Il est l'architecture institutionnelle qui permet une prise de décision collective entre les acteurs qui vont construire ensemble un ou plusieurs « circuits de soins ».

Même si le terme peut prêter à confusion, le « circuit de soins » n'implique pas un trajet de soins prédéterminé. Il ne s'agit pas de concevoir des services dont la succession temporelle est cadencée en fonction d'un diagnostic. Il s'agit plutôt de concevoir collectivement un ensemble de modalités de soins dont les particularités sont clairement identifiées par tous - et aussi par l'utilisateur, un ensemble à partir duquel un trajet de soins spécifique à chaque personne va se construire.

Voilà, pour la théorie, ce que la réforme se propose de mettre en œuvre. Pour cela, elle dispose de plusieurs outils. Il y a d'abord le plus connu, l'outil financier : le fameux « article 107 » de la loi sur les hôpitaux. « *Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour*

une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes. »

Même si nous avons identifié la réforme au « 107 », cet article ne contient aucune indication en rapport avec le contenu de la réforme...

Les cinq fonctions de soins

Du point de vue du contenu, le premier point de repère important de cette réforme est un ensemble de cinq fonctions de soins :

1. La première fonction porte sur les missions de base de l'aide et des soins. Il s'agit d'actions qui se développent dans l'espace communautaire et qui touchent autant à la prévention, à la détection précoce ou première intervention. Cela sous-entend un accueil de la demande accessible et l'organisation d'une réponse de proximité, en assurant, si nécessaire, la continuité thérapeutique sur le long terme.
2. La deuxième fonction concerne les équipes de traitement à domicile, d'une part, celles qui s'adressent aux personnes en situation aiguë ou subaiguë et, d'autre part, celles qui s'adressent aux personnes qui présentent des difficultés psychiatriques chroniques. Il s'agit d'une nouvelle forme de soins en santé mentale plus rapidement accessible aux personnes afin de leur offrir des soins adaptés là où elles vivent.
3. La troisième fonction s'inscrit dans le secteur de la réhabilitation psychosociale. Il s'agit de permettre aux personnes d'accéder à la réinsertion sociale et professionnelle dans la société, elle nécessite une approche politique transversale. L'objectif est de permettre une autonomie suffisante dans la vie journalière, de développer les capacités sociales par la participation à une vie communautaire, culturelle et par l'élaboration d'un projet professionnel adapté.
4. La quatrième fonction concerne l'intensification des soins résidentiels spécialisés pour les

personnes qui sont dans une phase tellement sérieuse que l'aide dans l'environnement de vie ou au domicile n'est temporairement pas indiquée. Ces petites unités sont caractérisées par des séjours de courte durée, d'une grande intensité et par un encadrement spécialisé.

5. La cinquième fonction touche au développement d'habitats spécifiques pour des personnes qui souffrent de problématiques psychiatriques chroniques stabilisées et qui présentent des possibilités d'intégration sociale réduites.

Il est à noter, et c'est probablement en cela que ces projets pilotes diffèrent fortement des autres, que les projets retenus devront organiser l'ensemble des fonctions de soins pour un public cible large et sur un territoire déterminé.

La construction d'un réseau

Le deuxième point de repère important dans cette réforme est la construction d'un réseau. Les concepteurs de la réforme semblent attacher beaucoup d'importance à la manière dont les partenaires vont construire ensemble des modalités de travail, des méthodologies communes, etc.

Sous la houlette d'un coordinateur de réseau – financé lui directement par le SPF Santé publique et non via l'article 107 – les partenaires s'attelleront d'abord à deux chantiers qui vont structurer la suite : la mise en commun des pratiques et des ressources ainsi que la mise en place d'un consensus et de procédures de fonctionnement adéquates.

Même si nous ne pouvons dire à l'heure actuelle quelle direction pratique va prendre la réforme, elle apportera des nouveautés importantes à notre système de santé mentale :

► Travailler à partir de fonctions de soins à élaborer collectivement et non plus à partir d'institutions de soins individuelles permettra de se focaliser sur l'offre globale à élaborer et incitera chacun à se décentrer par rapport aux seuls intérêts de son institution.

► Bien plus, c'est le fait que chaque projet prenne

en charge les cinq fonctions qui constitue une petite révolution. Cela obligera chacun à aller au delà de ses spécificités ou de sa spécialisation pour penser une offre globale avec tous les acteurs de la santé mentale et des secteurs avoisinants.

► La notion de territoire, introduite ici, est très importante, si l'on veut s'adresser à la population dans son ensemble et pas seulement aux personnes qui arrivent jusqu'aux services. Cela favorise la compréhension du contexte dans lequel s'enchâsse le service, l'exploitation des ressources du milieu de vie et l'adaptation aux besoins des habitants. La notion de territoire a également l'avantage de responsabiliser collectivement les professionnels de la santé.

► La prise en compte de la réhabilitation constitue également un réel plus. L'accès à la culture, à l'emploi, au sport, à la mobilité ou plus généralement l'accompagnement à la vie journalière participant au soin, sans être thérapeutique au sens strict du terme et méritent d'être plus largement développés en Belgique.

► Pour finir, le temps consacré à la construction du travail en réseau sera probablement déterminant. Quoiqu'on en dise parfois, il y a là une réelle opportunité d'élaborer les réseaux et circuits de soins à partir des pratiques et des analyses des travailleurs de terrain.

Si les principes donnent des raisons d'espérer, les écueils et difficultés ne manquent pas :

► Veiller, comme nos voisins anglais³, à la participation et aux droits des usagers.

Les dispositifs d'information sur les droits, sur l'accès à la plainte ou à la médiation sont, là, extrêmement développés au point de trouver des publicités dans le métro. Les usagers sont impliqués dans les organes de décision des institutions et même engagés pour leur expérience, aux côtés des soignants.

► Concrétiser la notion de territoire.

Il s'agit de considérer le territoire non comme un espace de « captation de clientèle », mais un espace où il faut mettre en valeur les ressources. Définir et faire évoluer les territoires de référence des services dans cet esprit est loin d'être une évidence.

► Garantir l'implication, de la manière la plus horizontale possible, des structures ambulatoires et hospitalières au sein du projet.

Le poids de l'histoire reste important. Ces structures ne sont officiellement amenées à collaborer que depuis une vingtaine d'années.

► Impliquer les acteurs hors-psychiatrie.

Le monde du handicap, particulièrement, propose une série de services qui sont ou pourraient être très utiles aux usagers des services en santé mentale.

► Déplacer le centre de gravité du système vers le milieu de vie. L'ancrage ambulatoire des équipes mobiles sera déterminant.


Cela demandera de réelles transformations dans le travail quotidien tant pour le monde ambulatoire qu'hospitalier.

► Soigner l'articulation avec la première ligne généraliste.

Offrir un soutien aux généralistes et aux maisons médicales est probablement un point-clé, à la fois pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé mentale et pour lutter contre la stigmatisation de la psychiatrie.

► Pour finir, et c'est un des points les plus délicats : l'échelonnement.

Chez nous, tous les services, quels qu'ils soient, sont accessibles sans conditions. Le modèle de Birmingham, quant à lui, conditionne l'accès à l'hôpital au passage préalable par une équipe mobile, tous les autres services restant accessibles librement. Cette condition vise à la fois à mieux utiliser l'hôpital et à préserver l'ancrage des usagers dans leur milieu de vie. Nous sommes encore loin de ce type de dispositif en Belgique, même si des essais à titre incitatif ont déjà eu lieu dans le domaine des soins urgents.

Quels qu'en soient les risques potentiels, cette réforme est enthousiasmante à bien des égards. Elle mérite véritablement l'attention des travailleurs de terrain et de la société civile dans son ensemble. D'autant que c'est de notre implication à tous que dépend l'orientation pratique qu'elle prendra... 

¹ Santé mentale et pratiques de réseaux : de quoi parle-t-on ? Les propositions du C.N.E.H., Confluences n°1, mars 2003.

² Disponible sur le site www.psy107.be

³ Il est ici fait référence au modèle de Birmingham, qui a - entre autres - inspiré la réforme.