

SOMMAIRE

Edito	01
Premier anniversaire du drame de Termonde	01
Groupe de parole de Bruxelles-Est, fin 2009	04
Agenda	07
Résumé conférence : Gestion des plaintes et médiation en soins de santé	09
En quoi la psychiatrie participe-t-elle de l'exclusion sociale ?	12
Le Nouveau Funambule : nouvelle activité	18
Livre à conseiller	18
Aidez-nous, à mieux vous aider	19

C'est avec l'accord des intervenants que les textes qui suivent reprennent les témoignages, les questions, les remarques, et quelques idées développées par les familles présentes aux groupes de parole.

Les articles signés n'engagent que leur auteur.

EDITO

Suite au tremblement de terre à Haïti, le monde entier s'est senti interpellé par cette catastrophe.

**"DESOLATION - TRISTESSE - SOLIDARITE –
ESPOIR- COURAGE - RECONSTRUCTION"**
sont des mots inscrits dans cet évènement.



D'autres catastrophes ont suivi et c'est le même cheminement.

De même, quand la maladie ébranle très fort nos vies, au départ, tout s'écroule et nous devons nous construire d'autres repères.

Après l'hiver, tout renaît différent et semblable.
Que l'espoir reste au coeur de chacun malgré les difficultés qu'il rencontre.

A Similes, nous vous aidons à ouvrir des portes vers de nouveaux horizons et la solidarité qui nous relie devrait être un soutien pour tous.

Simone Schelstraete
Coordinatrice

Premier anniversaire du drame de Termonde

Publié en Carte Blanche du Soir du 22/1/2010

Il y a eu un an le 23 janvier, un psychotique laissé sans soins depuis quelques temps poignardait plusieurs enfants et une soignante dans une crèche de Termonde.

L'horreur de ce drame ouvrait les médias¹ à SIMILES, l'association des proches de malades mentaux, qui expliquait pourquoi tant de psychotiques sont laissés sans soins, bien que les cliniciens soient parfaitement informés de la dégénérescence qui en résulte dans la majorité des cas. Dégénérescence qui a des conséquences tragiques, le plus souvent pour le

¹ RTBF – Mise au point du 1 février 2009

La Libre Belgique – Débat du 2 février 2009

Le Soir – Carte blanche du 4 février 2009

Un homme d'exception – dimanche 31 janvier 2010

malade, parfois pour des tiers comme à Termonde. SIMILES rappelait que cette situation, et les mesures qui permettraient de l'éviter, étaient parfaitement connues depuis 1998 (Conférence de Consensus belge sur le traitement de la schizophrénie), et qu'elle-même avait entrepris depuis juin 2007 une action visant à la création d'équipes mobiles à même de convaincre les personnes débutant une psychose d'accepter les soins nécessaires et d'y collaborer. Approche appliquée avec grand succès entre autre en France (Equipes Rapides d'Intervention de Crise – ERIC) depuis 1994.

Le 29 janvier, la ministre Onkelinx annonçait à la Chambre, la création prochaine de douze équipes mobiles d'intervention, ce qui nous a réjouis. Le 31 mars, une mission du SPF Santé Publique visitait ERIC. Il fallut ensuite attendre début septembre pour que la ministre reçoive enfin l'avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, qu'elle annonçait initialement pour début mars. Avis qui ne manque pas d'incohérences internes. Mais il n'oblige pas la ministre, dont la position apparaît dans sa note de Politique Générale Santé Publique présentée au Parlement le 3 novembre 2009.

Cette note fixe aux équipes mobiles des objectifs généraux ayant pour but de soulager les hôpitaux et les services psychiatriques surchargés, en reportant certains soins à l'extérieur. Malheureusement on n'y trouve pas l'objectif le plus prioritaire qui vise, par des interventions systémiques du type ERIC à obtenir l'adhésion préalable du malade aux soins qui lui sont nécessaires. La ministre semble suivre sur ce point la position du CNEH, qui réserve les soins prodigués par les équipes mobiles aux patients ayant fait l'objet d'un diagnostic psychiatrique. Contresens total qui condamne ainsi les patients encore réfractaires aux soins en général et aux examens diagnostiques en particulier, soit à l'abandon à leur psychose avec les conséquences évoquées plus haut, soit à l'hospitalisation obligée avec la résistance passive et le risque d'une chronicisation plus précoce. Circonstances très défavorables au succès d'un traitement extrahospitalier.

Comment SIMILES a-t-il l'audace de critiquer les décisions prises par les aréopages ? Parce que ses membres sont proches des malades mentaux, ils voient chaque jour l'état d'abandon dans lequel les laisse le système encore en vigueur en Belgique malgré les recommandations faites en 1998 (voir plus haut). Parce que ces proches voient ce qui se fait à l'étranger.

Parce que tous les cliniciens de terrain consultés approuvent les mesures proposées. Parce que les comités qui influent sur les décisions sont peuplés de gestionnaires hospitaliers dont les soucis semblent largement sectoriels. Parce que les associations de malades et de proches, qui n'ont rien de lobbies, sont trop peu écoutées par les décideurs. Et que leur position de spectateurs atterrés et impuissants leur donne une motivation, et sans doute un devoir de témoignage, particulier à cet égard.

Pour éviter les drames de demain, c'est maintenant qu'il faut continuer l'action entreprise après le drame de Termonde. Qui ne serait très probablement pas advenu si on avait mis en œuvre les recommandations de 1998. Ainsi vont les décisions, la vie... et la mort.

Ceux qui ne tiennent pas compte des leçons du passé se condamnent à le revivre.

P.S. Ci-après un extrait d'une déclaration parlementaire de la ministre Onkelinx (projet de budget des voies et moyens 2010), dont nous n'avons pas connaissance au moment de la publication initiale du texte ci-dessus:

"L'intérêt de cette relation de confiance et d'adhésion au traitement par le patient est tout aussi important. La réorganisation des soins en santé mentale, comme d'ailleurs toute réforme, provoquera quelque résistance au sein des différents secteurs, comme les hôpitaux et les soins de santé mentale ambulatoires de première ligne. Bien communiquer avec ce secteur sera essentiel".

Nous avons été entendus par la ministre, et d'ailleurs par beaucoup de professionnels. Mais les forces qui ont enterré les conclusions de la Conférence de Consensus sont toujours présentes.

A propos de la Carte Blanche du Soir

Le drame de Termonde montre-t-il que les psychotiques sont dangereux ? Pas plus que le drame d'un accident de chemin de fer ne montre que les chemins de fer sont dangereux.

L'émotion causée par un drame n'est pas la mesure de sa dangerosité. Celle-ci se mesure à la probabilité que ce drame frappe un tiers, une personne de la population générale. Autrement dit le pourcentage de personnes d'une très grande population qui ont été frappées par ce type de drame. La nature incompréhensible pour la plupart des gens, des drames liés à la psychose font qu'ils sont pratiquement tous rapportés par les médias, et que nous connaissons donc pratiquement tous ceux qui sont

survenus en Belgique depuis le grand développement des médias. Nous sommes donc bien placés pour savoir que, statistiquement, les psychotiques ne sont pas dangereux pour les tiers. Rien à voir avec la dangerosité de l'automobile, du tabac ou de l'alcool !

La faible dangerosité des psychotiques pour les tiers permet-elle qu'on s'en préoccupe peu ? Pas plus que la faible dangerosité des chemins de fer n'autorise la négligence des cheminots. Tout drame est un drame de trop, et nous exigeons du système de santé mentale la même conscience professionnelle que nous exigeons des cheminots. Comme ce n'est pas le cas, il faut que nous parlions des Termonde au grand public.

On mesure de la même manière la dangerosité du psychotique pour lui-même, et elle paraît bien plus grande. Mais quand l'un d'entre eux se suicide, les médias n'en parlent pas. Ils meurent quand même, dans la douleur et la discrétion de leurs proches, avec souvent des sentiments de culpabilité. Donc le cri de révolte que représente la Carte Blanche publiée par Le Soir le 22 janvier est bien plus indispensable. Et, espérons-le, efficace. Même si certains l'interprètent mal.

Précisons que notre critique du système belge de santé mentale vise certains qui influencent (trop) son organisation, pas ceux qui s'y dévouent avec un courage souvent admirable.

Paul Lievens
Président de Similes Francophone

Groupe de parole de Bruxelles-Est, fin 2009

Pendant cette période de décembre 2009 à février 2010, nous avons reçu la visite de nombreux proches qui vivaient des situations très lourdes.

Soit que nous les trouvions telles par comparaison avec celles de visiteurs antérieurs, soit qu'eux vivent ce qui leur arrive, et surtout ce qui arrive à leur proche et même à leur famille, comme le ciel qui leur tombe sur la tête. Que cela ne peut être que brutal et que beaucoup d'entre nous ne dispose pas dès le départ des ressources qui nous seraient nécessaires pour tenir un tel choc. Et il le faut bien pourtant !



La première aide que le groupe puisse apporter est son écoute informée, si pas des solutions convenables aux problèmes qui se posent, au moins d'un vécu comparable à ceux que vivent nos visiteurs. Et puis, dans la mesure où leurs expériences passées ont des points comparables aux difficultés exposées, nos participants de plus longue date peuvent la partager avec eux. Et leur dire qu'ils entrent dans une période de leur vie où ils devront apprendre à accepter certaines réalités nouvelles, et à vivre avec beaucoup d'imprévus. Comme cela se produit d'ailleurs suite à d'autres accidents de la vie. Mais que s'ils acceptent la transition, une nouvelle vie se mettra en place, et tous les imprévus ne seront plus nécessairement malheureux. Par ailleurs, nous combattons pour obtenir la mise sur pied de systèmes de soins mieux adaptés aux besoins des personnes dont les cas nous sont rapportés ici. Nous tentons d'ailleurs actuellement un essai en direction des "Projets Thérapeutiques" qui visent à faire travailler en collaboration des équipes psychiatriques de possibilités différentes.

Un de nos visiteurs nous expose qu'il a vécu avec une dame qui a commencé à faire des crises par moments. Elle hurlait et donnait des coups. A partir de ce moment, sa vie à lui s'est transformée: il faisait tout pour éviter les crises. Ce qui l'a conduit à mener avec elle une vie fort isolée. En dehors du shopping, car elle avait besoin d'acheter quelque chose chaque jour. Puis, une fille leur est née. Des troubles ont été diagnostiqués chez le bébé dès cinq mois. Ils se sont progressivement développés en trouble de l'attachement, ce qui a conduit à une hospitalisation de longue durée (en France?). La malade a embobiné l'hôpital, qui n'a pas voulu croire ce que racontait Monsieur et a voulu recommencer à zéro l'observation du cas. Cette année d'observation a été infernale pour Monsieur, qui sentait sa fille en danger. L'hôpital n'a donc perçu la réalité qu'après un an, et appel a été fait à la justice pour permettre d'enlever l'enfant au contrôle de sa mère. La justice a fait reprendre à nouveau des observations indépendantes et la fille, âgée maintenant de trois ans et demi, est maintenant hospitalisée sous la protection du juge. Mais la mère continue d'essayer d'attirer fille et mari, qui l'a quittée entretemps, dans sa crise. Monsieur constate que beaucoup de soignants ne peuvent pas imaginer qu'il puisse y avoir un problème entre mère et fille, malgré les déclarations invraisemblables de la mère qui affirme que sa fille de trois ans et demi la griffe et la bat.

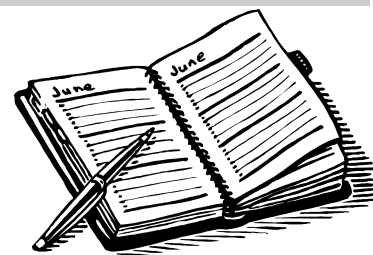
Une de nos visiteuses travaille dans une maison de repos. Sa fille est délirante, peu active, s'isole beaucoup. En conséquence de son trouble, elle

est passée par beaucoup d'hôpitaux mais ne veut pas rester loin de sa maman car elle a peur quand elle en est éloignée. Elle veut sans cesse revenir chez elle, mais celle-ci est très tenue par son travail. Sa fille apaise ses frayeurs avec du cannabis et de la boisson, ce qui rend son séjour chez sa maman encore plus difficile. La fille est hospitalisée en province et, à la fin d'une visite chez sa mère, elle a refusé de retourner à l'hôpital. La maman a été obligée de la faire reconduire en ambulance, malgré le coût très élevé que cela entraîne. Placée dans une telle situation ingérable, notre amie se demande si elle ne devra pas demander la mise en observation à long terme de sa fille.

Lors de notre dernière réunion, nous avons eu 15 participants, de sorte que nous ne pouvons pas parler ici en détail de chaque cas particulier. Ci-après quelques points notables qui ressortent des discussions :

- on repère dans les cas cités plusieurs variantes de troubles bipolaires
- la difficulté (et même l'impossibilité) de rencontrer tous les besoins et souhaits d'un enfant malade psychique dans le cadre d'une vie de famille active. Pour les responsables de la famille, la vie devient survie super-organisée. Très fragile et sans doute intenable à long terme
- Le problème est encore plus grave quand la personne touchée fait partie des responsables de la famille Dans un cas cité, son patron a proposé à une personne dans cette situation de vendre des neuroleptiques
- La maladie mentale ne s'est peut-être pas aggravée, mais la vie professionnelle est devenue de moins en moins tolérante à qui n'est pas "au top"
- Une de nos amies, professionnelle de la santé mentale, envisage de faire appel à un avocat si son fils n'est pas admis à l'hôpital
- Le fils d'une de nos amies est allé demander protection à la police lors d'une crise de délire paranoïde, et a été très bien pris en charge. Par contre, la famille n'a reçu aucune information suite à des hospitalisations à Saint-Pierre et Brugmann (malgré l'accord de son fils) Des informations générales ont été reçues d'un psychiatre d'Antonin Artaud.

Jacques Grassart
Administrateur



CONFERENCE

Le 1^{er} juin 2010 de 18h à 20h

L'administration provisoire de biens
Regards croisés du Juge de paix et de l'administrateur sur
les rapports entre administré et administrateur
par

Me Régine Lefèbvre
Administrateur provisoire de biens

M. Eric Dierickx
Juge de paix 1^{er} canton de Schaerbeek

Lieu : Auberge de Jeunesse Jacques Brel – Salle Delvaux
Rue de la Sablonnière 30 – 1000 Bruxelles

Infos et inscriptions : 02/511 99 99 – 02/511 06 19
P.A.F. : 5€/personne – 3€/étudiant (à payer cash sur place)

Groupes de parole

Ils sont destinés aux proches de malades psychiques qui souhaitent partager leur vécu et s'entraider. Ils comprennent à chaque fois l'accueil des nouveaux. Une petite participation de 2,50€ vous sera demandée à l'entrée.

Bruxelles-Centre : Les lundis : 29/03/2010 – 26/04/2010 – 31/05/2010 et 28/06/2010. Rue Malibran 49 (Entrée Polyclinique, suivre le parcours fléché) à 1050 Ixelles. Accueil à 17h15 réunion de 17h30 à 19h30.

Bruxelles-Est : Les jeudis : 15/04/2010 – 06/05/2010 et 03/06/2010. Maison de l'Entraide – Av. G. Henri 383 - 1200 Bruxelles. Accueil à 18h45 - réunion de 19h à 21h.

A Ottignies : Les lundis : 12/04/2010 – 03/05/2010 et 14/06/2010. « Maison de la Citoyenneté » 1^{er} étage - Rue des Deux Ponts 15 – 1340 Ottignies de 18h à 20h.

A Nivelles : Les lundis : 15/03/2010 – 12/04/2010 – 10/05/2010 – 07/06/2010. Dans le Bâtiment de la CSC – 14 rue des Canonnières – 1400 Nivelles de 18h à 20h.

Infos pour les groupes du Brabant Wallon

Ottignies : Tél. : 010/65 64 62 ou 067/21 24 26 ou 010/84 30 02 ou 0472 59 28 13.

Nivelles : Tél. : 010/65 64 62 ou 067/21 24 26 ou 0474/68 26 32 ou 0472/59 28 13

www.similes.org - mail : brabant.wallon@similes.org

Gestion des plaintes et médiation en soins de santé



Rencontre du 9 février 2010 avec Marie-Françoise Meurisse, médecin et philosophe, médiatrice attachée aux Plateformes pour la Santé Mentale de la région de Bruxelles et de la province du Luxembourg ; et Marie-Noëlle Verhaegen, médiatrice auprès de la Commission Fédérale – Droits du Patient.

Avec l'adoption en 2002 de la loi relative aux droits du patient, le législateur belge a institué l'obligation d'assurer une fonction de médiation au sein des hôpitaux et pour les institutions ambulatoires. Ce texte de loi rassemble en un texte unique une série de droits que les personnes sont en droit d'attendre en tant que patient. Dans ce cadre la fonction de médiateur est encore mal connue ou parfois mal comprise, tant dans le chef des soignants que dans celui des patients. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé à Marie-Françoise Meurisse et Marie-Noëlle Verhaegen de bien vouloir nous préciser cette nouvelle fonction et d'en débattre avec nous. En voici le résumé.

Les droits qu'octroie au patient la loi relative aux droits du patient sont :

- Le droit à la prestation de service de qualité
- Le droit au libre choix du praticien professionnel
- Le droit à l'information
- Le droit au consentement
- Le droit relatif au dossier médical
- Le droit à la protection de la vie privée.

Dans les institutions de soins en santé mentale, il existe deux sortes de médiateurs.

Premièrement, les médiateurs locaux dont la fonction doit être obligatoirement organisée pour les hôpitaux généraux. Par contre, cette fonction n'est pas obligatoire pour les MSP (Maisons de Soins Psychiatriques) et dans les IHP (Initiatives d'Habitation Protégées) mais

c'est une possibilité. Dans les hôpitaux généraux, ce rôle est confié à une personne interne à l'institution qui ne doit pas faire partie de la direction de l'établissement ou du personnel soignant. Dans les MSP et les IPH, ainsi que dans les hôpitaux psychiatriques, ce rôle peut être confié à un médiateur externe appartenant à la Plateforme de Concertation en Santé Mentale. Deuxièmement, il existe un Service de Médiation Fédéral qui est compétent pour les institutions et les soignants qui n'ont pas de service de médiation local. Comme par exemple la médecine ambulatoire, les homes, les experts médicaux et tous les autres praticiens.

Des permanences régulières sont tenues dans les hôpitaux généraux, en principe une fois par semaine, selon la taille et le nombre de lits. Pour les MSP et IPH, la permanence est tenue une fois par mois.

Les médiateurs en santé mentale sont répartis par régions : Wallonie, Flandre et Bruxelles Capitale. Les médiateurs doivent au minimum posséder un diplôme équivalent à un graduat, mais dans la pratique, ils sont médecins, juristes, psychologues ou encore sociologues.

Les missions de la fonction de médiation sont :

- La prévention des questions et des plaintes par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le praticien professionnel.
- La médiation des plaintes.
- L'information du patient quant aux autres possibilités de traitement de sa plainte si la médiation a échoué.
- La communication d'informations sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la fonction de médiation.
- La formulation de recommandations permettant d'éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte ne se reproduisent.

La médiation s'articule autour de quatre concepts clés :

1. L'indépendance du médiateur, pré-requis à la neutralité ou à la multipartialité, c.à.d. être avec chacun et contre personne, du médiateur.
2. La neutralité du médiateur est l'essence même de la fonction. En tant que tiers facilitateur de la relation, le médiateur ne doit porter aucun jugement sur le fond de la plainte. Il doit écouter les parties et les aider, par son expertise, à trouver une solution à leur problème. La loi sur les

droits du patient a centré le service de médiation sur le patient, autrement dit, c'est le patient qui peut introduire la plainte.

3. La non stigmatisation de la santé mentale. L'utilisateur de la santé mentale est considéré comme un citoyen à part entière et à ce titre il faut éviter toute « infantilisation » ou tout déni d'autonomie.
4. Le professionnalisme. Le médiateur n'est ni personne de confiance, ni thérapeute, ni avocat du patient ; il doit ainsi rester à sa place de facilitateur de la relation et de l'émergence d'une solution par et pour les différentes parties.

Pratiquement, lorsqu'un patient demande à rencontrer un médiateur, une première rencontre est proposée afin de repérer le problème, de déterminer s'il est en lien avec les droits du patient et si ce problème a eu lieu avec un soignant en particulier. Médiateur et patient réfléchissent ensuite pour trouver une solution. Parfois, le patient demande au médiateur d'intercéder auprès du soignant parce qu'il n'ose pas le faire lui-même, il s'agira alors de médiation indirecte. Mais le meilleur moyen d'arriver à un résultat est de pouvoir amener le patient et le soignant à se rencontrer.

Le patient peut contacter le médiateur par téléphone, par courrier ou directement dans le cadre des permanences organisées dans les hôpitaux. Lorsqu'il est incapable d'exercer ses droits de patient, il peut être assisté par une personne de confiance ou par son représentant légal.

Plus précisément, le représentant est la personne qui, en cas d'incapacité du patient, exerce les droits du patient au nom de ce dernier, ce qui le distingue de la personne de confiance qui ne fait qu'assister le patient. Dans le cas de conflits entre plusieurs représentants (ex. : plusieurs enfants) ou à défaut de représentant, le praticien professionnel veillera aux intérêts du patient en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire. Le mandataire est quant à lui la personne que le patient majeur a désignée via un mandat écrit lorsqu'il était encore capable d'exercer ses droits.

Mais dans tous les cas, le patient sera toujours associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

Un autre volet de la médiation concerne la rédaction d'un rapport des interventions des médiateurs, de manière globale et sans citer de noms, à

destination du Service Public Fédéral de la Santé Publique, Commission Fédérale des Droits du Patient. Le même rapport est remis aux directions institutionnelles. Le but du rapport est d'établir, en fonction du contenu global des interpellations, quels sont les droits du patient les plus souvent mis en cause, et d'élaborer des recommandations vis-à-vis des personnes responsables. Les médiateurs des hôpitaux psychiatriques, des IHP et des MSP doivent également rédiger un rapport global qui sera remis au Conseil d'Administration de la Plateforme de Concertation en Santé Mentale.

Quelques références pour en savoir plus :

AMIS : Association des Médiateurs d'Institutions de soins

www.mediateurs-amis.be

Pour avoir accès aux listes de médiateurs par régions : Service Public Fédéral de la Santé Publique/Ma Santé/les services de médiation locaux « Droits du patient »/en savoir plus.

Télécharger la brochure « Une invitation au dialogue » - Loi « Droits du patient » www.patientrights.be

www.psytoyens.be Association d'utilisateurs en santé mentale.

Chantal Gordon-Beresford
Psychologue

En quoi la psychiatrie participe-t-elle de l'exclusion sociale ?

Martine Vermeylen, janvier 2010 (1)

L'écart entre une vision citoyenne et sociale des personnes souffrant de troubles psychiques et une conception psychiatrique médicale reste encore actuellement difficilement conciliable.

Il suffit de faire le constat d'un nombre important de personnes plus ou moins stabilisées, restant seules, sans famille, incapables de se maintenir dans un logement autonome et qui voyagent d'une institution à l'autre avec un risque déstabilisant d'errance et de passage par la rue.

Il manque manifestement une protection, un droit d'asile, un accès au logement, droits pourtant fondamentaux.

Plusieurs de ces personnes connues des services psychiatriques et qui ont la chance d'avoir encore une famille n'ont pas nécessairement trouvé de solution d'hébergement alternative à l'accueil familial. Car même si les professionnels s'accordent à dire que vivre chez ses parents lorsqu'on est adulte n'est pas idéal, les réalités socio-économiques n'offrent parfois pas d'autre issue. L'offre de soins aurait-elle donc considérablement fondu au regard des nécessités ? A moins que l'on ne continue de dissocier le droit d'asile et le droit à la continuité de soins psychiatriques ?

Il n'est pas rare de voir comment cette politique de la « porte tambour »(2) déstructure petit à petit les exclus de la psychiatrie lorsqu'ils ne remplissent pas les fameux critères pour une mise en observation. Les conditions de dangerosité ne peuvent-elles être interprétées que par les psychiatres des services d'urgence ou par les psychiatres des services hospitaliers pas toujours très hospitaliers ? Pourquoi les certificats remplis par les médecins extérieurs sont-ils contestés à ce point par les psychiatres « hospitaliers » ?

Jacques Hochmann décrit très bien dans son dernier article sur l'empire psychiatrique (3) le malaise existant entre les équipes hospitalières et les équipes médico-sociales de santé mentale avec un manque de moyens pour ces équipes qui gardent un souci d'accompagner les malades avec proximité et un profond respect de leurs symptômes.

Si le DSM a tout prévu dans ses différents axes, y compris la difficulté de trouver un hébergement et une cohabitation, il n'est pas loin d'envisager la pauvreté comme une maladie et de plus psychiatrique.

L'ensemble des professionnels et des bénévoles (4) s'accorde à reconnaître les progrès de la pharmacologie, la précarisation des cadres de vie familiaux mais aussi la difficulté de faire des projets pour un patient exclu d'un hôpital.

Et il n'empêche qu'à vouloir médicaliser ce qui relève de la sociologie et de la pédagogie, la science psychiatrique en perd son crédit. Ce qui nous inquiète est que l'on finirait par perdre le sens de l'humain dans ces débats contradictoires où chaque secteur renvoie à l'autre. Il en va de même pour les personnes qui portent un double ou un triple handicap : quelle sera l'institution qui sera la plus accueillante ? Force est de constater l'impuissance voire la déresponsabilisation des uns et des autres

qui va souvent de pair avec une intolérance face aux personnes qui réveillent chez les professionnels un sentiment d'échec. L'intolérance commence dans ces situations où l'on ne s'autorise pas à expliquer le nœud conflictuel qui résonne dans la conscience et... l'inconscient.

Dans son dernier article sur l'héritage freudien, Francis Martens (5) nous met en garde au sujet des attaques contre la liberté de penser et de parler.

Une montée de l'intolérance va de pair avec les critiques de la psychiatrie et de la psychanalyse. Il devient trop facile de mettre en accusation ces professionnels confrontés à un de ces trois métiers impossibles selon Freud (éduquer, soigner et gouverner). La professionnalisation à outrance aurait ceci de dangereux, qu'elle risque de se déresponsabiliser vis-à-vis de ces problèmes vraiment humains d'une société devenue intolérante.

La notion d'engagement, de disponibilité et de respect des plus fragiles sont des valeurs qui vont de pair avec une démocratie sans quoi celle-ci risque d'être menacée.

Si l'on accuse les professionnels de faire leur métier car cela dérange l'ordre social ou que l'on reproche aux uns de ne pas faire le métier des autres. On peut constater que la société rejette ces personnes qui n'arrivent pas à s'intégrer mais que la psychiatrie s'y mette aussi, c'est un comble ! Comment dès lors ne pas signer un constat d'impuissance ?

Si une loi ne peut être appliquée par manque de moyens, alors il faudra interroger les politiques mais si l'on n'est pas d'accord avec la manière dont nos malades sont traités, alors il faut le dire.

A défaut de ne plus pouvoir accueillir ces exclus dans les hôpitaux, la psychiatrie finira par pratiquer de « l'externement » abusif à l'image de ce qui avait été pratiqué durant les siècles précédents avec l'internement abusif. L'idéal de ceux qui ont voulu créer une alternative constructive à la psychiatrie devient la honte du système tel qu'il est devenu.

Les expériences socio-cliniques en psychologie prouvent que l'être humain est capable du pire et du meilleur. Les exactions et les génocides montrent le conflit proprement humain entre la pulsion et la civilisation, entre les pulsions de vie et de mort qui nécessitent d'être médiatisées.

C'est un travail psycho dynamique et surtout social qui attend des professionnels engagés et formés car la parole et les solutions d'accueil doivent servir à gérer ces pulsions et ces angoisses.

« Une société se juge à la façon dont elle traite ses fous » disait Lucien Bonafé et le livre de Patrick Coupechoux se montre très éloquent sur ce sujet(6).

Comment sortir de l'impuissance ?

L'on a coutume de dire en psychiatrie qu'il n'y a que trois issues devant l'impuissance de la maladie mentale : la colère, la dépression ou la fuite. En psychothérapie, il se profile d'autres issues comme celles de s'exprimer devant un soignant, et même devant un groupe qui porte la parole et assure l'écoute et la reconnaissance indispensable.

Il n'est pas difficile de comprendre pourquoi les usagers de la psychiatrie et leurs familles rencontrent une reconnaissance citoyenne avec leurs groupes de parole et d'entraide dans un tel contexte. Comment se fait-il que cela suscite une résistance indéniable auprès des professionnels soucieux de bien faire leur travail mais surtout de ne pas s'engager dans des concertations avec ceux-ci ?

Accueillir et assurer la continuité des soins n'est ce pas le travail d'une équipe de personnes qu'elles soient des professionnelles ou des bénévoles. Nous sommes confrontés à cette réalité comme une ressource indispensable et de plus en plus évidente. Encore faut-il que ces bénévoles soient reconnus et encadrés par des professionnels compréhensifs et conscients de leurs limites.

Les familles confrontées à ces réalités ont grandement besoin d'être secondées car ce sont elles qui absorbent les vrais enjeux de la souffrance psychique. Exclure les familles pour sauvegarder un dialogue thérapeutique entre le soignant et « son » malade aboutit à stigmatiser davantage les personnes souffrant de troubles psychiques plutôt que de les soigner en reconnaissant leurs difficultés à se réinsérer socialement. Un patient ne devrait jamais rester seul dans ses démarches d'aide sociale et de réhabilitation.

L'augmentation des demandes de mise en observation et l'engorgement des hôpitaux dénoncés par les Plates-Formes de concertation en santé mentale prouvent que le problème n'est ni suffisamment analysé ni traité en amont. Pourquoi attendre que les symptômes s'aggravent pour agir ? Il

est inadmissible d'aboutir au constat que la seule manière d'agir soit le recours à une hospitalisation sous contrainte ?

Or ces personnes qui n'arrivent pas à vivre seules, ni à accepter des soins de professionnels dont ils se méfient, il y en a vraiment beaucoup. C'est sans doute le lot quotidien en psychiatrie.

Si pendant les temps d'hospitalisation, les travailleurs sociaux n'ont pas le temps de prendre le relais des médecins, alors à quoi sert encore la psychiatrie sinon à progresser en pharmacologie ?

Devant l'errance des patients qui se déstructurent au fur et à mesure de leur parcours psychiatrique, ne faudrait-il pas maintenir des référents professionnels ou bénévoles fiables qui tissent un réel maillage relationnel autour de ceux-ci ? Les réseaux et circuits de soins ont tenté cette approche. Les pouvoirs administratifs et politiques n'ont pas pu les encadrer de façon concertée. Heureusement que certains professionnels gardent ce souci et cette éthique.

S'il manque des places d'hébergement pour ces personnes devenues handicapées socialement et psychiquement c'est parce qu'on les considère encore toujours comme des malades à soigner et non comme des personnes en recherche. Le vrai soin n'est-il pas celui de se soucier d'eux plutôt que de leur administrer des médicaments, des conseils et des avis de professionnels déconnectés de leur bien-être et besoins ?

Il serait plus réaliste de créer des communautés de vie où la continuité de soins reste garantie professionnellement sans l'artillerie lourde des administrations qui rendent les institutions frileuses de porter une responsabilité.

La professionnalisation à outrance et sans concertation avec le monde des patients, des familles et des bénévoles ne permet pas d'assouplir le système qui reste dans les mains de ceux qui portent les stigmates du pouvoir.

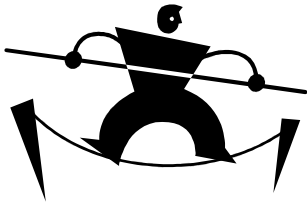
Il serait temps d'écouter ceux qui ont vraiment l'expérience dans ce domaine afin de valoriser le potentiel humain de ceux qui peuvent accueillir les personnes sans les considérer comme des malades. Citons le cas par exemple du réseau créé en France par le Dr M.N. Besançon(7).

Ce qui manque, ce n'est pas le nombre de professionnels, ni le nombre de lits mais bien une créativité encourageant ceux qui portent le souci et la garantie d'une véritable continuité des soins à poursuivre après l'hospitalisation. Ceci nous épargnerait l'enlisement dans les ornières psychiatriques classiques des mêmes erreurs.

Bibliographie

- 1) Psychologue et psychothérapeute psychanalytique en SSM à Bruxelles, administratrice à Similes Bruxelles et à la Plate forme de concertation en santé mentale bruxelloise.
- 2) Après une courte hospitalisation en lit A, le patient ne retrouve pas une autonomie suffisante et/ou n'a pas acquis une conscience morbide qui lui permette de poursuivre son traitement de telle façon qu'il rechute quelques temps après pour se retrouver une nouvelle fois dans un lit psychiatrique de crise d'où il ressort pas complètement stabilisé pour se retrouver à nouveau obligé de franchir la « porte tambour » dont il sait qu'il sera éjecté tôt ou tard.
- 3) Jacques Hochmann « Déclin de l'empire psychiatrique », Psychiatrie Française, 2010.
- 4) Bénévoles travaillant dans des associations d'usagers, de familles de patients et autres associations d'accueil alternatives à la psychiatrie.
- 5) Francis Martens « Vigueur et impasses de l'héritage freudien », Psychiatrie Française, 2010.
- 6) Patrick Coupechoux « Un monde de fou. Comment notre société maltraite ses malades mentaux », Le Seuil, Paris, 2006.
- 7) Dr Marie Noëlle Besançon et Bernard Jolivet « Arrêtons de marcher sur la tête ! Pour une psychiatrie citoyenne, les éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières, Paris, 2009.

**Le texte ci-dessus est également disponible sur notre site internet
www.similesbruxelles.be**



Le Nouveau Funambule : Association d'aide pour personne souffrant du trouble bipolaire et leur entourage

Pour bien commencer 2010, le Funambule met en place une nouvelle activité. Il vous propose un atelier d'écriture créative. Vous n'avez jamais rien écrit? Vous écrivez depuis toujours? Nous attendons tout le monde. Le but de cette activité est de titiller votre imagination, de découvrir que chacun peut être amené à produire du texte en y prenant plaisir...

Vous vous surprendrez vous-mêmes !

Votre plume vous démange déjà ? Alors prenez contact avec nous :

Florine: 02.410.73.60 - 0477.46.60.63 ou Pascale: 02.465.23.74 - 0486.65.07.31

Il vous sera demandé deux euros en frais de participation mais le Funambule se charge de vous fournir papier, crayons, gommes et café!

Nous organisons aussi des groupes d'entraide pour personnes souffrant du trouble bipolaire et leur entourage. Réunion tous les deuxièmes jeudis du mois à 19h30 (accueil dès 19h) - place de la Vaillance 6 - 1070 Anderlecht (Métro Saint-Guidon).

Livre à conseiller

« **Le jour où ma tête est tombée dans un trou** » de Caroline VALENTINY, 2009.

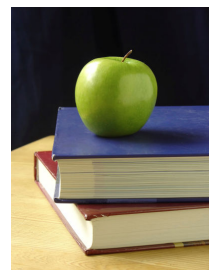
Une vie bascule à la fin de l'adolescence...

Caroline Valentiny nous raconte sa bouleversante descente aux enfers alors que rien au départ ne la prédestine à ce naufrage intérieur.

Comment enrayer la déstructure ?

Elle dédie son livre « *à ceux qui se perdent dans la nuit des prisons mentales et à ceux qui les aident à ouvrir une fenêtre pour laisser pondre l'aurore...* ».

Très belle écriture qui ne vous laissera pas indemne.



Disponible en librairie uniquement

Aidez-nous, à mieux vous aider

En devenant membre adhérent, la cotisation annuelle s'élève à 20€.

A verser au n° de compte **310-1227608-62 de Similes Bruxelles**.
Vous recevrez nos périodiques, bénéficierez des réductions réservées aux membres qui font appel à nos services : social, juridique, psychologique, documentation et vous serez informés de nos activités.

Soutenez notre action, faites un don

En devenant donateur sympathisant, les dons de 30€ et plus sont déductibles fiscalement.

Versez votre don au n° de compte **340-4312182-85 de Similes Bruxelles** en mentionnant en communication « Don ».

