

En Belgique

Dans les années 70, de nombreuses personnes issues de pays et d'horizons différents, insatisfaites de la psychiatrie de l'époque, vont organiser des échanges et éditer diverses publications. **Ce mouvement se dotera d'un nom: Réseau International Alternative à la Psychiatrie.**

Pour les membres de ce réseau, il s'agit de tenter de mettre sur pied des initiatives visant à:

- supprimer toute forme d'enfermement psychiatrique
- refuser le monopole des professionnels sur les problèmes de santé mentale
- éviter la psychiatrisation des difficultés de vie rencontrées par des personnes à un moment donné de leur existence
- construire une critique de la notion de dangerosité et du concept de standardisation/normalisation du comportement humain

De cette effervescence émerge la possibilité de penser autrement le modèle de prise en charge des patients psychiatriques, élaboré avec la contribution de tous (patients, équipes de soin, techniciens, non-professionnels) dans une logique de multiplication des occasions d'échanges sociaux et des ressources communautaires.

C'est dans ce contexte qu'apparaît l'Autre "lieu"

1980: un institut psychiatrique privé (Le Domaine, à Braine-l'Alleud) fait faillite. La nouvelle direction de l'établissement propose de construire un modèle de prise en charge destiné à raccourcir le temps d'hospitalisation des patients. L'Autre "lieu" démarre alors comme projet de postcure, lié au Domaine et à une unité psychiatrique de l'hôpital Brugmann. Afin d'écourter et/ou d'éviter des hospitalisations, l'association lance un projet de réseau d'accueil au sein de la population, postulant qu'un tel accueil pourra permettre aux personnes de prendre du recul par rapport à leurs problèmes et, surtout, de créer d'autres possibilités de traiter ces problématiques que le passage obligé par l'hôpital. Celui qui souhaite accueillir quelqu'un chez lui, qui est prêt à faire un bout de chemin avec des personnes ayant (eu) un parcours en hôpital psychiatrique, peut contribuer au développement de l'expérience.

Et aujourd'hui?

L'Autre "lieu" est une initiative en santé, un service d'insertion par le logement, mais aussi un service d'éducation permanente pour suivant un objectif de sensibilisation et d'information de la population générale sur des questions qui lient santé mentale et société. L'accent est mis sur une réflexion critique, visant à tisser des liens inédits d'aide et de solidarité au sein de la communauté, par le biais d'accueils en maison communautaire, de recherches-actions, d'ateliers, de groupes d'auto-support, de campagnes d'information et de sensibilisation ainsi que de toutes sortes d'événements participatifs.

Les idées du Réseau International Alternative à la Psychiatrie font leur chemin et contaminent ça et là les politiques belges en matière de psychiatrie. Afin d'organiser progressivement les soins dans la communauté, **les centres de santé mentale (CSM) voient le jour en 1975**; le traitement des problèmes d'ordre psychique ne va plus forcément impliquer une admission en hôpital psychiatrique (HP) ou dans le service psychiatrique d'un hôpital général. C'est également à cette époque que sont créés les centres de jour et d'autres types de structures comme les centres de réadaptation fonctionnelle.

Le 10 juillet 1990, un arrêté royal va fixer les modalités d'agrément pour la mise en place des services fonctionnels extra-hospitaliers que sont les maisons de soins psychiatriques (MSP), les initiatives d'habitations protégées (IHP) et les plates-formes de concertation en santé mentale. Parallèlement, l'ancienne **loi dite de "collocation" (hospitalisation sous contrainte) se voit réformée par la loi du 26 juin 1991** relative à la protection de la personne des malades mentaux.

Dans les années 2000, plusieurs étapes sont franchies, la plus importante étant la **promulgation d'une loi spécifique concernant les droits du patient** (2002).

Pour plus d'infos, voir nos brochures Un patient a des droits et La mise en observation, disponibles à l'Autre «lieu».

La même année, tous les ministres compétents pour la Santé publique et les Affaires sociales signent également une déclaration conjointe organisant les soins de santé mentale en "circuits" et "réseaux" de soins afin de répondre au mieux aux besoins des personnes présentant des problèmes psychiques.

2005: en adhérant à la **déclaration d'Helsinki** (conférence ministérielle européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé) aux côtés de 52 autres pays, la Belgique s'engage à poursuivre certains objectifs selon une philosophie d'organisation des soins le plus possible dans le milieu de vie des personnes. La même année, les concepts de "projet thérapeutique" et de "concertation transversale" font leur apparition au travers d'une note relative à la santé mentale publiée par le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

En 2007 est adoptée une **nouvelle loi relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental**, remplaçant la loi de défense sociale de 1964. A l'heure actuelle, celle-ci n'est cependant pas encore entrée en vigueur.

Une réforme en préparation...

En 2009, les conférences interministérielles concernant l'implémentation de l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins ouvrent la voie vers la possibilité de voir financer, à titre d'expérimentation, de nouvelles formes de soins.

L'année suivante, lors de la **conférence interministérielle Santé Publique**, les ministres compétents approuvent la mise en place de "meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuits et réseaux de soins", opérationnalisant ainsi ces deux concepts.

C'est le point de départ d'une réforme dont l'idée principale est de centrer les efforts de tous les acteurs sur des soins de santé mentale axés sur la collectivité, dans le milieu de vie des personnes. Pour ce faire, les différents niveaux de pouvoir (fédéral, communautaire et régional) proposent d'intensifier la collaboration entre tous les acteurs de la santé mentale autour de 5 fonctions interdépendantes:

- Première fonction: actions de prévention, de détection précoce et de première intervention; accueil de la demande et organisation d'une réponse de proximité, dans l'esprit d'une continuité des soins sur le long terme.
- Deuxième fonction: traitement à domicile, par des équipes spécialisées, pour des situations de crise ou d'urgence (dites aiguës) et/ou chroniques, à destination de personnes nécessitant des soins au long cours – l'objectif étant de pouvoir offrir des soins adaptés aux personnes là où elles vivent.
- Troisième fonction: réhabilitation psychosociale visant à développer les capacités des personnes en vue d'une autonomie dans la vie de tous les jours.
- Quatrième fonction: soins résidentiels spécialisés pour des personnes dont les soins ne sont pas/plus indiqués dans leur milieu de vie (séjours de courte durée, sortes de soins intensifs permettant de réintégrer à court ou moyen terme le milieu de vie).
- Cinquième fonction: habitats spécifiques pour des personnes souffrant de problèmes chroniques stabilisés et présentant des possibilités réduites d'intégration.

Pourquoi ce projet de réforme?

• Afin de répondre aux principes fondamentaux de la déclaration conjointe de 2002 et de poursuivre les visées de la déclaration d'Helsinki

• Malgré les démarches entreprises pour ancrer les soins de santé mentale dans la communauté, la Belgique est encore confrontée à des temps d'hospitalisation assez longs et possède l'un des ratios les plus élevés de lits psychiatriques par nombre d'habitant

• Dans les pays où les soins de santé mentale sont dispensés au plus près du milieu de vie, on remarque que les personnes continuent, d'une manière durable, à avancer vers un rétablissement.

Vers de meilleurs soins en santé mentale?

A l'heure où l'opinion publique et une certaine culture judiciaire semblent renforcer l'idée d'une corrélation entre maladie mentale et dangerosité, qu'en est-il des "oubliés de la psychiatrie"? Une réforme ne devrait-elle pas aussi inclure les personnes détenues en annexe psychiatrique des prisons ou internées en Défense sociale au sein du nouveau modèle d'organisation des soins?

Par ailleurs, si la folie qui génère conflit et malaise ne s'attardera plus dans les grands établissements psychiatriques, elle n'en sera peut-être pas moins reconditionnée sous une forme d'«invalidation assistée» dans les circuits et réseaux de soins proches du milieu de vie. Fondée sur une « médecine basée sur les faits » (evidence-based medicine) scientifique, promue par les seuls professionnels, cette «invalidation» pourra-t-elle rencontrer les souhaits des personnes, dans leur singularité, et être attentive à la fois aux ressources et aux savoirs d'expérience existants au sein de la communauté ?

L'avenir nous le dira très prochainement...



Animations organisées gratuitement sur demande!

Contactez Christian Marchal, animateur culturel à l'Autre "lieu"
T. 02/230 62 60 – Email: ch.autrelieu@gmail.com

Texte: Aurélie Ehx – aurelie.autreliu@edpnet.be
Communication: Laurence Mons – laurence.autreliu@edpnet.be
Graphisme: Pierre Weyrich & Bluefish design – pierreweyrich@yahoo.com



Avec le soutien de la Communauté française
et de la Commission Communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale

Vous êtes ici...



La psychiatrie en quelques repères

Une campagne d'information et de sensibilisation de l'Autre "lieu"
www.autreliu.be



Petite chronologie de la psychiatrie en Europe

Puisqu'à l'heure actuelle, une nouvelle réforme de la psychiatrie se profile en Belgique, l'Autre "lieu" vous propose de revenir sur quelques dates importantes de l'histoire des pratiques de soins en Europe. Le but de cet exercice? Comprendre le passé pour mieux cerner les enjeux du présent mais aussi, nous l'espérons, pour permettre une réflexion sur des thèmes qui, habituellement, sont vus comme étant du seul ressort des "experts" du soin.

En effet, pour l'Autre "lieu", les questions de santé mentale s'enrichissent du croisement des savoirs des professionnels et des personnes ayant (eu) -ou non- une trajectoire psychiatrique.. Concevoir collectivement l'organisation des soins dans un quartier et, dans une plus large mesure, au sein de la société, constitue une valeur ajoutée en termes de politique publique.

Du 15e au début du 20e siècle

A la fin du Moyen-âge, les **fous sont chassés des villes** – certains sont sommés d'errer dans les campagnes, d'autres confiés à des bateliers afin d'être emmenés au large. Aux 17e et 18e siècles, des lieux vont être officiellement destinés à s'occuper des intraitables. De petits mondes "à part" vont y accueillir tous ceux que la société considère comme inutiles (vagabonds, pauvres, fous, mendiants, invalides, etc.). C'est ce que l'on appellera le **Grand Enfermement**. Ce système sera réfuté durant la période révolutionnaire suite à la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen en 1789, laquelle stipule que "nul homme ne peut être arrêté ou détenu que dans des cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrites". Cependant, les aliénés continuent à être considérés comme des personnes susceptibles de troubler l'ordre public. Afin de respecter la déclaration des droits de l'homme, l'idée d'un nouveau système d'enfermement, parfaitement légitime, émerge: des hôpitaux "médicaux" sont créés. L'internement intra muros des aliénés sera dès lors considéré comme un moyen thérapeutique nécessaire à une éventuelle guérison. La folie devient un objet d'étude. C'est la **naissance de l'asile**.

Après la Révolution Française, le docteur Philippe Pinel bouleverse le regard sur les fous (désormais des malades) en affirmant qu'ils peuvent être compris et soignés. Le mythe montre un Pinel libérant les fous de leurs chaînes à Bicêtre, sur les conseils du gardien Jean-Baptiste Pussin, sorte de pré-modèle de l'infirmier moderne.

En 1857, le psychiatre Morel écrit le *Traité des dégénérescences*, préfigurant le mouvement eugéniste. En effet, la fin du 19e et le début du 20e siècles voient la **montée en puissance des théories de la race et de la dégénérescence**. Les nombreux tenants de ce courant considèrent que la maladie mentale est destinée à s'aggraver de génération en génération, d'où la volonté d'interrompre cette dégradation croissante. La seconde guerre mondiale voit ce courant de pensée parvenir à son apogée lors de l'extermination des malades mentaux sous le régime nazi.

Le 20e siècle: désaliénisme et désinstitutionnalisation

Suite à la dénonciation de la réalité de la guerre, de l'occupation et de l'horreur des camps, une critique des institutions asilaires psychiatriques et de leur caractère carcéral émerge petit à petit en Europe.

En 1952, une nouvelle molécule, la chlorpromazine, fait son apparition; elle sera commercialisée sous le nom Largactyl. Cela va entraîner une véritable révolution dans la prise en charge des patients psychiatriques: les psychoses vont devenir de plus en plus gérables, faisant émerger la possibilité de fonder une clinique sur le dialogue entre soignant et soigné.

Dans la foulée du courant désaliéniste, une nouvelle vision du soin psychiatrique voit le jour, qui replace le fou dans son réseau relationnel. Cette nouvelle conception va prendre des formes différentes selon les pays.

En France

Des initiatives innovantes en matière de conception du soin voient le jour. Parmi elles, **l'expérience de Saint-Alban**, en Lozère, particulièrement représentative du bouillonnement intellectuel de l'époque. En 1940, cet asile tenu par des bonnes sœurs va accueillir des réfugiés; une vie "du dehors" débarque au sein de l'institution, laquelle devient vite un lieu d'accueil et de rendez-vous du mouvement de Résistance. Lucien Bonnafé y sera médecin-chef à partir de 1943; d'autres personnalités de renom y transiteront, telles François Tosquelles, Jean Oury, Paul Eluard ou Tristan Tzara. A Saint-Alban, patients et soignants s'occupent ensemble de l'organisation de la vie au sein de l'asile. Les patients participent à l'approvisionnement en nourriture, sortant de l'institution pour aller au village exercer de petits travaux contre de la nourriture. Cette expérience jettera les bases de la psychothérapie institutionnelle que développeront notamment Tosquelles, Oury et Guattari à la clinique de la Borde, mais aussi Georges Daumézon à Fleury-les-Aubrais.

Un autre temps fort dans l'histoire de la psychiatrie française est sans conteste **l'émergence de la politique dite "de secteur"** via la circulaire du 15 mars 1960 qui, en instituant une zone géographique déterminée (le secteur), va mener à l'abandon de la conception de l'ancien asile au profit d'un hôpital intégré dans un ensemble extra-hospitalier assurant à la fois le dépistage, le soin et la posture, et ce au plus proche du lieu de vie des patients.

La circulaire est très controversée. Il faudra attendre une dizaine d'années pour que le secteur, unité de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique, s'organise de façon novatrice, dispensant et coordonnant, pour une aire géo-démographique de proximité, l'ensemble des soins et services nécessaires à la couverture globale des besoins. La prise en charge et la coordination des soins seront assurées par des équipes pluridisciplinaires.

Avec 815 secteurs de psychiatrie générale, soit en moyenne un secteur pour 56 100 habitants âgés de plus de 20 ans, l'offre publique de psychiatrie représente aujourd'hui ± 80% de l'activité psychiatrique réalisée par les établissements de santé français.

En Grande-Bretagne

Suite aux apports du psychiatre Maxwell Jones, qui développe une communauté thérapeutique organisée sur un mode participatif, le mouvement anglais de critique institutionnelle va appréhender la folie dans son contexte social et familial, en tenant compte de l'environnement qui la conditionne. De nouvelles formes de soin pourront alors être proposées.

De 1962 à 1966, David Cooper tente une nouvelle expérience dans le pavillon 21 d'un grand hôpital londonien, une unité expérimentale pour "schizophrènes". En 1965, **Ronald Laing fonde avec Cooper et d'autres la Philadelphia Association**, qui vise à créer des lieux d'accueil; c'est dans ce cadre qu'il initie la communauté autogérée de Kingsley Hall, où vivent librement des personnes ordinairement considérées comme schizophrènes graves.

En 1967, David Cooper, dans son livre *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, invente le terme "anti-psychiatrie", inaugurant un mouvement de contestation du système psychiatrique officiel, dirigé contre certaines pratiques hospitalières (l'électrochoc, la chimiothérapie, la bâche, la camisole de force) et réfutant au passage la pertinence d'une distinction entre le "fou" et le "sain d'esprit". Dès lors, l'anti-psychiatrie va ouvrir la voie à une définition plutôt radicale de la folie, conçue comme l'expérience des limites de la raison et non plus comme la perte ou l'absence de celle-ci. Cette remise en question de la distinction normal/pathologique va non seulement permettre d'envisager la folie de façon positive (en tant que "voyage"), mais également de s'opposer à l'étiquetage diagnostique et de proposer une relation thérapeutique basée sur la non-interférence, le respect de l'expérience du fou et de sa parole.

Dans un ouvrage ultérieur, Une grammaire à l'usage des vivants (1974), Cooper regrettera les confusions engendrées par le terme «anti-psychiatrie» et reprécisera le fondement avant tout politique de son entreprise; il utilisera alors plutôt le mot «non-psychiatrie».

Et aujourd'hui? Un exemple anglais intéressant: Birmingham

Le système de soins de santé mentale, dans cette ville des West Midlands, est centré sur des équipes mobiles reliant la "première ligne" (les médecins généralistes) et l'hôpital psychiatrique. L'idée est de soigner autant que possible le patient à domicile afin d'éviter au maximum les hospitalisations psychiatriques. Ce système de soins intégrés est organisé territorialement par un "trust" coordonnant tous les acteurs publics de la santé mentale, sur base d'une politique nationale de soins prédéfinie par le National Health Service.

L'hôpital psychiatrique collabore étroitement avec les équipes mobiles qui participent au traitement hospitalier et préparent la sortie de l'hôpital, de sorte que la continuité des soins est assurée dans le milieu de vie.

En Italie

La figure marquante de la désinstitutionnalisation en Italie est incontestablement Franco Basaglia. Proclamant que "la liberté est thérapeutique", celui-ci développe une pratique de "suspension" de la maladie mentale qui lui permettra non seulement de parvenir à la réalité quotidienne de la maladie, mais surtout de remettre en question les bases du savoir scientifique qui lui est lié.

Principal initiateur de la réforme italienne de la psychiatrie, Basaglia fonde le mouvement Psichiatria Democratica, qui deviendra un mouvement social national à l'origine de la **promulgation, en 1978, de la loi 180** visant la fermeture des hôpitaux psychiatriques. La priorité de cette loi est de permettre aux personnes présentant des troubles mentaux de pouvoir vivre, travailler et participer à la vie de la communauté, selon une conception qui ne voit pas de rétablissement possible sans maintien des droits.

Deux mouvements importants de la pensée basaglienne:

- L'institution en négation: destruction des murs de l'asile et libération des malades; refus de considérer les problèmes non-médicaux comme étant extérieurs au champ de la psychiatrie
- L'institution en invention: réorganisation d'une prise en charge dans la communauté; la maladie mentale devient "le problème de tout le monde"

La loi 180 a évincé de son texte le terme de dangerosité, entraînant la suppression du paradigme de l'internement sur lequel continue de se fonder l'état d'exception de presque toutes les législations nationales en matière de psychiatrie. A partir du moment où la loi commence à s'intéresser au traitement plutôt qu'à la dangerosité, comme dans le cas italien, un cadre complètement nouveau peut voir le jour dans le champ de la psychiatrie: un cadre où les décisions concernant les traitements relèvent d'un devoir éthique de soin et non plus d'un devoir légal de défense de la société. Cela ne veut pas dire que le traitement obligatoire (imposé contre la volonté de la personne) n'existe pas, mais il ne peut être décidé que pour des raisons de santé de l'individu, jamais pour des raisons de dangerosité qui menaceraient le contexte social. Après plus de 30 ans d'application de cette loi, qui ne décide une hospitalisation sous contrainte que pour une durée limitée, on observe que celles-ci sont rares, qu'une autre façon de penser le soin se consolide et, enfin, que l'opinion publique n'associe plus systématiquement troubles psychiques et crimes.

Et aujourd'hui? Un exemple italien intéressant: Trieste

La suppression de l'asile devait s'accompagner d'une nouvelle organisation des soins dans la communauté, ce qui n'a pas pu être appliqué uniformément à toutes les régions d'Italie. En revanche, Franco Basaglia et son collègue Franco Rotelli ont opéré dans la ville de Trieste un travail radical de désinstitutionnalisation. L'hôpital psychiatrique (1200 lits en 1971) a fermé ses portes. La structure-clé du dispositif mis en place dans la ville est devenu le centre de santé mentale ou CSM (4 centres aujourd'hui pour 250 000 habitants), ouvert 24h/24, 7/7, avec une capacité de 6 à 8 lits seulement, 6 autres lits étant disponibles aux urgences de l'hôpital général en cas de crise. Des équipes mobiles de soins à domicile, des structures résidentielles, des clubs autogérés et une attention particulière portée au statut positif qu'offre le travail par le biais de coopératives viennent compléter ce dispositif, de sorte que tout est mis en œuvre afin d'accompagner la personne vers la vie qu'elle a envie de mener.

Si cette expérience durable a pu avoir lieu, c'est grâce au financement de services décentralisés en mesure d'offrir une alternative efficace à l'hôpital psychiatrique au sein même de la communauté. Un tel exemple n'est probablement pas transposable tel quel mais a néanmoins le mérite d'interpeller l'observateur par ses résultats concrets (à peine 3 hospitalisations sous contrainte par an; des temps d'hospitalisation très courts) et sa dimension communautaire (démystification de la maladie mentale, lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale).