

LES SERVICES DE SANTE MENTALE BRUXELLOIS FRANCOPHONES ET LA REFORME DES SOINS EN SANTE MENTALE

Texte rédigé par la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois francophones à l'intention des différents acteurs du secteur social/santé et des intervenants politiques concernés concernant la nouvelle réforme des soins de santé mentale en Belgique.

(www.psy107.be)

Table des matières

Introduction	p. 1
Partie I : historique	p. 2
1. La création des services de santé mentale	p. 2
2. Les services de santé mentale aujourd'hui	p. 3
3. Les services de santé mentale et la psychiatrie hospitalière	p. 4
Partie II : les services de santé mentale et les fonctions décrites dans la réforme	p. 6
Avant-propos	p. 6
Introduction	p. 6
1. Les services de santé mentale et la première fonction de la réforme	p. 6
2. Les services de santé mentale et la deuxième fonction de la réforme	p. 8
a) Obstacles rencontrés par les SSM dans les suivis à domicile	p. 8
b) Expertise développée par les SSM dans les suivis à domicile	p. 9
3. Les services de santé mentale et la troisième fonction de la réforme	p. 10
ORéhabilitation et services de santé mentale	p. 10
Partie III : quelques enjeux pour la santé mentale à Bruxelles	p. 11
1. Le travail en réseau	p. 11
2. Un blocage socio-économique	p. 12
3. Une sortie possible du blocage	p. 12
Conclusions	p. 13

Introduction

La Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois (FSSMB) en collaboration avec la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFMSM) souhaite développer sa position face à la réforme des soins en santé mentale en présentant les spécificités de l'approche ambulatoire et ses articulations avec les dispositifs proposés par la réforme. Ce texte situe le travail des services de santé mentale en rapport avec les différentes fonctions (F1, F2 et F3) constituant la partie ambulatoire de ladite réforme. La phase actuelle de la réforme s'adressant aux patients âgés de 16 ans et plus, le travail des services de santé mentale présenté ci-dessous est centré exclusivement sur celui des équipes recevant des patients adultes.

La clinique et les interventions auprès d'adolescents demandent une approche spécifique et complexe où il est nécessaire de travailler étroitement avec un système familial et un contexte propre à chaque adolescent. Dans les services de santé mentale, ce travail relève des équipes infanto-juvéniles et ne peut comme tel entrer dans la présente réforme. La question même du diagnostic chez des adolescents mérite un débat important. Une réforme se prépare pour les soins destinés aux enfants et aux adolescents. La FSSMB et la LBFMS y réagiront en temps voulu. Néanmoins, il est important de différencier les soins destinés aux

adolescents des soins destinés aux adultes. Enfin, il serait nécessaire de penser le passage de la minorité à la majorité et ses implications tant pour les patients que pour les professionnels.

Ce texte développera le travail des SSM avec les patients psychiatriques chroniques et aigus qui, il nous semble incontournable de le relever, ne représente qu'une partie des demandes reçues par ses services dont les missions s'adressent à toute personne aux prises avec une difficulté relevant de la santé mentale.

Partie I : historique

1. La création des services de santé mentale

L'arrêté royal de 1975 organisait les activités des services de santé mentale en tant que services publics ouverts, accessibles à tous et implantés dans les lieux de vie de la population. La volonté des responsables de la santé et des législateurs des années 70 allait dans le sens de l'humanisation des prises en charge et de la promotion d'une psychiatrie sociale dans les mains d'équipes pluridisciplinaires, moins centrées sur les symptômes et l'exclusion que sur une compréhension intrapsychique, relationnelle et sociologique des situations et sur la réinsertion des personnes.

L'organisation des soins de santé au niveau mondial, suite principalement aux accords d'Alma Ata en 1978, favorise les structures de prise en charge des patients dans leur milieu de vie. En ce sens, le service de santé mentale s'intéresse à une population liée à un territoire déterminé. La connaissance qu'il a du contexte social et culturel de sa patientèle lui permet d'avoir une vision plus globale des problèmes rencontrés, d'amener un suivi dans la continuité en tenant compte du support social du sujet (famille, entourage). Il est aussi bien placé pour réaliser un travail en partenariat avec de nombreux intervenants de première ligne (médecins traitants, éducateurs de rue, assistants sociaux de quartier...). Les équipes sont pluridisciplinaires, ce qui permet d'envisager les difficultés des personnes au point de vue psychiatrique, psychologique et social et ce à partir d'une conception psychodynamique du psychisme et dans

une perspective d'analyse contextuelle.

Depuis 1975, les services de santé mentale ont acquis une maturité qui leur vient de la rencontre quotidienne avec le mal-être, la souffrance psychique, la folie et la précarisation psycho-sociale. Ils ont dû confronter leurs pratiques au contexte des crises socioéconomiques traversées par les sociétés occidentales. Il est intéressant de noter que la date de leur création correspond à la fin des « trente glorieuses » marquée par la première crise pétrolière en 1973. Depuis lors, la répétition des crises économiques entraîne des conséquences sociales graves : chômage, précarité matérielle, nouvelle pauvreté, discrimination raciale, augmentation de la violence, perte des repères symboliques traditionnels et érosion de la confiance dans les valeurs habituelles. Des années 90 à nos jours, ce mouvement n'a cessé de s'accélérer et de s'amplifier. Les équipes de santé mentale ambulatoires ont dû s'adapter à ces modifications et doivent aujourd'hui répondre à des demandes nouvelles, dans un contexte différent.

Parallèlement à la création des services de santé mentale, les maisons médicales et les services de planning familial ont été reconnus comme institutions sociales et de soins. Par la suite, d'autres services (Centre d'Action Sociale Globale, Soins à domicile, Aide aux victimes, les services actifs en matière de toxicomanie, ...) se sont ajoutés à l'offre d'aide dans le domaine du social et de la santé et sont maintenant regroupés au sein du nouveau décret de la COCOF. Le tout se complète par de nombreuses

initiatives d'accueil et socioculturelles ainsi que par des associations de patients et de leur famille. Au sein de cette richesse associative qui est une force de notre pays, les services de santé mentale ont développé une offre spécifique de soins en articulation avec leurs partenaires.

2. Les services de santé mentale aujourd'hui

Le décret de la Cocof de 2009 précise que les services de santé mentale doivent obligatoirement « assurer un accueil, une évaluation de la demande, une réponse immédiate et une orientation adéquate ». En outre, ils doivent « poser un diagnostic qui tienne compte des aspects psychologique, psychiatrique et social du consultant et assurer un traitement. Ils visent à maintenir ou à restaurer les capacités du patient afin qu'il puisse les utiliser de façon optimale quel que soit son milieu de vie ».

Les services de santé mentale sont pluralistes, généralistes et au service de tous. La santé mentale concerne tout le monde, y compris mais pas uniquement les patients psychiatriques chroniques et aigus. Les fonctions psychiatriques, psychologiques et sociales y sont intégrées dans une approche pluridisciplinaire pour l'ensemble d'une population sur un territoire donné. Les patients qui consultent un service de santé mentale ne peuvent généralement pas bénéficier de soins en privé, en partie pour des raisons financières mais aussi parce qu'une approche intégrée et pluridisciplinaire s'avère nécessaire à leur situation. Le suivi des patients s'effectue également en collaboration avec toutes personnes ou institutions concernées par la situation, dans le respect de leur liberté de choix et du secret professionnel.

Les activités de prévention sont également inscrites dans le décret régissant les services de santé mentale. Celles-ci visent la réduction de l'incidence des problèmes de santé mentale en s'attaquant aux facteurs de risques et aux conditions pathogènes. Elles consistent notamment dans l'information, la sensibilisation et l'éducation en matière de santé mentale de la population et des travailleurs du réseau socio-sanitaire. Des interventions particulières de prévention envers des groupes cibles peuvent être également organisées.

Enfin, par sa qualité de service public, le service de santé mentale vise à l'accroissement du bien-être personnel et collectif et développe des projets de promotion à la santé

mentale. Ceux-ci consistent à favoriser des réseaux de soutien social, à travailler à l'amélioration des conditions de logement, d'éducation, de travail afin de les rendre favorables à la santé mentale.

Ces derniers aspects sont d'autant plus prégnants que les questions de la paupérisation de la population et de l'afflux de réfugiés se posent sans cesse avec plus d'acuité dans une grande ville comme Bruxelles. Ces nouvelles données ont un impact particulier sur le psychisme et demandent des réponses adaptées. De plus, elles ne cessent de faire augmenter les consultations en santé mentale, souvent à bon escient, mais aussi parce que ce qui ne peut plus se dire dans le social revient s'énoncer à travers le corps et la psyché des individus. Les intervenants en santé mentale sont ainsi amenés à créer des espaces de pratiques spécifiques, articulées avec la dimension sociale de chaque patient.

Si la précarisation et la mixité croissante de la population posent de nouveaux défis dans nos pratiques, elles réclament également une politique publique de soins adaptée. Le durcissement des conditions d'accès aux aides sociales que l'on constate actuellement tend à exacerber le problème plutôt qu'à le résoudre. Des actions concertées entre les responsables politiques, les acteurs médico-psycho-sociaux et les usagers pourraient permettre la constitution de solutions créatives ancrées dans le tissu social. Par exemple, la possibilité de partager une habitation à plusieurs bénéficiaires d'un revenu d'intégration du CPAS permettrait de recréer du tissu social, d'accéder à un logement décent et de donner des conditions de vie propices à un mieux être, sans avoir recours à une institution de soins. Hélas, la législation ne permet pas une telle démarche qui entraînerait automatiquement une diminution des allocations d'aide.

La réalisation des missions qui nous sont imparties se heurte à différents obstacles. En effet, face aux problèmes sociétaux nouveaux décrits ci-dessus, les services de santé mentale sont parfois considérés comme la solution ultime quand les services sociaux ne savent plus à quel saint se vouer. Ils reçoivent alors des demandes pour des problèmes où le facteur santé mentale est principalement la conséquence de la précarité des conditions de vie. Traiter le problème uniquement sous cet angle revient alors à mettre un emplâtre sur une jambe de bois. Ce dont a besoin une personne qui vient de perdre son logement ou

son emploi n'est pas nécessairement un antidépresseur ou une psychothérapie.

Le recours de plus en plus important au psychologique peut être entendu comme l'illustration de l'inscription intrapsychique dans l'individu de la charge sociale. Nous soutenons que les réponses qui ne prennent en compte que le seul aspect psychologique ou social dans ces situations sont inopérantes. L'enjeu est de réussir l'articulation des regards et des actions à mener. Nous avons à construire des réponses collectives qui ne laissent pas la compréhension du mal-être, des symptômes et des soins à y apporter, du seul côté de la santé mentale ou du seul côté du social.

Les services de santé mentale reçoivent aussi des patients d'un type nouveau pour qui consulter n'est plus uniquement une démarche pour aller mieux, mais une manière d'obtenir une aide financière, une sortie de prison anticipée ou une régularisation administrative. Ces situations nouvelles où la demande n'est pas portée par le patient, exigent un travail de réseau important et contribuent à la saturation des services.

Entre psychiatrie, accompagnement psychologique, aide sociale, demande de la justice, etc., les services de santé mentale se trouvent à la croisée des chemins, témoins privilégiés de la complexification du social et de ses effets sur la santé mentale. Leur travail n'est pas souvent reconnu à sa juste mesure. D'une part, cela tient à la nature complexe et multiple de leurs interventions qui ne sont pas aisément représentables et d'autre part, à ce que leurs effets sont souvent de nature préventive. Ce travail permet ainsi à de nombreux patients d'éviter une désinsertion sociale, un surendettement, une hospitalisation en psychiatrie, une perte d'emploi, etc. Ces effets préventifs sont difficilement chiffrables par des statistiques qui mettent en avant ce qui est mesurable et laissent tomber des pans entiers de réalisations qui entrent mal dans une logique calculable.

3. Les services de santé mentale et la psychiatrie hospitalière

Les services de santé mentale ont été créés dans les années 70 comme alternatives à l'hospitalisation psychiatrique. La Belgique a choisi à l'époque une solution intermédiaire entre celle de l'Italie qui a fermé les hôpitaux psychiatriques au profit de petites structures ambulatoires locales et celle de la France qui a créé des Centres médico-psychologiques (CMP) liés aux hôpitaux psychiatriques.

En Belgique, les services de santé mentale (centres de guidance à l'époque) sont restés indépendants des structures hospitalières. Cette séparation s'est creusée lors de la fédéralisation de la Belgique, les hôpitaux restant une compétence du gouvernement fédéral et la santé mentale ambulatoire devenant une compétence communautaire.

Cette indépendance des services de santé mentale les a aidés à promouvoir des projets de soins du patient dans son milieu de vie, adaptés aux différentes réalités locales rencontrées. Ces projets ont amené les services de santé mentale à s'occuper conjointement des problèmes psychiques et des problèmes sociaux de leurs patients. Leurs actions se sont naturellement élargies et ont rapidement concerné des populations en difficultés psycho-sociales qui ne faisaient pas partie de la patientèle des hôpitaux psychiatriques. Dans la foulée de la création des services de santé mentale, d'autres structures ont vu le jour et sont venues compléter l'offre de soins ambulatoires, notamment les centres de jour et les centres de nuit.

Au début des années 90, la réforme des soins en santé mentale permettait la création de nouvelles structures de soins, les habitations protégées, initiatives qui devaient résulter d'un partenariat entre un hôpital psychiatrique et un service de santé mentale. Les maisons de soins psychiatriques voyaient également le jour. Les budgets permettant l'instauration de ces nouvelles structures étaient dégagés sur la base de conversions de lits psychiatriques. A la différence des services de santé mentale, ces nouvelles institutions sont restées dépendantes du ministère de la santé publique et donc du gouvernement fédéral.

Au début des années 2000, la réforme pris un nouveau tournant avec la « Note de politique relative aux soins de santé mentale », proposée par la ministre de la santé publique de l'époque, Magda Aelvoet. Il n'était plus question de créer des nouvelles structures mais de mieux faire fonctionner entre elles les institutions existantes. Les circuits de soins étaient nés, du moins sur papier. Leur mise en œuvre amena de nombreuses réticences des travailleurs de terrain qui y opposèrent deux critiques importantes. La première était liée à leur longue expérience du travail en réseau où pour chaque patient, un réseau qui lui est propre est élaboré, constitué des travailleurs et des services qu'il a rencontrés dans le décours de sa maladie et avec lesquels il a pu nouer des liens de confiance. Les circuits de soins en santé mentale étaient basés sur une logique inverse : un ensemble d'institutions auraient établi des conventions entre elles et le patient se serait vu confié à un circuit ins-

titutionnel en fonction de sa pathologie, démarche faisait fi de sa singularité et de sa participation à la construction d'un réseau qui lui soit propre. La seconde critique portait sur la classification des patients en public cible (jeunes, adultes, personnes âgées, toxicomanes, personnes internées et handicapés présentant des problèmes de comportement). Celle-ci fut jugée réductrice et stigmatisante, risquant d'enfermer les patients sous une étiquette ne désignant au mieux qu'un trait de leur personnalité. Les réactions négatives du secteur et d'autres acteurs concernés par ces propositions contribuèrent à l'échec d'un accord politique global qui entraîna l'arrêt du projet.

Quelques années plus tard, cette idée refit surface avec les projets thérapeutiques. L'idée était de se centrer sur les patients présentant une pathologie chronique et complexe et d'organiser leur prise en charge sous la forme de circuit de soins. Une démarche d'évaluation contraignante et irrespectueuse de la vie privée mit fin prématurément à ces initiatives qui ne dépassèrent pas le stade de projets pilotes .

L'actuelle réforme des soins en santé mentale perpétue la logique de création de nouveaux services financés par la fermeture de lits psychiatriques. Elle tient compte également des leçons laissées par l'échec des projets thérapeutiques, en n'imposant plus un cadre contraignant aux travailleurs de terrain mais en les laissant élaborer des projets en phase avec la réalité qui est la leur. L'idée de travail en réseau est au centre du projet et la souplesse nécessaire à la construction d'un circuit propre à chaque patient semble possible à mettre en œuvre.

Parallèlement à ces réformes, d'autres institutions, souvent à l'initiative de quelques personnes concernées par la problématique, se sont créées pour améliorer la situa-

tion de patients souffrant d'une pathologie psychiatrique. Il s'agit de diverses initiatives socioculturelles où les bénéficiaires peuvent créer des liens sociaux et développer leurs potentialités créatives et artistiques. Souvent, elles s'adressent à un public plus large ce qui permet d'intégrer les personnes malades mentalement sans les stigmatiser. Elles contribuent grandement à créer des liens entre ces personnes et le reste de la société.

Malgré son hétérogénéité, cet ensemble de dispositifs a constitué petit à petit un en deçà et un au-delà de l'hôpital psychiatrique. En amont, il a permis à bon nombre de patients d'éviter une hospitalisation en psychiatrie et en aval, les séjours hospitaliers ont pu être moins longs grâce aux possibilités d'orientation du patient à la sortie vers un véritable réseau de soutien. Le passage d'un patient du réseau ambulatoire vers l'hôpital et à la sortie de celui-ci est resté un moment délicat où une collaboration active entre l'hospitalier et l'ambulatoire s'est avéré indispensable. Il est à noter que quand ces collaborations ont pu se mettre en place efficacement, elles ont été le fait d'initiatives prises par les travailleurs des différentes institutions impliquées plus que celui d'une politique pensée et soutenue dans ce sens par les pouvoirs organisateurs desdites institutions.

Actuellement, l'ensemble du système des soins en santé mentale est en crise. Les hôpitaux psychiatriques ne trouvent pas de place pour leurs patients dans les structures post-hospitalières ambulatoires et résidentielles qui sont débordées par les demandes. Une des raisons de cette crise réside dans la saturation du système de soins liée à une augmentation importante du nombre de détresses psychiques nécessitant une hospitalisation. La réforme des soins en santé mentale telle qu'elle est pensée aujourd'hui, est-elle en mesure de répondre à ce problème ?

Partie II : les services de santé mentale et les fonctions décrites dans la réforme

Avant-propos

La formalisation de la réforme en cinq fonctions organisationnelles présente plusieurs risques dont la prise en compte pourrait prévenir certains effets délétères pour les patients, leurs familles et les professionnels. Le plus important d'entre eux étant la construction d'un système rigide où le patient perdrait toute responsabilité et toute liberté par rapport aux soins.

Ces fonctions ne rendent pas compte de toutes les dimensions de vie des usagers des soins psychiatriques et il serait dommageable de les y réduire. Ce découpage proposé par la réforme a bien entendu un intérêt formel et organisationnel mais ne peut pas rendre compte de l'ensemble du travail réalisé par les services de santé mentale et encore moins de la vie des personnes, de leurs relations et de la complexité de leurs troubles.

La réforme s'appuie également sur la notion de territoire qui est essentielle pour peu qu'on ne la limite pas à sa seule définition géographique. Elle doit également prendre en compte la façon dont cet espace est habité. A Bruxelles, la réalité sociodémographique est différente du reste du territoire belge. Ses spécificités ont des répercussions sur l'offre de soins en santé mentale. La plateforme bruxelloise de concertation pour la santé mentale a réalisé un travail sur ces spécificités bruxelloises qu'il est utile de prendre en compte.

Introduction

Après ces remarques préalables, nous présentons une articulation possible des services de santé mentale avec la formalisation proposée par la réforme. Nous analysons ci-dessous les trois premières fonctions qui forment l'articulation ambulatoire de la réforme en précisant d'emblée que si certaines missions des services de santé mentale décrites dans le décret de la Cocof (2009) s'accordent avec ces fonctions, elles ne se limitent pas à celles-ci. Les fonctions 4 et 5 concernant les hospitalisations et le résidentiel touchent moins directement le travail des services de santé mentale. Ils peuvent néanmoins être amenés à solliciter la mise en place de ces deux fonctions si la situa-

tion du patient le réclame ou a contrario, être sollicités par des structures résidentielles pour accompagner des personnes pendant ou après leur hospitalisation.

Dans un souci de clarté et pour décrire les possibles collaborations des services de santé mentale au sein de la réforme, nous avons choisi de présenter cette partie en nous référant à ce cadre fonctionnel qu'elle propose, tout en gardant nos spécificités et en nommant nos limites. En effet, les fonctions reprises par la réforme ne correspondent pas univoquement aux pratiques des services de Santé Mentale. Si la plupart de nos interventions concernent la fonction 1, nous opérons également dans la fonction 2 en suivant des patients chroniques à domicile et en intervenant parfois dans des situations de crise et dans la fonction 3 en participant au processus de réhabilitation. Notre travail traverse donc le découpage proposé par la réforme qui devra veiller à préserver les spécificités de chacun et nous enrichir de nos différences.

Nous remarquons également des accents différents dans la manière de concevoir la réalisation de ces missions qui s'enracine dans une culture des soins ambulatoires nécessitant le maintien constant de l'articulation entre le pôle social et le pôle psychiatrique. Notre tâche est d'accompagner chaque personne aux prises, temporairement ou plus durablement, avec une souffrance relevant de la santé mentale, les choix du patient étant au cœur du processus de prise en charge. Notre approche reste animée par l'écoute du patient dans sa globalité en évitant de le rendre objet de soins déterminés par des normes administratives ou par une sémantique stigmatisante et restrictive. Ainsi, dans la rencontre d'un patient avec un professionnel, il est essentiel d'éviter toute forme d'obligation préétablie ou de contrôle social. Outre l'impossibilité de créer une alliance thérapeutique, cela s'apparenterait à un enfermement du patient, non plus à l'hôpital, mais dans son propre milieu de vie.

1. Les services de santé mentale et la première fonction de la réforme

La première fonction de la réforme des soins en santé mentale s'énonce comme suit :

« Activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic. La première fonction concerne les missions de base de l'aide et des soins. Il s'agit d'actions qui se développent dans l'espace communautaire et qui concernent autant des actions de prévention, de détection précoce ou de première intervention. Cela sous-entend un accueil de la demande accessible, l'organisation d'une réponse de proximité, basée sur un diagnostic qui permettra de donner une réponse adaptée aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire concerné en assurant, si nécessaire, la continuité thérapeutique sur le long terme. Dans ce cadre, il faudra aussi associer la première ligne généraliste dans la prise en charge des soins en santé mentale. »

On constate le parallèle évident entre la définition de cette première fonction dans la réforme des soins en santé mentale et la première partie du décret (cf. page 2) qui régit les services de santé mentale. En ce sens, nos services sont des partenaires naturels au sein de la réforme, au même titre que les médecins généralistes et les autres institutions de première ligne.

Notre travail consiste principalement à recevoir une demande formulée par l'utilisateur ou par un tiers tout venant. Cette demande peut s'avérer explicite ou au contraire prendre des formes moins directes auxquelles nous accordons l'attention nécessaire. Au départ de cette demande, il sera utile d'élaborer avec la personne, son entourage éventuel et le réseau existant une indication de soins qui répondent aux spécificités de sa situation singulière en tenant compte des niveaux intrapsychiques, relationnels et contextuels. C'est donc un travail, au cas par cas, à construire avec la personne et/ou ses proches et qui réclame bien souvent une approche pluridisciplinaire. Il vise à une amélioration de la vie des personnes en mobilisant leurs ressources dans un souci de continuité des soins, dans le respect de la temporalité, de la liberté et de la singularité de chacun en lien avec la possibilité de s'inscrire dans le social.

L'accessibilité des soins est essentielle aux interventions. Elle requiert une visibilité et des collaborations au sein du territoire où se situe le service de santé mentale. Elle implique un repérage des besoins de la population environnante et une adaptation de l'offre et des collaborations possibles à ceux-ci. Chaque service de santé mentale, en plus de répondre aux exigences décrétales, a développé des pratiques et parfois même des projets spécifiques is-

sus de la rencontre avec les besoins de la population et du réseau vivant sur son territoire.

Les collaborations avec des acteurs du réseau psychosocial et plus largement de la cité permettent de sensibiliser chacun aux notions de santé mentale, de soutenir la possibilité pour tous d'améliorer celle-ci individuellement et collectivement et à être interpellés rapidement lorsque des signes de souffrance psychique apparaissent chez des personnes. En ce sens, nous œuvrons avec d'autres aux activités de détection et de prévention nécessaires.

Au regard de ce que nous venons de décrire, la psychiatrie hospitalière est l'un de nos partenaires de réseau privilégié lorsqu'il s'agit de suivre des patients vivant un effondrement passager ou au contraire souffrant d'une pathologie psychiatrique avérée.

Nous pouvons noter ici que l'articulation entre la psychiatrie hospitalière et les services de santé mentale a déjà une longue histoire derrière elle. Histoire faite d'élaboration de travail en réseau et d'expériences de bonnes pratiques pour les orientations d'un patient d'un service de santé mentale vers un hôpital psychiatrique ainsi qu'à la sortie du patient vers le service de santé mentale. Ces collaborations ont toujours été le fait d'initiatives des travailleurs autour de situations singulières de patients mais n'ont pas été formalisées structurellement. Malgré cette bonne volonté de collaboration des intervenants, des difficultés nombreuses ont été rencontrées.

Dans la collaboration avec les hôpitaux, nous sommes souvent confrontés à des passages qui s'organisent, au mieux, dans les derniers jours de l'hospitalisation. Il s'agit d'un effet contreproductif des hospitalisations de courte durée. Le patient n'a pas le temps de faire un accrochage avec l'hôpital qui, lui, n'a pas le temps de penser à la continuité des soins. Le suivi se passe mieux avec des patients qui ont eu le temps d'entamer un travail thérapeutique dans les murs de l'hôpital et pour lesquels un passage correct a pu s'organiser. On pourrait dire que plus l'hospitalisation est courte, moins il y a de continuité des soins. Dans le cadre de la réforme, on va vers des hospitalisations de crise, encore plus courtes. Il sera alors indispensable que l'hôpital se considère comme un maillon de la chaîne et tienne compte d'emblée de l'insertion dans leur réseau psychosocial, des patients qu'il reçoit.

2. Les services de santé mentale et la deuxième fonction de la réforme

La deuxième fonction de la réforme des soins en santé mentale s'énonce comme suit :

« Equipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques. 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. La nouveauté de cette fonction sera d'explorer une nouvelle forme de soins en santé mentale plus rapidement accessibles aux personnes et de leur offrir des soins adaptés là où elles vivent. L'originalité est donc d'offrir une alternative à l'hospitalisation en créant une offre mobile, avec intervention immédiate et intensive pour les situations aiguës et dont la variabilité en intensité et en durée sera adaptée pour les personnes qui présentent des problématiques chroniques. Cette nouvelle forme de ressources organise son action en complémentarité avec la première en y ajoutant une mobilité et une expertise. Le partenariat est structuré et s'inscrit dans une approche globale. Dans un souci de continuité, les ressources des autres fonctions seront utilisées de manière individuelle. »

Cette deuxième fonction comporte deux volets : l'intervention à domicile pour les urgences psychiatriques et le suivi à domicile des situations psychiatriques chroniques. La partie concernant les urgences, avec ses interventions 24h/24 et 7j/7 est entièrement nouvelle et demande à être pensée comme telle. La deuxième partie, par contre, est pratiquée depuis de nombreuses années par les services de santé mentale. Mais ces interventions au domicile des patients psychiatriques chroniques ne représentent qu'une faible partie de leurs activités et sont inégalement réparties entre les services. Il faut noter à leur décharge dans que l'équipe de base des services de santé mentale, réduite à quatre équivalents temps plein, composée de psychiatres, de psychologues, d'assistants sociaux et de secrétaires, il manque la fonction d'infirmier, psychiatrique ou social. En outre, les conditions de travail proposées aux médecins psychiatres sont peu attractives par rapport à celles proposées dans l'hospitalier. Les services de santé mentale peinent donc à étoffer leurs équipes de psychiatres qui sont, par ailleurs, peu nombreux sur le territoire belge.

Or, ce travail devient de plus en plus nécessaire, d'une part, vu l'augmentation des situations psychiatriques en région bruxelloise et d'autre part, vu la politique de désinstitutionnalisation. Celle-ci nécessite le développement de prises en charge en réseau où la notion de continuité des soins est centrale, notamment via les soins à domicile. Cette continuité peut être soutenue par le déplacement des intervenants psycho-sociaux au domicile des patients, ce qui est approprié pour les patients en décompensation qui auraient autrefois été orientés vers une hospitalisation ou pour des personnes souffrant de lourdes pathologies chroniques. Pour les autres situations, la prise en charge en réseau et la continuité des soins peuvent être assurées au sein des institutions de première ligne, comme évoqué dans la première fonction. Cette option, plus respectueuse de la liberté individuelle mais au détriment parfois de la continuité des soins, présente l'intérêt de s'appuyer davantage sur la motivation du patient.

La carence des possibilités de soins psychiatriques à domicile se fait donc sentir et de nouveaux services font de ce travail leur objet social : les SPAD (Soins Psychiatriques A Domicile). La réforme de la psychiatrie ajoute encore du poids dans cette direction en proposant de créer, sur base de suppressions de lits hospitaliers, des nouvelles équipes centrées sur les soins à domicile.

a) Obstacles rencontrés par les services de santé mentale dans les suivis à domicile

Dans cette situation, plusieurs questions se posent aux services de santé mentale : Pourraient-ils augmenter leurs prestations à domicile avec les patients psychiatriques ? Si, oui, au détriment de quelles autres missions ? Comment conserver ce pan de leurs activités qui va de plus en plus être réalisé par d'autres également ?

Plusieurs éléments rendent compte des difficultés structurelles des services de santé mentale par rapport aux suivis de patients psychiatriques chroniques à domicile :

Les services de santé mentale sont débordés par les demandes de consultations thérapeutiques. Ils ont développé une expertise avérée pour les personnes dont la situation nécessite une prise en charge pluridisciplinaire, notamment pour les patients plus vulnérables dont la pathologie requiert un accompagnement souple et modulable, parfois de longue durée, que le cadre d'une prise en charge thérapeutique classique ne permet pas. Dans certaines situations, les services de santé mentale constituent ainsi une alternative à l'hospitalisation psychiatrique. Ils ont

également une expertise dans les suivis thérapeutiques de patients qui ne peuvent pas payer de telles consultations en privé. Additionnées aux autres missions des services de santé mentale (prévention, ...), les interventions à domicile, coûteuses en temps de travail, y trouvent difficilement leur place.

En région bruxelloise, les services de santé mentale ont construit leurs pratiques en fonction des quartiers dans lesquels ils sont insérés. Cela donne une grande pertinence à leur action locale mais aussi une grande hétérogénéité. Certains services ont développé une culture du suivi psychiatrique à domicile, par contre d'autres ne l'intègrent pas à leurs actions. Les responsables politiques ont dès lors des difficultés à se représenter l'action des services de santé mentale qui semblent à la fois être présents sur de nombreux terrains par la multiplicité de leurs projets spécifiques et être absents de nombreux autres car chaque projet reste local et a dès lors peu de visibilité au niveau de l'ensemble de la région.

Les situations psychiatriques chroniques qui sont visées par la réforme de la psychiatrie demandent des prises en charges pluridisciplinaires. La pluridisciplinarité est parfois mise à mal dans les services de santé mentale. D'une part, il est difficile de trouver des psychiatres et le pôle médical se réduit petit à petit. D'autre part, les assistants sociaux qui ont une place cruciale en tant qu'agent de pluridisciplinarité, doivent trouver un équilibre difficile entre leur fonction sociale et une approche clinique indispensable en santé mentale.

Il y a 10 ou 20 ans, la psychothérapie était considérée comme la panacée à tous les problèmes, y compris sociaux. Maintenant que le nombre des difficultés sociales et leur ampleur ne cessent de croître, l'accent se porte plus nettement sur le travail social. Nous sommes amenés à nous recentrer sur cet aspect du travail en maintenant notre spécificité, c'est-à-dire un travail social qui tienne compte des difficultés psychiques et du système relationnel propres à chaque patient.

b) Expertise développée par les services de santé mentale dans les suivis à domicile

Malgré ces difficultés, les services de santé mentale ont, aux cours des dernières décennies, accumulé un savoir et un savoir-faire dans les situations de suivis psychiatriques à domicile. Ce savoir est précieux et devrait permettre aux nouvelles équipes qui seront créées par la réforme, d'en bénéficier et de ne pas devoir, soit tout réinventer, soit se

tourner uniquement vers des modèles de pays voisins.

Les services de santé mentale ont établi des repères cliniques utiles aux suivis des patients ayant une pathologie psychiatrique, que ce soit à domicile ou dans les lieux de consultations. Le premier d'entre eux est de considérer le patient dans sa singularité. Le travailleur psycho-social ne traite pas une pathologie, il accompagne une personne sur son chemin de vie, quelle que soit l'importance des perturbations psychiques de celle-ci. Le terme « accompagner » a ici toute son importance. Il ne s'agit pas de précéder le patient au nom d'un savoir général sur sa pathologie. On risquerait alors de l'enfermer dans les lignes directrices de cette pathologie en passant à côté des ressources propres à sa créativité. Le professionnel doit laisser de côté son savoir pour être dans une écoute, la plus ouverte possible, de la singularité de la personne avec qui il est en relation.

Cette position est également à la base de la conception du travail de réseau par les services de santé mentale. Il y a autant de réseaux que de patients. Chaque patient a un réseau singulier, composé de professionnels et de relations privées. C'est le patient qui indique au professionnel comment travailler avec son réseau : avec qui il veut travailler, à qui il veut bien que l'on parle de sa maladie de ses projets, de telle difficulté, etc. Cette conception du réseau permet au patient de rester aux commandes de sa vie, de ne pas être uniquement le jouet de désirs que d'autres ont pour lui ou l'objet d'une formalisation de réseau trop rigide. L'amélioration du travail en réseau visée par la réforme ne sera féconde que dans la mesure où elle permettra au patient de tisser ses propres liens et de mobiliser ses propres ressources, sans qu'ils soient institutionnalisés.

Cet accompagnement personnalisé demande patience et humilité au professionnel. De plus, il présente l'inconvénient pour les personnes en charge de l'organisation des soins à l'échelle d'une région, d'être peu modélisable. Depuis les années 70, les services de santé mentale ont contribué à la construction d'une articulation originale entre la psychiatrie et le social. Si le modèle est en crise maintenant, ce n'est pas parce que ce modèle est inadéquat mais parce qu'il est surchargé de demandes dans un contexte de limites budgétaires et qu'il ne peut plus croître comme il le devrait. Vouloir le changer de fond en comble au nom de difficultés actuelles auxquelles il peine à répondre risque de balayer des années de pratiques et d'expériences accumulées pour les remplacer par de

nouveaux modèles qui mettront d'autres nombreuses an-

nées à trouver leur adéquation avec la réalité de la santé mentale bruxelloise.

3. Les services de santé mentale et la troisième fonction de la réforme

La troisième fonction de la réforme des soins en santé mentale s'énonce comme suit :

« La troisième fonction s'inscrit dans le secteur de la réhabilitation sociale. Il s'agit d'offrir des programmes particuliers à des personnes qui présentent des problématiques psychiatriques à un stade spécifique de leur maladie. La réhabilitation psychosociale est un processus dynamique qui s'inscrit dans une logique de temporalité permettant aux personnes d'accéder à la réinsertion sociale et professionnelle dans la société et qui nécessite une approche politique transversale. C'est un programme particulier qui prendra en considération le développement des capacités permettant une autonomie suffisante dans la vie journalière, des capacités sociales par la participation à une vie communautaire, culturelle, et aussi par l'élaboration d'un projet professionnel adapté. Ces programmes particuliers peuvent s'inscrire à la suite ou complémentarément aux missions de base remplies par les ressources de la première fonction ou dans la continuité des interventions réalisées dans le milieu de vie par les équipes mobiles. »

La réhabilitation se définit comme l'action de rendre apte à nouveau. Pour un patient, il s'agirait de retrouver les capacités qui étaient les siennes avant la maladie.

Le Décret de 2009 précise les missions des services de santé mentale comme suit : « Poser un diagnostic et assurer le traitement psychiatrique, psychologique, psychothérapeutique et psychosocial de problèmes de santé mentale. Le diagnostic et le traitement des problèmes de santé mentale intègre les aspects médicaux, psychiatriques, psychologiques et sociaux. Ils visent essentiellement à améliorer le bien-être psychique du patient dans ses milieux habituels de vie. » Cette dernière phrase inscrit le travail des services de santé mentale dans la troisième fonction de la réforme de la psychiatrie, décrite ci-dessus. Nous entendons cette troisième fonction comme l'accompagnement de personnes ayant vécu une période de décompensation psychique avec ou sans hospitalisation. Cet accompagnement a des effets sur l'autonomie, les capacités sociales et la vie communautaire et culturelle des patients. L'élaboration d'un projet socioprofessionnel

adapté peut en faire partie.

Pour certaines pathologies psychiatriques - nous pensons à la schizophrénie, aux psychoses en général et aux troubles bipolaires – le déclenchement de la maladie constitue une rupture dans la vie du patient où l'après n'est plus jamais comme l'avant. Pour ces pathologies, il s'agit plutôt d'aider à la meilleure adaptation possible compte tenu des aspects invalidants à long terme de la maladie. Dans le travail de réhabilitation, il s'agit dès lors, à la fois de permettre au patient de retrouver le plus de compétences possibles pour une vie autonome mais aussi de développer de nouvelles aptitudes qu'il n'avait pas auparavant. Souvent celles-ci se développent dans le domaine de la création artistique, qui au-delà de son aspect occupationnel possède de véritables vertus thérapeutiques.

Réhabilitation et services de santé mentale

Les services de santé mentale, dans leurs accompagnements ambulatoires pluridisciplinaires de ces patients, contribuent à cette réhabilitation. Un des premiers enjeux du suivi de ces patients consiste à leur permettre de s'approprier leur maladie, de l'accepter. Ce qui peut sembler une évidence dans les pathologies somatiques est loin de l'être pour les pathologies mentales dans la mesure où le regard que l'on porte sur la maladie fait partie des processus mentaux qui sont souvent endommagés par la pathologie elle-même.

Le travail de l'équipe pluridisciplinaire en santé mentale s'articule autour de trois pôles qui correspondent à ses trois fonctions de base, tout en permettant des zones de recouvrement entre celles-ci. Il consiste en une co-construction entre le patient et l'équipe pluridisciplinaire, spécifique à chaque personne.

- Le pôle psychiatrique concerne les aspects médicaux de la maladie mentale, le suivi médicamenteux, les pathologies somatiques associées, etc. La formation du psychiatre à la psychothérapie permet d'entendre ces difficultés médicales au-delà de leurs aspects contingents, dans l'ensemble de la problématique psychique et relationnelle du patient. C'est à cet endroit que sont élaborées avec le patient, ses difficultés de compliance au traitement.

- Le pôle psychologique offre un lieu d'écoute régulier au patient que celui-ci utilise librement. C'est dans ce travail d'écoute et d'élaboration que le patient peut, entre autres, accepter petit à petit, la réalité de sa pathologie mentale. Parfois, il s'agit de patients dont la conscience

morbide et les capacités d'autonomie s'avèrent très limitées et dont le contact avec la réalité est gravement altéré. Il s'agit alors d'interpeler, voire de postuler chez lui des capacités à penser et élaborer entre autres, un réseau soutenant au quotidien.

Le pôle social se focalise sur la réinsertion sociale et citoyenne en s'appuyant sur la prise de conscience, par les patients, de leurs forces, fragilités et besoins. Ces principes sont mis en œuvre en alliance avec le patient, alliance qu'il s'agira de construire en fonction de ses singularités, de sa problématique et de ses désirs.

Ce suivi par l'équipe ambulatoire pluridisciplinaire en santé mentale aide au développement de la capacité d'autocritique nécessaire à l'autonomie, notamment par la com-

préhension des enjeux ayant suscité la décompensation psychiatrique. Il s'agit d'un travail de promotion de la personne comme actrice de sa vie, ayant prise sur celle-ci et retrouvant le sentiment de sa propre valeur.

L'accompagnement de patients souffrant d'une pathologie psychiatrique s'inscrit dans un travail de réseau dont le service de santé mentale constitue un maillon parmi d'autres. Il s'articule d'un côté aux institutions résidentielles (hôpitaux psychiatriques, services psychiatriques, MSP, HP, ...) et de l'autre aux services sociaux et culturels dans lesquels le patient peut trouver aide et soutien (CPAS, maisons médicales, logements sociaux, centres de jour, ...). En ce sens, la réhabilitation n'est pas l'apanage d'un service en particulier mais la résultante du travail articulé de plusieurs.

Partie III : quelques enjeux pour la santé mentale à Bruxelles

1. Le travail en réseau

La complexité des pathologies rencontrées et leurs nombreux déterminants - santé mentale, précarité sociale, isolement, problèmes somatiques, etc. - ont amené les acteurs du social et de la santé à collaborer depuis de nombreuses années. Ce travail qui résultait d'une nécessité de terrain s'est petit à petit affiné et permet maintenant à ses protagonistes d'en dresser quelques repères cliniques essentiels à son bon fonctionnement.

Chaque patient construit au gré de ses rencontres professionnelles, un réseau qui lui est propre et qui est fait des liens qu'il a pu nouer avec les personnes qui travaillent dans les différentes institutions approchées. C'est l'ensemble de ce réseau singulier qui le soutient dans les aléas de sa vie. Ce qui implique que chaque travailleur se mette au service du patient tout en restant conscient de l'importance égale du travail de ses collègues. Les ressources du réseau sont utilisées et articulées comme des outils au service de la singularité du projet.

Dans cette mesure, il importe que chaque travailleur qui rencontre le patient soit soucieux de la qualité de ce réseau. Celle-ci réside entre autres dans l'équilibre difficile à trouver entre deux nécessités : d'une part, la collaboration entre les membres du réseau avec l'échange d'informations que cela suppose et d'autre part la discrétion quant

aux dires du patient adressés à chacun en particulier pour lui permettre de rester libre de ce qu'il met en jeu dans ces relations. Une solution possible à cette situation antinomique consiste à associer le patient à tous ces contacts entre membres du réseau, c'est-à-dire à parler avec lui et à ne pas parler de lui.

Dans ce travail de collaboration avec le réseau, une spécificité des services de santé mentale consiste à assurer un continuum dans les accompagnements à long terme. Cela offre au patient un fil rouge qui témoigne de l'histoire et du sens des aléas de son parcours individuel. Un tel travail de réseau a des effets de contenance psychique pour le patient qui permettent de réduire la fréquence des hospitalisations psychiatriques et leurs effets de désinsertions sociale et professionnelle.

D'autre part, il ne faudrait pas considérer ce travail comme la nouvelle panacée qui viendrait solutionner l'ensemble des problèmes auxquels nous sommes confrontés. Pour les patients, l'important reste la construction d'un lien individuel avec une personne de confiance. Les contacts entre ses interlocuteurs et d'autres peuvent être vécus comme une trahison et détruire le lien en train d'être ébauché. La pratique de réseau peut ainsi venir en complément à des pratiques individuelles mises en difficulté. Il ne faudrait pas

que le processus s'inverse et que la pratique en réseau devienne un préalable à toute prise en charge.

2. Un blocage socio-économique

Nous pensons que la raison principale des problèmes rencontrés actuellement par les soins en santé mentale est économique. D'une part, l'état fait face à une situation financière tendue qui ne lui permet pas de développer de nouvelles initiatives, ni d'augmenter les capacités des institutions existantes et d'autre part, les situations de détresses psychiques augmentent considérablement, du fait entre autres de la précarisation de la population.

Dans cette situation, les séjours hospitaliers se raccourcissent pour libérer plus rapidement des lits de manière à faire face à cet afflux de demandes. Les services ambulatoires sont surchargés et les délais d'attente pour trouver une place dans un centre de jour, un hébergement spécialisé ou un service de santé mentale ont considérablement augmenté. Les hôpitaux se retrouvent donc avec des patients à peine stabilisés pour lesquels ils doivent trouver des structures d'accueil intermédiaires qui n'ont plus de place à proposer.

En ce sens, on pourrait émettre la critique suivante à l'encontre de la réforme des soins en santé mentale : fermer des lits psychiatriques pour dégager des budgets en vue de la création d'équipes de suivis à domicile reviendrait à creuser un trou pour en boucher un autre, ce qui est d'autant plus vrai à Bruxelles, région sous-équipée en lits psychiatriques par rapport aux deux autres régions du pays. Les nouvelles équipes ainsi créées donneront un peu d'air frais à l'ensemble du réseau ambulatoire mais seront rapidement débordées par des demandes dont nous constatons chaque jour l'augmentation.

La réforme des soins en santé mentale répond à cette objection en s'inscrivant dans la suite logique des projets thérapeutiques dont l'échec a été porteur de nombreux enseignements. Mieux travailler en réseau avec le patient, coordonner les soins autour d'un référent, inclure les associations de patients dans le dispositif, etc. sont des objectifs avec lesquels nous pouvons travailler pour peu qu'ils ne soient pas considérés comme pertinents pour toutes les situations et ne fassent ainsi l'objet d'une pratique uniformisée et imposée.

Dans la situation de saturation des services à laquelle

nous sommes de plus en plus confrontés, il est important de souligner le coût important en temps de travail, des pratiques de réseau. Si mobiliser plusieurs travailleurs pour des réunions, qui auront été précédées de contacts téléphoniques et nécessitent différents déplacements, peut améliorer la qualité de la prise en charge, ce sera toujours au détriment de la capacité globale d'accueil de chacun des services concernés.

3. Une sortie possible du blocage

L'insertion du patient dans son milieu de vie est un des axes qui ont présidé à la création des services de santé mentale dans l'esprit de l'antipsychiatrie des années 70. Chaque patient a un réseau personnel, parfois extrêmement pauvre, mais rarement inexistant. Ce réseau se constitue de son intégration dans son quartier, des voisins, des commerçants, de certaines associations locales plus ou moins formelles, de groupes religieux, etc. Il s'agit non seulement de tenir compte de ces insertions mais d'aller à leur rencontre, voire de les susciter.

Le maintien de patients psychiatriques à domicile implique qu'ils ne soient pas abandonnés aux affres de la solitude et il ne suffit pas pour cela qu'ils reçoivent la visite chaque semaine d'un, voire de plusieurs intervenants psychosociaux aussi bien intentionnés et compétents soient-ils. Au-delà des compétences des nombreuses institutions professionnelles, il importe de travailler avec toutes les ressources et la créativité relationnelles parfois surprenantes de nos patients. Il s'agit d'un travail qui n'est jamais acquis une fois pour toutes, qu'il faut entretenir, régulièrement élaborer avec les personnes concernées, etc., tant la pathologie du patient et son environnement sont en constante évolution. De cette manière, on peut envisager que le dispositif de soins autour du patient s'allège avec le temps, la possibilité des liens créés avec les professionnels se transférant dans une insertion rendue possible dans le social. Comme le dit Jean Furtos, la santé mentale devient alors la capacité de vivre avec autrui en restant en lien avec soi-même, tout en pouvant investir et créer dans son environnement, y compris des productions atypiques et non normatives.

Ce travail est difficile et aléatoire. Il n'est pas toujours possible d'intégrer une personne souffrant d'une pathologie psychiatrique dans son environnement. Cela dépend de la pathologie elle-même et de ses aspects relationnels invalidants mais aussi de l'environnement de la personne.

Malgré quelques succès remarquables, force est de constater que ce beau projet n'a pas suffi. La création des nombreux services « post-psychiatriques » (habitations protégées, maisons de soins psychiatriques, centres de jour, centres de nuit, etc.) peut être interprétée comme la nécessité de pouvoir compter, au-delà de l'environnement du patient, sur des structures professionnelles compétentes. Néanmoins, nous pouvons nous demander si le réflexe de faire appel à ces structures professionnelles n'a pas pris trop de place au détriment de l'environnement

du patient. En effet, il est plus rassurant et moins coûteux en investissement de faire appel à des collègues, plutôt que de travailler avec les aléas d'un voisinage inconnu. Les limitations actuelles des moyens financiers disponibles viennent peut-être nous obliger à reconsidérer et à intensifier ces projets d'intégration dans le milieu de vie.

Conclusions

La réforme des soins en santé mentale s'enracine dans une volonté d'amélioration des accompagnements et prises en charge thérapeutiques et nous invite à une construction créative de nouvelles formes d'interventions au bénéfice des patients. Elle nous incite également à la prudence dans la mesure où elle risque de (re)psychiatriser notre secteur alors qu'il est né d'une volonté de désenclaver l'hôpital psychiatrique en permettant aux patients de rester inscrits dans leur milieu de vie en favorisant les ressources qui sont les leurs.

Une telle réforme demande une collaboration accrue entre les services psychiatriques et ambulatoires en veillant particulièrement à la continuité des soins. Il s'agit de construire avec les patients, le réseau de leur choix en tentant de ne pas être pris dans l'urgence de la crise mais en considérant la personne dans sa globalité et sa temporalité. En ce sens, il est essentiel que ce soit les intervenants qui accompagnent les patients dans la singularité de leur parcours et non les patients qui soient absorbés par la segmentation et la rythmicité des institutions.

Au delà de cette nécessaire collaboration entre les professionnels du secteur ambulatoire et du secteur hospitalier, cette réforme nécessite une construction de réseau avec l'ensemble des ressources d'un territoire donné en ce compris les familles et les acteurs du social au sens large afin que les personnes puissent y trouver une place sans être considérées par les seuls biais de leur pathologie et des aspects négatifs qui y sont associés tels que, par exemple, la dangerosité ou les comportements dérangeants.

Les services de Santé Mentale sont concernés par la réforme des soins en santé mentale à plus d'un titre. Leurs pratiques les ont conduits à développer une approche pluridisciplinaire centrée sur une volonté de favoriser le

réseau personnel du patient au sein de son environnement, que celui-ci soit ou non composé de professionnels. Accompagner et soutenir la construction d'un tel réseau en maintenant de la continuité, là où souvent la discontinuité s'impose, est indispensable avec les patients psychiatriques aigus et chroniques. Cette expérience des services de santé mentale peut aider la réforme à ne pas buter trop rapidement sur l'augmentation constante des demandes et les limites des subsides alloués.

Les services de santé mentale s'inscrivent dans cette réforme en partenariat avec tous les acteurs concernés. Ils y apportent leur expérience de travail de terrain dans le respect de la singularité du patient dont les choix sont au cœur du processus d'accompagnement thérapeutique intégrant le travail de réseau et communautaire. Toutefois et à l'instar des autres structures saturées par l'augmentation des demandes et le blocage des budgets, ils ne peuvent pas se leurrer quant à leurs capacités structurelles et économiques à répondre à toutes les demandes relevant des patients psychiatriques aigus et chroniques.

La réforme des soins en santé mentale devra, après sa phase d'expérimentation, être soumise à une analyse en profondeur de sa mise en œuvre, relevant tant ses contributions que ses limites, ses ouvertures que ses impasses, afin que l'offre de soins reste, dans le futur, pertinente et respectueuse des patients. Cette évaluation devra mesurer la capacité de la réforme à être congruente non seulement avec les réalités de terrain mais également avec des soins qui respectent le patient dans son humanité quelques soient ses différences avec les normes ambiantes.