

La santé mentale sort des murs de l'hôpital

NATACHA PÉANT

Les problèmes de santé mentale vont croissant. Un Belge sur quatre souffre d'un certain degré de mal-être, dont la moitié exhibe des problèmes psychologiques assez sérieux. De nouvelles formes de prise en charge émergent au sein d'une vaste réforme de la psychiatrie. Les projets 107 ont trois ans pour convaincre.

C'est trop déprimant pour être passé inaperçu : les chiffres autour du mal de vivre en Belgique, en Europe et dans le monde. La dépression est actuellement la cinquième cause de mortalité et de handicap dans le monde. L'Organisation mondiale de la santé la voit grimper sur la deuxième place du funeste podium en 2020. Même si les projections ne sont pas de nature à nous redonner le moral, elles soulignent l'importance de la réforme en cours dans le secteur psychiatrique belge.

Une révolution s'est en effet enclenchée il y a trente ans déjà. La Belgique a peiné à rattraper son retard. Aujourd'hui encore, elle est le pays d'Europe qui mise le plus sur l'hospitalisation. Mais le déclic a eu lieu. Aujourd'hui, la réforme veut offrir une diversité de réponses au mal-être, sans attendre l'extrême urgence.

On en est à la troisième phase de cette réforme. Les problèmes de santé mentale allant croissant, la demande de soins va de même. Et des nouvelles formes de prises en charge s'imposent. Plus complexes. Plus multifformes. Désinstitutionnalisées. Avec aussi de nouvelles pratiques de concertation transversale. Et des projets thérapeutiques expérimentaux.

Chaque Région a choisi ses projets en fonction de ses besoins. On a trois ans pour moderniser notre dispositif et sortir du réflexe archaïque du tout à l'hospitalisation.

Années 1970

La création des centres de santé mentale (CSM) amène l'aide au coeur de la communauté.

Années 1990

Les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les habitations protégées (iHP) renforcent l'offre de service en dehors des hôpitaux.

2012

L'offre essentiellement résidentielle en Belgique (150 lits psychiatriques pour 100.000 habitants, le ratio le plus élevé d'Europe) se transforme en soins différenciés basés sur les besoins des patients, dans leur milieu de vie via les projets 107, projets-pilotes financés par la suppression des lits en hôpitaux et décidés à la discrétion des Régions.

L'équipe de crise a désamorcé la détresse de M et de sa mère

Situation de crise. Confidentialité oblige, nous ne citerons pas les noms. Une femme et son fils, M. Après plusieurs tentatives de suicide consécutives à des ruptures affectives et plusieurs épisodes de claustrations prolongées, M, 22 ans, finit par s'enfermer pour de bon. Jaillissent les questions inévitables pour la mère désemparée : que faire ? va-t-il vraiment en finir ? qu'ai-je fait de mal ? à qui demander de l'aide ?

Elle se tourne vers la police. La police interpelle le procureur qui demande une expertise aux urgences psychiatriques de Saint-Luc à Bruxelles. Vu que l'état de M, quoique préoccupant, ne rencontre pas les critères très stricts pour réaliser une hospitalisation contrainte, M rentrera chez lui pour mieux reproduire le scénario infernal de l'isolement. Un an passe sans

qu'il sorte de chez lui. « Il est le roi de la maison, il ne demande pas cette place, mais il est tellement en danger qu'il l'est devenu », nous livre la mère.

Ce témoignage reflète la désorientation totale des proches de personnes en situation de mal-être profond. Il n'existe aucun recours si la personne ne souhaite pas de soins et si elle échappe aux critères stricts qui permettent de priver quelqu'un de sa liberté pour raison psychiatrique. La mise en observation demande qu'il y ait à la fois maladie mentale décompensée, dangerosité pour soi-même ou pour autrui, refus de soin et absence d'alternatives. « En gros, sur cent situations d'expertises qui arrivent aux urgences, 60 ne déboucheront sur aucune mise en observation. Ce qui ne veut pas dire que ces situations ne sont pas très préoccupantes », déclare Christophe Herman, coordinateur du projet 107 de Bruxelles-Est.

C'est ici que peut intervenir l'équipe mobile de crise, issue de la réforme appelée projet 107 : elle tente d'accrocher tous ceux qui sinon décrochent, et dont l'issue peut être alors dramatique. Cette équipe se compose d'une vingtaine d'intervenants : psychologues, assistants sociaux, infirmiers et psychiatres, tous issus du projet développé en partenariat entre le centre hospitalier Jean Titeca et les cliniques universitaires St-Luc, à Bruxelles. Cette équipe depuis quelques mois tente d'appréhender les situations complexes en intervenant directement sur le lieu de la crise, à savoir le domicile ou des lieux de socialisation des personnes en souffrance psychique. C'est cette même équipe qui rétablira l'équilibre dans le foyer de nos témoins à travers un travail d'écoute, de dialogue et d'orientation en quelques semaines.

Véritable levier de la dernière étape de la réforme psychiatrique en cours en Belgique, cette équipe d'intervention se mobilise selon des critères précis. Son action se centre sur l'est de Bruxelles. Elle intervient dans les 48 heures, le plus souvent à la demande d'un tiers (un proche, un voisin.) ou d'une institution (psychiatrique, centre de santé mentale.). Elle n'a pas vocation à se substituer aux centres de soin traditionnels, mais au contraire à générer une synergie entre tous les services concernés et à remobiliser l'entourage. « Ce qu'on voudrait faire, c'est relancer la solidarité naturelle et la force du réseau professionnel », souligne la psychiatre Michèle Laurent, coordinatrice de l'équipe mobile.

Dans notre cas d'espèce, il s'agit d'une CDT, consultation à la demande d'un tiers : c'est la mère de M qui contacte l'équipe mobile de crise alors que son fils n'est pas demandeur : « Tout ce que les pys me proposaient, je l'avais déjà testé, nous dit-il, et je le démontais. Je voulais m'en sortir par moi-même, élucider moi-même le problème et avancer. Aujourd'hui, je trouve que mon idée de m'enfermer était bonne. Mais mon système même s'il fonctionnait très bien, faisait souffrir ma mère et mon entourage. » Aussi lorsque sa mère l'informe qu'une cellule psy se présentera à la maison, pour la soutenir, elle qui n'en peut plus, le fils accepte immédiatement d'assister à la séance.

Il faudra finalement cinq visites à domicile pour sortir M et sa maman de l'impasse. M avait été diagnostiqué HP, haut potentiel, intelligence supérieure. En dehors de toutes les catégorisations psychiatriques, le jeune homme incarnait le cas typique qui auparavant aurait pourri sur place. Selon Gérald Deschietere, psychiatre de l'équipe, « c'est auprès de ce type de population que l'intervention mobile prend tout son sens. Dans le cas de claustration de jeunes adultes, nous ne pouvons pas mettre d'étiquette mais devons les soutenir à sortir de leur isolement. C'est très difficile d'amener en consultation ces jeunes qui ont tendance à rejeter leur incapacité sur les parents ou la société ». En effet, la personne dite HP, comme M, ne rentre dans aucune des familles des pathologies stricto sensu. Son mal-être et ses vicissitudes sont probablement colorés par le fait d'être hyper intelligent, hyper sensible, hyper raisonnable, mais dans tous les cas « hyper quelque chose » et souvent avec les aiguilles dans le rouge. Un problème de jauge. Pas simple à vivre, un QI de 145.

L'intervention mobile offre aussi des résultats encourageants auprès des personnes atteintes de psychose. Quand elle est malade, la psychose se caractérise par une absence de « conscience morbide », soit une absence de la conscience de son propre trouble. L'écoute et le dialogue qu'apporte à domicile l'unité mobile cherchent à conduire le patient à

prendre progressivement conscience du caractère irréel de ce qu'il pense ou vit comme une conviction inébranlable. L'équipe crée en fait les conditions nécessaires à une thérapie qui fonctionne : un patient qui participe, le respect mutuel, l'approche systémique. L'équipe prend toujours contact par courrier ou par téléphone avec le patient, comme nous le confie Michèle Laurent, psychiatre. « Nous insistons sur la souffrance de chacun, et sur notre disponibilité qui doit nous permettre de comprendre la complexité de la situation. Et d'injecter un peu d'espoir et de la confiance. »

Entre l'abandon et l'acharnement thérapeutique, il existe une voie du milieu. Vis-à-vis des détracteurs des équipes mobiles qui affirment que leur aide est en fait une forme insidieuse de contrôle social, Gérald Deschietere réagit fermement : « Aujourd'hui, je suis beaucoup plus inquiet de l'abandon thérapeutique que de l'acharnement thérapeutique. Pour une famille, devoir appeler la police parce que le fils, le père ou le frère va moins bien et qu'on pense que la dernière alternative c'est de lui imposer une privation de liberté en vue de soins, c'est beaucoup plus violent parce que là, c'est la police et tous ses symboles. Notre équipe n'est pas là pour jouer les gendarmes psychologiques. On a vraiment travaillé notre idée d'intervention en veillant à respecter la demande et son contexte sans s'arroger un autre pouvoir que celui de proposer des soins adaptés. »

On en veut pour preuve les résultats obtenus avec la famille de M. Avant l'intervention, le dialogue était rompu, plus personne ne parlait la même langue. Les deux psychologues de l'équipe mobile se sont mues en traductrices du vécu de la mère et de celui du fils. Résultat : au terme de cinq séances à peine, la communication était rétablie et la joie de s'être retrouvé a fait le reste. La mère déclare : « J'ai déculpabilisé, cessé de me demander si j'étais une mauvaise mère, où j'avais merdé. Les deux psychologues qui se sont déplacées chez moi m'ont orientée vers les solutions et le temps que j'ai mis à penser les solutions, je ne l'ai plus mis à penser des choses inutiles. »

M. a commencé des études de droit, il trouve ça « sympa ». Il a renoué avec l'amour et la vie sociale. « Dès que ma mère puis ma famille se sont mis à comprendre, la base s'est stabilisée, j'ai recommencé à sortir. Les coups durs de la réinsertion, j'ai réussi à les sentir, à les contrer et parce que je m'étais longtemps isolé, j'ai réussi à trouver des solutions. »

Vu ces premières expériences de terrain, et en évitant le simplisme réducteur du « il n'y a qu'à » qui ne rend pas compte de la complexité de nos appareils psychiques et de leur souffrance, les unités mobiles aujourd'hui encore en phase pilote semblent bien parties pour pérenniser leur action et l'étendre à un territoire plus vaste.

A l'Autre Lieu, chacun apporte sa richesse

Yves-Luc Conreur, l'agitateur devenu fédérateur, est l'incarnation de l'évolution psychiatrique. « Je suis un agitateur professionnel, qui a vécu, pensé et voulu changer les choses en les organisant un minimum. »

Des psychiatres aux psychanalystes, les pros de la psy, et dieu sait que des courants les divisent, se montrent d'accord pour reconnaître le combat d'Yves-Luc Conreur qui n'est pas psy, qui est profane, qui a milité toute sa vie contre la toute-puissance psychiatrique.

A la proue de l'Autre Lieu, notre homme, qui offre accueil et hospitalité à ceux qui ne vont pas fort, fut suspecté dans les années 80 d'être une sorte d'ennemi public. Militant des réseaux activistes « Information asile et alternative à la psychiatrie », il fut suivi par les Brigades spéciales de recherche alors qu'il manifestait en Europe pour le démantèlement des établissements asilaires. « Oui, oui. La psychiatrie, c'est pas rien. Je n'ai jamais attenté aux murs d'un hôpital psychiatrique, mais j'ai pris à partie la psychiatrie dans des réunions, parfois très violemment. »

Son combat est en fait éminemment politique. « Parce qu'une psychiatrie dans un pays a toujours à faire avec la sûreté publique, elle n'est jamais une pure essence de soin. Ça a toujours à faire avec : est-ce que cette personne trouble l'ordre public ? C'est un mélange problématique, faut toujours y réfléchir. »

Il était encore interné lorsqu'il s'est initié à l'antipsychiatrie. « Je lisais des auteurs comme Roland Laing et David Cooper. » Il mène aujourd'hui encore principalement deux combats « contre la captation des moyens financiers par l'univers hospitalier, le navire amiral de la psychiatrie » et contre l'amalgame malsain et faux, qu'on nous présente pourtant comme coulant de source, entre la maladie mentale et la dangerosité sociale.

« J'ai connu la psychiatrie dans les années 70, lors d'un épisode de déréalisation-dépersonnalisation, suite à la mort de mon père qui était le facteur déclenchant, et une peur de me lancer dans l'aventure de la vie. Je devais faire un effort continu pour me souvenir de moi-même. J'expérimentais un doute métaphysique de manière concrète : comment les petits oiseaux et le président Nixon pouvaient-ils vivre dans le même monde ? Une impression d'étrangeté se dégageait de ma personne et du monde. Je questionnais la signification d'une chaise ou d'une voiture. Je ne reconnaissais plus mon visage dans le miroir et j'halluciniais celui de mon père à la place du mien. Mon corps et mon esprit étaient partis en légende. Je pensais que je devenais fou. »

Direction l'hôpital où l'un des deux psychiatres « de sa vie » le soigne à la psilocybine, traitement hallucinogène, aujourd'hui disparu et interdit, au cours duquel il vivra une croissance de 21 ans en quelques secondes. S'ensuivent des échanges passionnants et déterminants avec ses congénères internés. « Je n'ai jamais oublié ces personnes rencontrées à l'hôpital. J'ai vécu quelque chose de fort avec elles. Des liens singuliers et fraternels se sont noués. » Son destin est alors en train de se jouer.

« On a perdu une dimension essentielle de l'existence : dans une vie, on est confronté au chagrin des autres. Croyant qu'on n'est pas légitime à intervenir, on va plutôt vers des structures professionnelles. Suis pas son psy. Va voir un psy. On se dispense de s'adresser à soi-même, à l'autre, de faire confiance à l'entendement humain. Des gens sont malheureux, ils ne parviennent plus à tenir le coup, mais ça, c'est le destin commun des hommes. Chez les uns, c'est très aigu, mais c'est fait de la même chose, à des intensités différentes. Ça ne veut pas dire que parfois, il n'y a pas de pathologie qui nécessite une intervention plus pointue de la part des professionnels, mais ce malaise que les gens disent augmenter dans la société, il vient d'où ? Tout le monde ne s'est pas mis à développer une dépression en même temps, en différents endroits, par hasard ! Il y a un rapport avec les attentes qu'on peut avoir d'une société et le sentiment qu'on peut avoir de la changer. Il faut sentir qu'on est un plus pour le monde où l'on vit. Dans la vie de tous les jours, les rencontres se font sur une base d'agressivité : casse-toi pauvre con. »

C'est cela qui l'a amené à cofonder l'Autre Lieu. Parce qu'il ne faut pas être un expert pour nouer efficacement une relation d'aide à la personne. A contre-courant de bon nombre de présupposés modernes sur la professionnalisation des soins de santé mentaux, Yves-Luc Conreur se bat pour la reconnaissance des ressources profanes au sein de la cité. En effet, ces nombreuses années d'expérience lui ont montré que le recours aux liens sociaux les plus naturels désamorçait les situations de rupture parfois de manière aussi satisfaisante que l'internement psychiatrique traditionnel perçu comme réponse immédiate.

L'Autre Lieu, qu'il a cofondé avec Micheline Roelandt, à l'époque psychiatre à l'hôpital Brugmann, et qui est soutenu par les instances officielles, existe aujourd'hui depuis trente ans. Il a pris successivement plusieurs formes, mais s'appuie toujours sur les liens sociaux les plus naturels. « Au départ c'est un réseau de lieux de vie. Des gens débarquaient chez d'autres gens qui acceptaient de faire un bout de chemin avec eux, et puis au bout d'un moment, le temps d'accueil se terminait. Dans les années 90, ces réseaux ont périclité, alors est venu le temps des maisons communautaires (NDLR : telles qu'on les connaît encore aujourd'hui) et qui représentaient une sorte de solution à plus long terme où les gens étaient insérés dans un quartier et reprenaient leurs repères. »

Ils signent un bail. Certains locataires vont franchement mal, d'autres mieux, et l'on s'entraide. Des personnes engagées par l'Autre Lieu sont en charge des maisons et viennent aux réunions communautaires qui ne sont pas obligatoires. « On rabiboche les choses, on s'exprime. Personne n'est jamais lâché. » Tout ça sans encadrement psy. « Ce n'est pas sec. Ce n'est pas froid. Les gens le sentent. »

« Dans nos sociétés, il y a un défaut de solidarité naturelle, c'est quelque chose d'important. A l'Autre Lieu, on la refabrique d'une façon artificielle, en espérant que cette fabrique débouche sur du plus naturel. »

Ainsi deux de ces maisons communautaires ont été confiées à des exilés mauritaniens peuls, parce qu'ils reçoivent beaucoup de monde et veillent sur chacun sans se poser la moindre question, sans y voir aucune entrave à leur liberté, leur individualité. L'expérience a tenu près de vingt ans. Ils ont accueilli une centaine de personnes qui ont bénéficié de leur hospitalité naturelle en échange d'une maison convenable.

« Certes, on ne peut accueillir toute la misère du monde, mais en changeant de lunettes, il se peut qu'on puisse en accueillir la richesse. C'est une façon de voir des personnes, sous l'angle non plus du poids qu'elles feraient peser sur la communauté, mais des apports dont elles la feraient bénéficier. »

© 2012 Le Soir, Novembre 29 2012, p 16