

Mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie.

Cahier de

propositions POLITIQUES



SOMMAIRE

Abrégé des propositions 5

1 Soutenir la construction collective d'espaces de participation à la vie sociale et affective 10


Logement.....	11
Emploi	12
Dispositifs d'insertion	13
Centres de réhabilitation psycho-sociale	14
Associations socio-culturelles.....	15
Formation participante	16
Associations d'usagers	18
Statut expert d'expérience.....	19
Représentation des usagers et des proches	19
Comité de vigilance.....	20

2 Reconvertir les services spécialisés en santé mentale pour mieux les intégrer dans les milieux de vie et renforcer les soins de première ligne en santé 21

Services intégrés en santé mentale	22
Echelonnement.....	24
Accueil en famille	24
Habitations protégées.....	25
Fonction de liaison.....	27
Dossier médical global psychosocial	28
Formation continue.....	28

3 Construire des systèmes intégrés de services dans un cadre territorial 29

Organisation territoriale	30
Schéma: les trois niveaux de territoire.....	32
Groupements territoriaux pour la santé mentale - Conseil locaux pour la santé mentale.....	34
Financement des groupements.....	36
Référent résiduel.....	38



L'enjeu de ce cahier de propositions politiques est de créer d'autres modalités de vivre ensemble avec les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. En effet, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE, reports 84B) nous rappelle que 4700 personnes vivent en hôpital psychiatrique depuis plus d'un an. De nombreuses autres errent dans une précarité difficilement vivable. Ces situations les plus tristes sont la pointe émergée d'un iceberg puisque l'Institut Scientifique de Santé publique (Enquête de Santé par Interview, 2008) pointe que 14 % de la population belge souffre probablement d'un trouble de santé mentale.

Pour répondre à l'ampleur de ces problèmes, il s'agit certes d'améliorer les aides et les soins, mais aussi de faire participer un plus grand nombre et une plus grande diversité d'acteurs et d'organisations de tous bords. C'est l'ambition de ce cahier de propositions et ce qui spécifie son apport par rapport à la réforme en cours « vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de réseaux et circuits de soins ». Celle-ci ouvre un possible rééquilibrage entre les soins hospitaliers et ambulatoires, mais souffre de n'être pas ouverte sur un ensemble plus large de composantes de la société. Partant, nous aurions aussi besoin de plus de démocratie en faisant pleinement participer une multiplicité d'acteurs aux processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques de santé mentale. Cette approche intersectorielle demande un pilotage transversal à tous les niveaux de pouvoir.

Les propositions formulées dans ce cahier sont en chantier. Le forum du *Mouvement* organisé les 25-26 novembre 2011 est là pour les questionner et les alimenter. Ces propositions sont regroupées en trois lignes de force pour des changements :

1 Soutenir la construction collective d'espaces de participation à la vie sociale et affective.

La souffrance psychique demande à être activement contextualisée, condition indispensable à son intelligibilité et à la mise en œuvre de réponses adéquates. Un défi à relever est de réduire les inégalités sociales en santé mentale en recréant pour chacun les conditions nécessaires à sa santé et son intégration. Nous pointons d'emblée le logement (*Proposition 1*), l'emploi (*Proposition 2*), les dispositifs d'insertion (*Proposition 3*) et les associations socio-culturelles (*Proposition 5*) comme des bases essentielles pour reprendre pied dans la société. Il s'agit non seulement de s'appuyer sur des équipes de réhabilitation psychosociale (*Proposition 4*) comme le propose la fonction 3 de la réforme en cours, mais aussi de faire coopérer les acteurs non spécialisés à des politiques de santé mentale plus inclusives.

Tout un processus est à construire afin de reconnaître la parole et l'expérience des personnes concernées au quotidien par les problèmes de santé mentale. Le vécu et l'expertise des proches (familles, amis, personnes concernées affectivement, ...), tout comme ceux des usagers, doivent être pris activement en compte, notamment par les professionnels de la santé. Un statut d'expert d'expérience renforcerait la place des usagers et des proches (*Proposition 8*). Un cadre législatif pour agréer et financer les associations d'usagers (*Proposition 7*) permettrait qu'elles se développent et favoriserait leur représentation dans les organes consultatifs et délibératifs en rapport avec les questions de santé mentale (*Proposition 9*). On pourrait encourager les usagers, leurs proches ou d'autres acteurs à concevoir et transmettre des modules de forma-

tions qui s'inspireraient des expériences de chacun et apporteraient des outils permettant de mieux interagir dans les situations de la vie quotidienne (Proposition 6).

Par ailleurs, il faut soutenir des mécanismes qui corrigent les préjugés à l'égard des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Un comité de vigilance pourrait servir de commission d'éthique et d'espace de formation pour les journalistes (Proposition 10).

2 Reconvertir les services spécialisés en santé mentale pour mieux les intégrer dans les milieux de vie et renforcer les soins de première ligne en santé.

Les processus thérapeutiques qui se mettent en place pour les personnes qui souffrent de pathologies psychiatriques sont toujours reliés aux milieux de vie. Le soin (en santé mentale) renvoie sans cesse à la façon dont la personne vit, habite, existe dans ses milieux familiaux.

Le défi est de proposer un cadre qui élargisse les possibilités des soins spécialisés dans les milieux de vie. Nous proposons de créer des *Services intégrés en santé mentale* (Proposition 11) composés de 5 unités en interface : des espaces d'accueil, des équipes mobiles de suivi des personnes souffrant de pathologies sévères et persistantes, des équipes mobiles pour les situations aiguës, des unités résidentielles de crise, des services de santé mentale. Il est essentiel que cet ensemble intégré inclue la fonction 2 des projets de réforme (équipes ambulatoires de traitement intensifs pour les problèmes psychiques aigus et chroniques) en la mettant en œuvre au sein même des milieux de vie.

Un retrait mal négocié de l'environnement familial peut compromettre les processus thérapeutiques en cours. Quand une hospitalisation psychiatrique s'avère nécessaire, elle devrait être préalablement concertée avec les *Services intégrés en santé mentale* (Proposition 12). Par ailleurs, les lieux qui peuvent être nécessaires pour prendre distance vis-à-vis de l'environnement

familier pourraient être plus diversifiés. Les projets de réforme proposent de réaliser une fonction 4 sous forme d'unités intensives de traitement résidentiel. Ici aussi, l'implantation locale est essentielle. Une reconversion pourrait se faire vers des unités résidentielles de crise au sein des *Services intégrés en santé mentale*, ce qui permettrait une proximité avec les milieux de vie et une connaissance des ressources locales par les soignants (Proposition 11). On pourrait aussi réenvisager l'accueil en famille (Proposition 13) et améliorer le cadre qui définit les habitations protégées (Proposition 14).

Pour construire un système de soins efficient, il faut inscrire les soins de santé mentale parmi un ensemble de soins essentiels que l'on appelle les « soins de santé primaires ». La médecine générale doit dès lors être renforcée pour réaliser à la fois cette articulation avec les soins spécialisés en santé mentale et l'ensemble des ressources personnelles et communautaires. Il faudrait organiser et financer une fonction de liaison en santé mentale spécifique aux centres de santé intégrés, aux centres de coordination de soins à domicile, aux services d'aides familiales et aux réseaux de soin de première ligne (Proposition 15). On pourrait encourager les pratiques de concertation en médecine générale en les finançant via un *Dossier Médical Global Psychosocial* (Proposition 16). La formation des professionnels de santé gagne à être soutenue grâce à des pratiques d'immersion (Proposition 17).

3 Construire des systèmes intégrés de services dans un cadre territorial.

Les problèmes de santé mentale impliquent de mettre ensemble des personnes ou des organisations très différentes, les faire coopérer et leur permettre de prendre des décisions équitables pour chacun. L'ensemble demande de concevoir un cadre qui permette une intégration cohérente et mobilisante. Chaque partie prenante devrait pouvoir participer dans un esprit démocratique.

Le système de santé mentale gagnerait à être organisé sur base de territoires car ils permettent d'améliorer l'accessibilité, de cadrer

des espaces de concertations entre les acteurs et de dynamiser la citoyenneté en mobilisant les associations ou les élus locaux. Cette logique territoriale peut se réaliser à un niveau de première proximité, de moyenne proximité ou un niveau régional et fédéral (**Proposition 18**). Nous proposons de mettre en place des *Groupements territoriaux pour la santé mentale* qui rassemblent l'ensemble des acteurs en santé mentale des territoires de première et moyenne proximité. Chacun de ces *Groupements* dépendrait d'un *Conseil local pour la santé mentale* où siègeraient des conseillers communaux, des partenaires sociaux et des associations citoyennes (**Proposition 19**).

Cette approche territoriale n'est pas développée dans la réforme en cours. Nous proposons un cadre qui donne plus de poids à des associations ou des élus locaux. Les politiques de santé mentale gagnent à être organisées par un ensemble d'acteurs au-delà des services spécialisés en santé mentale quels qu'ils soient et singulièrement les hôpitaux psychiatriques qui dominent aujourd'hui l'architecture du système. Somme toute, nous souhaitons des politiques de santé mentale plus citoyennes.

Pour y parvenir, nous proposons d'abandonner le financement des hôpitaux psychiatriques au lit occupé et de convertir leurs moyens actuels dans un forfait. Cela leur donnerait plus de liberté pour penser les services qu'ils souhaitent mettre en œuvre dans les milieux de vie. A terme, on pourrait organiser un forfait par territoire pour financer les services des *Groupements* (**Proposition 20**).

Par ailleurs, il est des situations caractérisées par leur complexité, le rejet institutionnel, le découragement, le dépassement des limites de l'acceptable, ces contextes où la personne n'est plus demandeuse ou preneuse à tel point qu'aucun des acteurs en présence ne se sent suffisamment mobilisable pour assurer une forme de suivi dans le milieu de vie. Ici, nous soutenons qu'un *référent résiduel* qui parte à la rencontre de la personne doit être institué au sein du *Service intégré en santé mentale* (**Proposition 21**).

1

Soutenir la construction collective d'espaces de participation à la vie sociale et affective

Avant d'être prise en compte comme une maladie, la souffrance psychique demande à être activement contextualisée, condition indispensable à son intelligibilité et à la mise en œuvre de réponses adéquates. Sans cette recherche d'une compréhension contextuelle, la souffrance psychique, ramenée à une fragilité individuelle, est amputée de son pouvoir d'interrogation sur le social et la personne est dépouillée de son rôle d'acteur sur les questions citoyennes que posent les problèmes de santé mentale. Il faut se préoccuper de ceux-ci comme des modes de vie qui mettent en difficulté et interrogent les relations dans la communauté. Les questions qui s'ouvrent sont celles des rapports difficiles à l'autre et touchent de façon globale aux conditions de vivre ensemble dans la société.

Un défi à relever est de réduire les inégalités sociales en santé mentale en recréant pour chacun les conditions nécessaires à sa santé et son intégration. La répartition inégalitaire des ressources, des pouvoirs et de l'argent se répercute dans une distribution inéquitable des déterminants sociaux de la santé. Il convient d'agir à différents niveaux, que ce soit sur les conditions de vie et de travail, sur les réseaux sociaux et communautaires, et finalement sur les modes de vie individuels. A chacun de ces niveaux, il ne s'agit pas de se focaliser uniquement sur les personnes les plus défavorisées mais sur l'ensemble des processus qui visent à réduire les inégalités.

Le droit au logement constitue un droit fondamental. Obtenir et préserver un logement approprié est un élément essentiel pour une sécurité de base et un bien-être indispensables à la bonne santé psychique. Trop de personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne trouvent pas à satisfaire ce besoin. Cette précarité entraîne des dommages affectant la santé globale et les relations sociales.

Un logement n'offre pas seulement un toit. De par son implantation dans une ville, un quartier, un village, il constitue un lieu de vie sociale.

Faute d'habitations adaptées et intégrées dans le milieu de vie, on est parfois obligé de recourir à des structures comme des hôpitaux psychiatriques ou des maisons d'accueil qui ne devraient pas constituer des habitats permanents ou de longue durée. Il arrive qu'ils viennent néanmoins remplir cette fonction.

proposition 1: logement

La participation des acteurs de la santé mentale dans les politiques locales du logement devrait être renforcée. Des budgets devraient être affectés à la collaboration du secteur de la santé mentale avec les organismes de logements sociaux et les agences immobilières sociales. La création d'agences immobilières sociales pour des personnes qui ont des problèmes de santé mentale devrait être encouragée.

Le travail entretient un rapport paradoxal avec les troubles psychiques. Il peut être vecteur d'intégration ou de souffrance. L'organisation actuelle du monde de l'emploi génère de plus en plus de problèmes de santé mentale chez les travailleurs. Par ailleurs, la plupart des gens soulignent l'importance du travail dans l'intégration et l'autonomie des personnes.

Les freins à l'emploi sont nombreux. Les représentations négatives liées à la maladie mentale réduisent les personnes à des stigmates tels que l'incapacité, la dangerosité et l'imprévisibilité. A ce niveau, un travail d'information et de dé-stigmatisation devrait être réalisé, mais les freins sont aussi de nature administrative, comme l'étanchéité des statuts (invalide, handicapé, demandeur d'emploi,...), la question des allocations ou encore les réglementations des dispositifs d'insertion.

proposition 2 : emploi

Le support dans l'emploi est une politique porteuse tant pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale que pour l'ensemble de l'organisation qui les emploie. Il faut inciter à l'utilisation des mécanismes actuellement existant : les primes au tutorat, à l'intégration, à la compensation, les interventions financières pour les aménagements de poste et les aides à l'embauche de personnes handicapées qui ne sont pas assez utilisées en faveur des personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

La réalité d'une part importante des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale est celle de la précarité et d'un éloignement plus ou moins prononcé d'une vie dans la collectivité. Plusieurs milliers de personnes vivent dans les hôpitaux psychiatriques depuis plus d'un an. Quant à la vie en dehors de cette structure de soin, elle se situe pour trop de personnes à la marge des conditions minimales de dignité. Le milieu de vie n'est pas forcément très inclusif, ni fondamentalement accueillant.

Il est dès lors essentiel de prévoir des structures spécifiques favorisant un processus qui étaye les relations des personnes dans des associations ou des entourages plus informels. Ces dispositifs peuvent relever de l'insertion, de la réhabilitation psychosociale, de l'éducation permanente, de l'aide ou du soin. Quels qu'ils soient, un élément déterminant de leur qualité est la façon dont ils associent des partenaires qui favorisent une intégration dans la collectivité.

Une priorité n'est-elle pas de permettre un meilleur accès aux organismes d'insertion existants ? Il s'agit notamment des *Organismes d'Insertion Socio-Professionnelle*, des *Entreprises de Formation par le Travail*, du *Forem*, ... Il existe aussi les dispositifs qui relèvent de l'*Agence Wallonne pour la Personne Handicapée*. Par ailleurs, il existe des associations qui œuvrent à titres divers dans une dynamique d'insertion (réseaux d'échange de savoirs, éducation permanente, ...). Le volontariat constitue aussi une voie assez souple qui permet la participation des personnes dans des organisations.

Dans ces dispositifs d'insertion, il faudrait permettre l'engagement de travailleurs qui effectuent un travail de liaison pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Leurs difficultés ne peuvent jamais être entièrement résolues au sein d'un dispositif unique. Il s'agit toujours d'associer une diversité d'acteurs du social et de la santé, et d'organiser des concertations pour contribuer à une dynamique d'insertion. Cela demande du temps et de l'expertise. Des personnes ou des temps de travail doivent être dévolus à cette fonction.

proposition 3 : dispositifs d'insertion

Dans les dispositifs d'insertion, des travailleurs doivent pouvoir être engagés pour effectuer un travail de liaison. Les difficultés des personnes ne peuvent jamais être entièrement résolues au sein d'un unique dispositif d'insertion. Il s'agit d'associer une diversité d'acteurs du social et de la santé, et d'organiser des concertations pour contribuer à une dynamique d'insertion. Des personnes ou des temps de travail doivent être dévolus à cette fonction.

Par ailleurs, il serait porteur que des dispositifs se développent au sein même du champ spécifique des soins de santé mentale.

Actuellement, les *Centres de réadaptation fonctionnelle* sont pratiquement les seuls à exercer cette fonction dans le secteur des soins de santé mentale. D'autres dispositifs ont développé une expertise au travers de projets analogues en combinant d'autres cadres (éducation permanente, service d'insertion sociale, entreprise de formation par le travail, ou d'autres projets pilote, ...). L'expertise que les uns et les autres ont développée dans cette fonction de réhabilitation psychosociale devrait servir de base à la construction d'un cadre légal pour le développement de ce type d'institution.

Les centres de réhabilitation psychosociale devraient être un des piliers essentiels des soins de santé mentale. Il faut ouvrir la possibilité d'un développement de ces structures et penser à leur juste répartition géographique.

Centres de réhabilitation psychosociale

Ces structures existent sous la forme de petites unités insérées dans le tissu social, elles adoptent une approche personnalisée dans un cadre collectif, elles soutiennent le développement des compétences et la participation des usagers.

Les équipes sont multidisciplinaires et font appel à des compétences qui à la fois incluent et dépassent celles habituellement en vigueur dans le champ des soins de santé.

Les processus d'aide et de soins sont mis en œuvre dans des conditions se rapprochant le plus possible des conditions existantes dans la société et prévoient des interactions méthodiques avec celle-ci

Les alentours partenaires peuvent être aussi diversifiés que des structures de soins de santé (mentale), des entourages familiaux ou familiaux, les secteurs de la formation, de l'insertion, de la culture.

proposition 4 : centre de réhabilitation psychosociale

Un cadre légal est à (re)créer pour développer des centres de réhabilitation psychosociale. Il s'agit de déployer de petites institutions qui travaillent dans un cadre collectif et sont insérées dans le tissu social avec lequel elles développent des interactions méthodiques. L'approche des usagers y est personnalisée et soutient leurs compétences et leur participation. Ces structures, à l'interface du soin et de notre société, doivent être un des piliers des soins de santé mentale.

Les associations socio-culturelles sont au cœur de l'insertion dans le tissu social. Il s'agit des associations de quartier de toutes sortes, des maisons des jeunes, des ateliers culturels, des clubs de sport... ainsi que des coordinations qui souvent les rassemblent localement.

Les enjeux d'un travail commun entre les services en santé mentale et les associations socio-culturelles sont multiples : la connaissance réciproque des possibilités du territoire, la valorisation des ressources souvent insoupçonnées des usagers, leur accompagnement et la

médiation, l'invention de nouvelles modalités d'accueil et d'inclusion au sein des associations locales, l'élaboration de projets en commun, le développement au niveau culturel d'un questionnement social pertinent facteur de changement sociétal.

proposition 5 : associations socio-culturelles

L'étayage réciproque des champs de la santé mentale et du socio-culturel est un moyen concret pour transformer la vie quotidienne des individus et des collectivités. Il faut favoriser et financer le travail d'interface entre ces secteurs par des personnes ou des temps de travail dévolus à une fonction de liaison, des conventions de collaboration et des projets conjoints. Le défi est de favoriser la participation culturelle et l'inclusion des personnes en situation de dé-liaison sociale, d'induire plus de mixité et de cohésion sociale.

Au niveau des services en santé mentale, il faut favoriser l'engagement de professionnels de profils variés dont les compétences incluent la connaissance des secteurs socio-culturels partenaires et leur inscription dans la vie locale. Ces agents de liaison auront pour fonction d'accompagner les usagers vers les associations locales, de soutenir les dynamiques participatives, d'effectuer un travail de médiation, d'élaborer des partenariats, d'organiser des projets communs.

Au niveau des associations socio-culturelles locales et des services en santé mentale, il faut financer les conventions de collaboration, instaurer des budgets pour permettre l'organisation de projets mixtes.

Un citoyen confronté à des problèmes de santé mentale fait partie d'un ensemble plus ou moins connecté d'autres citoyens ou organisations. Il peut s'agir d'une famille, de proches, une aide familiale, un médecin généraliste, la police, un agent du *Forem*, un pharmacien.

Nous proposons que certains de ces acteurs puissent concevoir et mener des modules de formations à destination des autres. Ces pratiques existent déjà : par exemple, des associations de familles ont construits des modules pour d'autres familles, des services de santé

mentale pour des services d'aide familiales, des usagers pour d'autres usagers. La démarche permet de valoriser l'expérience des opérateurs qui construisent ces modules. Les participants découvrent la réalité des problèmes sous des angles différents, apprennent à partir d'un partage de savoir-faire ancrés dans les situations concrètes et locales et construisent un langage commun.

proposition 6 : formation participante

Encourager les associations de familles et d'usagers ou d'autres acteurs à concevoir et transmettre des modules de formations qui s'inspirent des expériences de chacun et apportent de l'information et des outils permettant de mieux interagir dans les situations de la vie quotidienne. Il faut envisager le financement de ces modules tant du côté de ceux qui les conçoivent que du côté de ceux qui y participent.

Ces modules de formation peuvent s'envisager de façon ponctuelle. Ils pourraient être prolongés sous forme d'interventions plus continues. Ils pourraient déboucher sur des immersions dans les réalités de travail des autres et apporterait, dès lors, une transversalité vécue et un meilleur ressenti des réalités sociales, culturelles et mentales des habitants et des associations impliqués dans les problèmes de santé mentale.

Les familles et les proches devraient recevoir une attention particulière aussi bien en tant qu'opérateur de la construction de ces modules que comme destinataires. Ils devraient être considérés comme partenaires de soins et de socialisation. Pour ce faire, les professionnels, notamment dans le champ de la santé mentale, doivent y être sensibilisés et accompagnés. Ces modules peuvent être une occasion de le faire. Les familles et les proches ont également besoin d'être formés. Ces accompagnements devraient être automatiquement proposés à l'entourage de l'utilisateur.

La société a exclu les personnes qui souffrent de maladie mentale. Elle les invalide alors que leurs discours ou leurs conduites qui souvent troublent la raison et les normes convenues pourraient être

source d'interrogation sur l'existence et nos manières de vivre ensemble. Partant, on en revient à les considérer sous l'angle réduit de leurs déficits et comme incapables de tenir une place dans notre société. Ce qu'elles expriment est trop peu reconnu comme la parole d'un sujet qui véhicule du sens, une histoire, des besoins et des aspirations.

Il nous semble primordial que les usagers puissent se réapproprier une place de citoyen et que la société structure des manières d'agir où ils sont reconnus comme tels.

Tout un processus est à construire afin de reconnaître la parole et l'expérience des personnes concernées au quotidien par les problèmes de santé mentale. Le vécu et l'expertise des proches (familles, amis, personnes concernées affectivement,...), tout comme ceux des usagers, doivent être pris activement en compte, notamment par les professionnels de la santé.

Il faut dès lors encourager une participation qui va à contre-courant du regard actuel de notre société. La participation implique de donner des moyens et d'investir des méthodologies qui reconnaissent les usagers et les proches comme des partenaires.

Dans un souci de cohésion sociale et de rendre le système de santé mentale démocratique, la participation et la prise en compte du point de vue des usagers en santé mentale doit devenir une pratique coutumière. Il est primordial de permettre la multiplication des associations et représentations des usagers et de pérenniser leur situation.

Il est donc fondamental de donner un cadre législatif à ces associations qui détermine les modalités de reconnaissance, d'agrément et de financement.

L'enjeu de ce cadre est de permettre aux associations d'usagers en soins de santé d'être reconnues. Diverses fédérations, regroupant plusieurs associations d'usagers ayant les mêmes spécificités, pourraient voir le jour afin de leur assurer une meilleure visibilité, une aide administrative, leur coordination et leur mise en réseau.

Le but de cette reconnaissance légale est de permettre aux usagers de la santé mentale d'être considérés officiellement comme partenaires et de permettre le développement de la concertation entre les différents acteurs, dont les usagers et les proches. La parole, à un niveau individuel comme collectif, des usagers en santé mentale devrait être prise en compte par les institutions afin de défendre leurs droits et leurs intérêts comme tout autre citoyen.

proposition 7 : associations d'usagers

Un cadre législatif doit être mis en place pour permettre le développement des associations et fédérations d'usager. Il doit prévoir des agréments et des financements qui renforcent leur position locale sur l'ensemble du territoire. Il doit permettre de garantir une reconnaissance dans l'expertise et la décision au niveau des instances politiques, des institutions de la santé mentale et des services de soins.

Un statut d'expert d'expérience permettant la reconnaissance de l'expertise du vécu des usagers et des proches devrait être mis en place afin que ceux-ci puissent mieux exercer leur citoyenneté en matière de santé mentale.

Un cadre légal devrait être proposé afin de définir les conditions d'agrément du statut d'expert d'expérience accordé aux usagers et aux proches. Le subventionnement des fédérations des associations d'usagers et de proches devrait être réglementé afin qu'elles puissent dispenser un accompagnement spécifique, des formations adéquates et des supervisions/intervisions à leurs membres revendiquant un mandat d'expert d'expériences au nom des associations d'usagers et de proches. Un financement ou remboursement de ces formations est également à prévoir à l'intention des usagers et des proches.

La reconnaissance d'un statut d'expert d'expérience a pour objectif que des avis et des recommandations réfléchies et pertinentes puissent être partagés et échangés grâce à la concertation et la prise en considération des divers acteurs dont les experts d'expérience. Ce concept va dans le sens du respect du droit à la citoyenneté, de la loi sur les droits du patient et des déclarations de l'*Organisation Mondiale de la Santé*.

proposition 8 : statut expert d'expérience

Un statut d'expert d'expérience doit permettre de renforcer la place des usagers et des proches comme partenaires de soins et de la vie institutionnelle des services de santé. Il faut permettre financièrement à toutes les fédérations d'usagers et de proches de continuer à former leurs membres en tant qu'experts d'expérience.

Les associations d'usagers et de proches revendiquent d'être représentées au sein des organes consultatifs organisés par les pouvoirs exécutifs. Ces organes consultatifs sont les instances auprès desquelles le pouvoir exécutif prend avis avant la mise en place des structures, des réglementations, des dispositions légales et de divers moyens concernant les usagers et les proches. L'objectif est que la voix des usagers et des proches soit incluse dans les processus de négociation.

Tous les secteurs liés à la santé mentale sont concernés. Vu l'importance du travail dans les problèmes de santé mentale et la faible représentation actuelle dans ce secteur, il faut viser les organes consultatifs qui concernent l'emploi et l'insertion socio-professionnelle. Les associations d'usagers et de proches devraient être associées au travail des syndicats pour obtenir une réponse adaptée au droit lié au travail.

proposition 9 : représentation des usagers et des proches

Les associations d'usagers et de proches doivent être représentées dans les organes consultatifs et délibératifs en rapport avec les questions de santé mentale. Il faut notamment viser les organes qui influencent les politiques de l'emploi et l'insertion socioprofessionnelle. Les associations d'usagers et de proches devraient être associées au travail des syndicats.

Il existe un décalage manifeste entre les représentations courantes au sujet des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale et la réalité de leur existence. Les images associées dans la population sont souvent faites de violences de toutes sortes. Ces personnes deviennent des « fous furieux » ou des « agresseurs imprévisibles ». Il n'est dès lors pas étonnant qu'en s'appuyant sur de tels préjugés, la population prenne peur et préfère dresser des murs.

La meilleure voie pour renverser ces préjugés est de mettre en place des institutions et des contextes qui mettent en valeur les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Les rencontres dans les conditions réelles de la vie quotidienne permettent le mieux de se faire une juste idée des situations et de négocier des modalités de vivre ensemble.

Par ailleurs, il faut soutenir des mécanismes qui corrigent les préjugés ou les opinions discriminantes à l'égard des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Le recours aux organismes qui luttent contre les discriminations comme le *Centre pour l'égalité des chances* devrait être encouragé.

Un observatoire des médias pourrait être créé. Il serait composé de travailleurs et d'usagers de la santé mentale, de journalistes. Ce serait une forme de comité d'éthique à qui l'on ferait appel pour éviter les discriminations et les préjugés dans le traitement des questions de santé mentale dans les médias. Cet observatoire aurait également un rôle de formation des journalistes : vocabulaire juste, lieux communs à éviter...Le *Centre pour l'égalité des chances*, qui a un protocole de collaboration avec le *Conseil supérieur de l'audiovisuel*, devrait être partenaire de ce projet.

Proposition 10 : comité de vigilance

Un comité de vigilance devrait être créé. Il saisirait les organes ad hoc sur les médians et servirait aussi de comité d'éthique et d'espace de formation des journalistes pour éviter les discriminations et les préjugés dans le traitement des questions de santé mentale dans les médias. Il serait composé de travailleurs et d'usagers de la santé mentale, ainsi que de journalistes.

2

Reconvertir les services spécialisés en santé mentale pour mieux les intégrer dans les milieux de vie et renforcer les soins de première ligne en santé

Les processus thérapeutiques qui se mettent en place pour les personnes qui souffrent de pathologies psychiatriques sont toujours reliés aux milieux de vie. Le soin (en santé mentale) renvoie sans cesse à la façon dont la personne vit, habite, existe dans ses milieux familiaux. Approcher ces contextes est nécessaire pour penser les processus thérapeutiques, situer les questions, associer les entourages.

Les milieux de vie sont aussi les scènes des rôles sociaux. La personne qui souffre de pathologies psychiatriques est aussi le client d'une épicerie, un locataire en prise avec son propriétaire, un membre d'une association culturelle, ou une mère de famille.

Le devenir des personnes se joue dans la manière dont ils vont investir ces rôles sociaux. Les interventions et les dispositifs de santé mentale doivent pouvoir se mettre en place de manière à ce que ces rôles sociaux puissent être reconnus et investis.

Les services spécialisés en santé mentale n'interviennent pas en fonction de la présence ou l'absence de symptômes mais en rapport à la capacité des entourages et des professionnels à vivre et travailler avec des personnes qui souffrent de pathologies psychiatriques.

Discontinuités

Du point de vue des services spécialisés en santé mentale, le processus thérapeutique est toujours orienté vers une recherche de discontinuité puisque l'horizon est de pouvoir se retirer lorsque les personnes ou les professionnels de première ligne sont suffisamment autonomes pour vivre leurs relations réciproques.

Aujourd'hui, les soins spécialisés de santé mentale dans les milieux de vie sont effectués grâce à plusieurs services. Les *Services de santé mentale* devraient pouvoir assurer les soins essentiels relatifs aux fonctions d'accueil, de diagnostic et de traitement telles que les décrivent les cadres législatifs. Pourtant en regard des besoins des populations que ces services doivent desservir, ces missions ne sont accomplies que trop partiellement. En conséquence, les processus thérapeutiques et la cohabitation dans la communauté sont trop souvent compromis. Les préjudices sont d'autant plus importants que les personnes sont dans une précarité (socioéconomique) sévère.

Le défi est de proposer un cadre qui élargisse les possibilités des soins spécialisés dans les milieux de vie et qui programme les moyens nécessaires pour les assurer.

Nous proposons de créer des *Services intégrés en santé mentale*. Ils seraient composés de 5 unités en interface dont l'intensité d'intégration et d'articulation devrait être organisée localement. Ces unités sont des équipes qui toutes sont responsables des processus thérapeutiques et des dispositifs mis en place dont les concertations sociales qu'ils impliquent. La perspective est d'élargir la base des aides et des soins de santé mentale dans les milieux de vie en s'appuyant sur des services existants (comme les services de santé mentale), en offrant plus de possibilités de prendre soin de problèmes qui demande de s'investir plus intensivement (troubles sévères persistants, situations aiguës), en permettant une distanciation tout en restant dans une approche contextuelle (unité résidentielle de crise). Ces différentes unités sont reliées à un espace d'accueil ouvert aussi aux non professionnels de la santé.

proposition 1 1 : services intégrés en santé mental

Créer des Services intégrés en santé mentale composés de 5 unités en interface :

1. Des espaces d'accueil indispensables aux processus de soins ou au ressourcement des entourages et des professionnels. Ces espaces associent tous ceux qui veulent faire accueil aux troubles psycho-sociaux. Cette fonction d'accueil

devrait être portée par les travailleurs des autres parties du dispositif. Un temps de travail et un financement pour cette fonction doivent être prévus parmi ces différents services.

2. Des équipes mobiles de suivi des personnes souffrant de pathologies sévères et persistantes. Ces équipes mobiles jouent alors le rôle d'appui non seulement auprès de la personne mais aussi parmi un ensemble d'autres partenaires d'aides et de soins ou d'autres acteurs de l'environnement familial.

3. Des équipes mobiles pour les situations aiguës. Ces interventions visent à prendre soin autant des personnes en souffrance psychiatrique que des entourages. Elles permettent d'inscrire les processus thérapeutiques dans les contextes où elles se déroulent et, le cas échéant, d'envisager les lieux qui permettent une distanciation des environnements familiaux. Ces équipes doivent pouvoir se déplacer dans un délai raisonnable qui prenne en compte l'urgence plus ou moins élevée de la situation.

4. Des unités résidentielles de crise qui offriraient un encadrement intensif et continu, tout en permettant une proximité avec les milieux de vie, une connaissance des ressources locales par les soignants et l'adaptabilité que permet la dimension réduite des équipes. Ces unités de quelques lits fonctionneraient 24h24.

5. Des services de santé mentale. En s'appuyant sur les décrets actuels, le cadre du personnel doit être substantiellement élargi de façon à le mettre en correspondance avec les missions qu'il est censé réaliser vis-à-vis de la population.

Toute intervention doit être réfléchie à la faveur des processus thérapeutiques que le contexte permet. Un retrait mal négocié de l'environnement familial peut compromettre les processus thérapeutiques en cours. Quand une hospitalisation psychiatrique s'avère nécessaire, elle devrait toujours être préalablement concertée avec les *Services intégrés en santé mentale*.

proposition 12 : échelonnement

Conditionner l'admission en hôpital psychiatrique à une concertation préalable et continue avec le *Service intégré en santé mentale* du territoire.

Par ailleurs, les lieux qui peuvent s'avérer nécessaires pour prendre distance vis-à-vis de l'environnement familial devraient être diversifiés.

L'intégration d'unités résidentielles de crise au sein des *Services intégrés de santé mentale* offrirait un encadrement intensif et continu, tout en gardant une proximité avec les milieux de vie. Ces unités de quelques lits, fonctionnant 24h24, pourraient travailler avec les entourages parce qu'ils se situent à une distance raisonnable. Ces unités résidentielles offrirait divers avantages par rapport aux hôpitaux psychiatriques : la proximité géographique, la connaissance des ressources locales par les soignants, l'adaptabilité que permet la dimension réduite des équipes.

L'accueil en famille pourrait être une autre possibilité de se décaler des difficultés tout en restant relié aux environnements familiaux.

proposition 13 : accueil en famille

La formule d'accueil résidentiel spécialisé en famille devrait être développée.

Le cadre actuel (les places/lits Tf) prévoit un suivi des familles d'accueil par des services hospitaliers. Ce suivi devrait pouvoir se faire via les *Services intégrés en santé mentale* dans le milieu de vie.

Les *Initiatives d'habitations protégées* ont permis d'introduire une possibilité d'habitat dans la communauté, un accompagnement dans la gestion matérielle du quotidien et la relance des relations sociales. Il faut poursuivre la reconversion des lits psychiatriques vers des places en habitations protégées. Le cadre qui définit les *Initiatives d'habitations protégées* pourrait être amélioré de manière à disposer d'une plus large diversité de logements mieux intégrés à la communauté.

proposition 14 : habitations protégées

Le cadre légal des *Initiatives d'habitations protégées* devrait être amélioré de manière à financer des places de logement accompagné qui pourraient être réparties sur le territoire de manière individualisée ou groupée. Ces places pourraient être établies sous forme d'appartements supervisés, communautaires, familiaux, intergénérationnels, ... Des partenariats devraient être créés avec d'autres acteurs locaux du logement de manière à favoriser une dynamique de mixité sociale.

Le système de santé mentale s'appuie sur l'articulation des soins de référence spécialisés avec la première ligne, lieu primordial de l'expression initiale de la demande d'aide. Par première ligne, on en-

tendra non seulement le premier niveau du système de soins, mais aussi l'ensemble des ressources personnelles et communautaires. Nos propositions visent à mieux articuler ce premier niveau de soins tant avec les soins spécialisés en santé mentale qu'avec l'ensemble de ces ressources qui déterminent la santé des personnes.

Soins de santé primaire

Nous pensons que pour construire un système de soins efficient, il faut inscrire les soins de santé mentale parmi un ensemble de soins essentiels que l'on appelle les « soins de santé primaires ».

Ça signifie que ce système doit rendre les soins essentiels de santé mentale universellement accessibles à un coût assumable par la communauté et dans des conditions acceptables par les personnes.

La médecine générale dite de première ligne est la porte d'entrée universelle ou de première adresse d'une pathologie psychiatrique. Il est intéressant de privilégier cette porte d'entrée dans l'ensemble du système de santé.

La mise en place d'une approche globale et pluridisciplinaire de proximité garantissant l'accessibilité des soins implique de développer les conditions d'intelligence nécessaires aux acteurs du soin, en l'occurrence psychiatrique. L'approche de proximité se différencie de l'approche stricte du domicile dans la mesure où elle s'étend de façon plus large au contexte et aux milieux de vie de la personne.

Ce travail demande un réseau/équipe pluridisciplinaire, c'est-à-dire un groupe de personnes entraîné à l'exercice des consultations conjointes, de l'intervision et d'une pensée pluraliste et parfois divergente.

Dans ce réseau/équipe de première ligne, tous les niveaux de soins sont à prendre en compte, sans hiérarchie, ce qui permet de pointer l'attention sur des activités ou des ressources ignorées ou tenues pour négligeables mais qui se révèlent centrales.

Symptôme

La personne qui souffre d'un problème de santé mentale ou d'une pathologie psychiatrique montre sa difficulté d'habiter son corps, sa maison, son travail, ses relations. Le symptôme est avant tout une donnée que le soignant peut lire comme une indication sur les failles qui sont ouvertes dans le paysage de la personne. A travers le symptôme, la personne nous invite à nous engager dans un travail d'élaboration à la fois individuel, communautaire et politique.

Cela amène le soignant à bouger, à entrer dans le paysage en question, à investir le territoire sur lequel il est amené à intervenir, çà s'inscrire dans les milieux de vie.

Les processus de délégation trop rapide aux services spécialisés ont pour effets délétères collatéraux la stigmatisation qui est parfois définitive : il n'est pas facile de sortir des circuits psychiatriques et de leur étiquetage une fois que l'on y est entré.

Le symptôme fait intrusion dans le collectif et il est intéressant de prendre en compte le questionnement qu'il porte plutôt que de l'évacuer vers un autre lieu où le diagnostic y est d'abord individuel plutôt que situationnel. Le symptôme questionne également le dispositif de soin ; il mérite d'être respecté comme étant propre à chaque situation et d'être traité en en réduisant les effets dommageables.

Cette mise à jour des formes non-reconnues du soin est sans nul doute potentialisée dans une culture de travail où l'égalité reste une valeur centrale, tant au sein du réseau que par rapport aux patients et à leurs collectifs.

Les objectifs à poursuivre pour une organisation des soins au départ de la première ligne pourraient être de :

- développer les interfaces, tant avec le secteur des soins spécialisés en santé mentale qu'avec le monde associatif, de l'aide sociale et le secteur de l'aide à domicile : plates-formes de concertation, cellules de liaison entre acteurs du soin au sens large.
- prévenir l'exclusion du lien social et la déliaison.
- déployer la continuité des soins comme caractéristique spécifique de la première ligne généraliste conjointement et en complémentarité avec les soins spécialisés ; une finalité de ces derniers est de soutenir cette continuité de base, ils restent dès lors dans une position de subsidiarité qui implique de leur part un retrait et une discontinuité des soins qu'ils donnent quand les usagers et la première ligne généraliste deviennent plus autonomes.
- développer des pratiques innovantes d'action communautaire en santé mentale qui s'appuient sur les ressources de la personne et son expertise : groupes de gestion autonome des médicaments psychotropes, pairs-aidants, ...

proposition 15 : fonction de liaison

Organiser et financer une fonction de liaison en santé mentale spécifique aux centres de santé intégrés, aux centres de coordination de soins à domicile, aux services d'aides familiales, et aux réseaux de soin de première ligne. Les objectifs de cette fonction de liaison seraient d'assurer, dans l'équipe/le réseau, la prise en compte transversale des aspects de santé mentale au sein de la population ; de développer, en interne et vers l'extérieur, les conditions de l'amélioration de la référence vers la deuxième ligne spécialisée ; de soutenir, sous l'angle de la santé mentale, une fonction de synthèse assurant la globalité et la continuité des soins ; d'articuler des pratiques innovantes d'action communautaire en santé mentale et de soutenir le travail collectif de questionnement du dispositif à partir des situations.

proposition 16 : dossier médical global psycho-social

Financer les pratiques de concertation en médecine générale en créant un Dossier Médical Global P (psychosocial) de manière à permettre aux médecins généralistes de prendre en compte au sein du réseau des questions de déliaison sociale (souffrance mentale, vieillissement, toxicomanie, ...) et d'améliorer le dépistage précoce, la prévention primaire, secondaire, et la référence aux différents services.

proposition 17 : formation continue

Soutenir la formation continue en santé mentale en faisant reconnaître et finançant les pratiques d'immersion qui permettent aux professionnels des soins de santé de travailler dans d'autres services pour se former.

3

Construire des systèmes intégrés de services dans un cadre territorial

On l'a vu, les problèmes de santé mentale supposent toujours l'élargissement des savoirs au-delà d'un champ qui serait réservé à des spécialistes et des techniciens. Il s'agit de mettre ensemble des personnes ou des organisations très différentes, les faire coopérer et leur permettre de prendre des décisions équitables pour chacun. L'ensemble demande de concevoir un cadre qui permette une intégration cohérente et mobilisante. Chaque partie prenante devrait pouvoir participer dans un esprit démocratique.

Nous voudrions pointer qu'actuellement nous sommes loin de cet horizon. Les espaces de concertations et de décisions en santé mentale ne sont, bien souvent, ni assez ouverts ni assez démocratiques.

Pour développer la santé mentale, il faut prendre en compte les soins mais aussi un ensemble de déterminants sociaux qui contribuent tant à la prévention qu'à la restauration d'un bien-être. Il s'agit dès lors de s'appuyer sur un «système de santé mentale» conçu comme l'ensemble des éléments qui contribuent au maintien ou à l'amélioration de l'état de santé mentale des populations. Un tel système se compose de toutes les organisations, personnes et activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé mentale. Le système de santé mentale appartient au système de santé. Il est ouvert et articulé aux actions et organisations qui déterminent la santé mentale et qui découlent de politiques aussi diverses que celles du logement, de la cohésion sociale ou de l'emploi.

Nous entendons par «service en santé mentale» les actions et institutions qui offrent des réponses adaptées et singulières aux problèmes, sans cesse changeants, amenés à partir des personnes en souffrance mentale. Ce service peut s'effectuer à partir d'une institution du secteur de la santé mentale, à partir du champ plus général de la santé ou de celui de l'action sociale ; il peut s'opérer tant au niveau individuel que collectif.

Cet ensemble de services gagne à être organisé de façon «intégrée». Un enjeu qui sous-tend le concept d'intégration des services est de pouvoir améliorer la situation des personnes dont les problèmes complexes nécessitent des appuis divers et impliquent que se rencontrent les savoirs et les acteurs. Au niveau des usagers, il s'agit de leur permettre une appréhension globale de leur situation et d'ouvrir des possibilités suffisamment diversifiées de cheminer. Au niveau du système, l'intégration implique une responsabilité partagée des acteurs vis-à-vis des usagers et des calculs d'efficacité dans la mise en place des services dont on veillera à éviter les duplications inutiles.

proposition 18 : organisation territoriale

Organiser le système de santé mentale en référence à des territoires en tant que ceux-ci cadrent des espaces d'accès, de concertation et de citoyenneté. Ces territoires sont à établir à trois niveaux : des territoires de première proximité, des territoires de moyenne proximité, le niveau régional et fédéral.


Territoire

Les milieux de vie renvoient aux habitants, à leurs environnements quotidiens et aux dynamiques sociales et affectives dans lesquels ils sont immergés. Les milieux de vie sont toujours singuliers. Ils se rapportent à la façon dont les person-


nes expérimentent leur vie quotidienne. Le milieu de vie est la réalité sociale et vécue au sein de laquelle émergent et se formulent des problèmes de santé mentale spécifiques.

Le territoire n'est qu'une carte, une construction utile pour penser les problèmes de santé


mentale. Il trace un contour géographique. A l'intérieur de ce périmètre seront élaborées les stratégies qui s'implanteront dans un milieu de vie toujours plus large, complexe et mouvant que ce que le territoire n'en saisit.



Les territoires construisent des **espaces d'accès** où se rencontrent l'offre et la demande d'aide et de soins en santé mentale. Les espaces de première proximité doivent permettre des déplacements relativement aisés tant des professionnels que des usagers.



Les territoires construisent des **espaces de concertation** entre les services en santé mentale. En dimensionnant les territoires, il s'agit de prendre en considération le nombre et la qualité des acteurs de manière à rendre possible leur participation à l'élaboration des procédures, des agencements ou des concertations entre les services en santé mentale



Les territoires construisent des **espaces de citoyenneté**. Dans le cadre d'un système ouvert sur les déterminants sociaux des problèmes de santé mentale, il convient de se soutenir la participation des associations et des différents acteurs, notamment du champ de la santé ou de l'action sociale. Les élus sont à inscrire dans cette dynamique.

proposition 19 : groupements territoriaux pour la santé mentale et conseil locaux pour la santé mentale

Mettre en place des *Groupements territoriaux pour la santé mentale* qui rassemblent l'ensemble des acteurs en santé mentale des territoires de première et moyenne proximité. Faire dépendre chacun de ces *Groupements d'un Conseil local pour la santé mentale* où siègent des conseillers communaux, des partenaires sociaux et des associations citoyennes.

Groupements territoriaux pour la santé mentale

Les opérateurs : Les Groupements territoriaux pour la santé mentale regroupent l'ensemble des opérateurs qui interviennent dans l'aide et les soins de santé mentale : les services spécialisés en santé mentale, la première ligne de santé, des services sociaux, des associations d'usagers et de familles, ...

Territoires : Les groupements territoriaux pour la santé mentale regroupent les acteurs qui interviennent sur les territoires de première et moyenne proximité.

Missions : Les groupements territoriaux pour la santé mentale élaborent et mettent en œuvre des politiques locales de santé mentale pour la population de leur territoire dans son ensemble. Ces politiques sont relatives à différents aspects de la santé mentale : la prévention, le diagnostic précoce, les soins, le suivi social, le logement et l'insertion.

Équipe cadre : Chaque Groupement territorial pour la santé mentale dispose d'une équipe cadre. Celle-ci agit de concert avec les opérateurs pour élaborer des stratégies territoriales en santé mentale, faire des propositions sur l'allocation des ressources financières et humaines, élaborer des procédures de collaborations, évaluer les stratégies territoriales en santé mentale, réaliser des plans de formation.

Conseil local pour la santé mentale

Chaque territoire de moyenne proximité dispose d'un Conseil local pour la santé mentale qui a pour **mission** : la définition du projet de politique de santé mentale du territoire dont le Groupement devra assurer la mise en œuvre, le contrôle de la mise en œuvre du projet territorial, le vote du budget du Groupement et le contrôle de son exécution.

La **composition** du Conseil local pour la santé mentale pourrait, par exemple, se composer de conseillers communaux, conseillers de l'Aide sociale, représentants des mutuelles, syndicats, groupements d'usagers et des familles, associations locales, représentants des membres du Groupement territorial pour la santé mentale.

Il s'agit de trouver des modalités de financement qui permettent des marges de manœuvre locales dans la réalisation des politiques. Il faut dès lors donner la possibilité aux *Groupements territoriaux pour la santé mentale* de proposer des glissements de personnel et de moyens financiers vers des activités et des services qui correspondent mieux aux besoins de la population. Quant aux *Conseils locaux pour la santé mentale*, ils doivent pouvoir jouer un rôle politique en décidant de l'affectation des moyens.

Le financement au lit des hôpitaux psychiatriques devrait être abandonné. Dans une optique de reconversion des moyens financiers et humains vers des services dans le milieu de vie, ce financement devient inadapté. Dans un premier temps, nous proposons d'octroyer aux hôpitaux psychiatriques un forfait calculé sur base de leur activité actuelle. Leurs moyens seraient ainsi préservés. Partant, ils auraient la latitude de développer des services et des activités dans le milieu de vie. Ils resteraient des opérateurs dans le champ de la santé mentale. Nous laissons ouvertes les modalités juridiques de création des nouveaux services (nouvelle entité juridique, transfert des ressources au groupement, ...).

proposition 20 : financement des groupements

Introduire un financement des politiques des *Groupements* sur base d'un forfait par territoire. Dans une première étape, abandonner le financement au lit des hôpitaux psychiatriques et convertir leurs moyens financiers actuels dans un montant forfaitaire de manière à favoriser la reconversion de leurs services dans le cadre des politiques territoriales des Groupements.

Les services d'un groupement pourraient recevoir des financements de différentes façons :

- des financements directs des services en provenance du Fédéral ou du Régional dans la cadre des agréments (exemple : un Service de santé mentale subventionné par la Région) ;
- des financements à l'acte (exemple : rémunération des psychiatres) ou des forfaits à la journée (exemple : les forfaits en réadaptation fonctionnelle) ;
- un financement forfaitaire par territoire :
 - ◊ pour compléter le financement direct des services du secteur de la santé mentale agréé ;
 - ◊ pour compléter des actions au sein des soins de santé primaire ;
 - ◊ pour développer des projets spécifiques en matière de logement, d'insertion, etc. ;
 - ◊ pour financer l'équipe cadre

Les accès aux services des territoires sont conçus comme multiples. Il n'y a pas de porte d'entrée unique.

L'intégration des aides et des soins en santé mentale est un processus complexe susceptible de s'effectuer à différents niveaux, directement auprès d'un usager comme au niveau des politiques régionales ou fédérales. Quel que soit le niveau où se réalisent les processus d'intégration, le cadre doit permettre assez de marges de manœuvre pour favoriser la participation des acteurs concernés et s'adapter en fonction de la singularité des situations.

Ainsi, au niveau des territoires de première et moyenne proximité, les processus d'intégration doivent pouvoir être construits par les acteurs du *Groupement*. Plusieurs niveaux d'intégration peuvent être envisagés et cohabiter : le partage d'information ; la coopération et la coordination pour travailler ensemble, par exemple sur de projets communs ou des concertations autour du patient ; divers degrés de collaboration entre services pouvant aller jusqu'à des mises en commun structurelles avec une autorité et des financements mutualisés.

Pour les usagers, la mise en place d'un système de santé mentale intégré devrait leur offrir un ensemble plus diversifié de services adéquats. Ils devraient dès lors avoir plus de choix et plus de liberté. Dans ce contexte, pour que leur autonomie de décision puisse s'exercer, il faut que les usagers soient informés des possibilités. Néanmoins, pour beaucoup d'entre eux, cette condition n'est pas suffisante. Le cheminement personnel avec l'appui d'une diversité de services doit pouvoir être accompagné pour éviter que certains usagers ne s'y égarent. Nous devons veiller à prendre soin de cette autonomie.

Plus la situation devient complexe, instable et précaire, plus la nécessité d'une coordination transversale aux différents champs sanitaire, de l'action sociale et de l'insertion devient utile à la mobilisation conjointe des acteurs. Le référent psychosocial en milieu de vie émerge dans ce contexte. Sa fonction s'exerce alors au niveau des territoires de première proximité, au plus proche du milieu de vie.

Par delà toutes ses tâches d'accompagnement, le référent psychosocial est le garant de la continuité des aides et des soins et d'une vision globale du suivi. Par sa position intermédiaire entre une démarche d'écoute active et une pratique d'intervention sociale, le référent est dépositaire d'une fonction de synthèse distributive au sein du réseau de soins et des services en milieu de vie.

Il est également dépositaire d'une responsabilité et d'une vigilance sur la situation (et non sur la personne) : il a pour fonction de répondre du dispositif face aux institutions et face au réseau. Il veille à établir et préserver des liens entre la personne et son milieu de vie, à multiplier les ancrages pour que puissent se construire des références identitaires multiples pour la personne, en santé primaire, en santé

mentale, en insertion professionnelle, culturelle, ... Il soutient la coordination, l'accompagnement, les agencements et la négociation dans le milieu.

Il est des situations dont la problématique est telle qu'aucun des acteurs en présence ne se sent suffisamment mobilisable pour assurer une forme de suivi dans le milieu de vie. Ici nous soutenons qu'un *réfèrent résiduel* doit être institué. Le résiduel spécifie les situations caractérisées par leur complexité, le rejet institutionnel, le découragement, le dépassement des limites de l'acceptable, ces contextes où la personne n'est plus demandeuse ou preneuse.

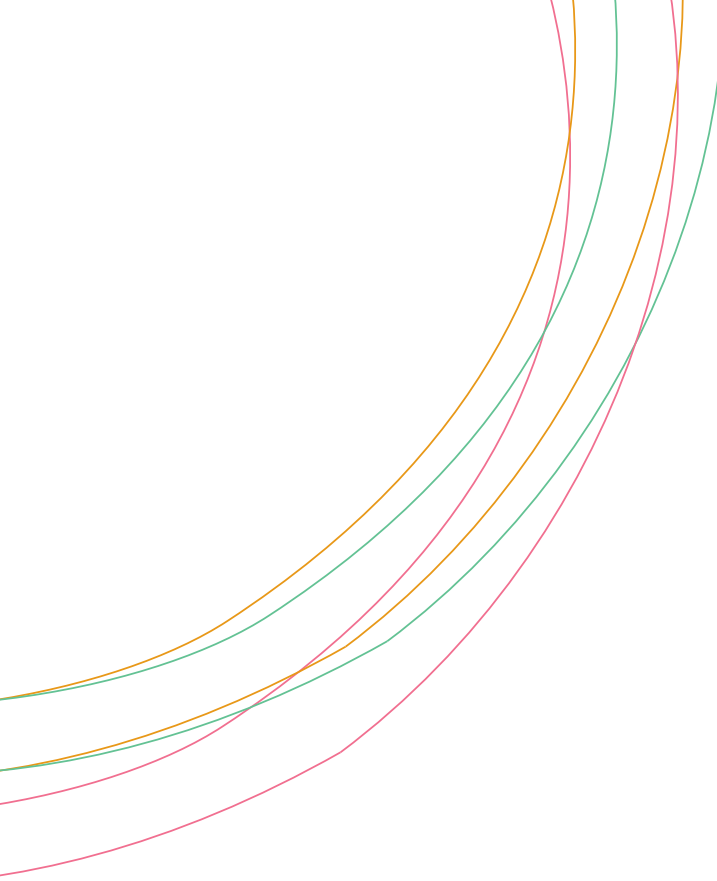
Dans la psychiatrie en milieu de vie, ce cadre résiduel est loin d'être minoritaire. C'est d'ailleurs ce qui explique le recours aussi fréquent aux hospitalisations psychiatriques ou à l'errance des personnes abandonnées par le milieu de vie, là où il n'y a plus personne pour les approcher.

Il est alors fondamental que se mobilise un *réfèrent résiduel* qui parte à la rencontre de la personne, cherche à construire et à rendre une âme à son milieu de vie pour le rendre à nouveau vivable.

proposition 21 : réfèrent résiduel

Le Service de santé mentale doit assurer la fonction de réfèrent psycho-social de manière résiduelle. Celle-ci doit être instituée lorsque la problématique est telle qu'aucun des acteurs en présence ne se sent suffisamment mobilisable pour assurer une forme de suivi dans le milieu de vie.

Le *réfèrent résiduel* appartient aux fonctions que doit assumer le *Service intégré de Santé Mentale*. Il implique le plus souvent un niveau de complexité plus étoffée et doit dès lors pouvoir compter sur le soutien d'une équipe multidisciplinaire et mobile. Celle-ci permet de développer la coordination et la relance d'un dialogue entre les champs d'intervention. Elle permet aussi une mobilisation qui puisse aller à la rencontre de la personne et développer une vigilance proactive qui retisse du lien social.



Éditeur responsable: Centre Franco Basaglia asbl

Centre Franco Basaglia asbl

12, rue de la Cathédrale - 4000 Liège

Tél. 04 227 02 58

Courriel: info@psychiatries.be

www.psychiatries.be



Wallonie