

Cet article est sous droits réservés selon la licence Creative Commons *Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification - 2.0 Belgique (CC BY-NC-ND 2.0)* selon laquelle :

Vous êtes libres :

* de reproduire, distribuer et communiquer cette création au public

Selon les conditions suivantes :

* **Paternité** — Vous devez citer le nom de l'auteur original de la manière indiquée par l'auteur de l'oeuvre ou le titulaire des droits qui vous confère cette autorisation (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'ils vous soutiennent ou approuvent votre utilisation de l'oeuvre).

* **Pas d'Utilisation Commerciale** — Vous n'avez pas le droit d'utiliser cette création à des fins commerciales.

* **Pas de Modification** — Vous n'avez pas le droit de modifier, de transformer ou d'adapter cette création.

Pour toute demande de diffusion hors de ces clauses, veuillez envoyer un mail à ajacquet@cdcs-cmdc.be

BICO-Info

Actualités en santé mentale : tour d'horizon des activités de la Plate-forme de concertation bruxelloise

Décembre 2009

Auteur : Amélie Jacquet

Editeur : asbl cdcs-cmdc

Le secteur de la santé mentale regroupe différents types de structures aux pratiques de soins tout aussi diverses et faisant actuellement l'objet d'une importante réforme. A Bruxelles, ces services répondent à une multiplicité de pouvoirs de tutelle. Mais pour bien comprendre les tenants et aboutissants de ce secteur et l'organiser au mieux, il s'agit en outre de l'élargir à d'autres sphères telles que le monde judiciaire, le secteur handicap ou l'aide sociale. La Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale occupe une position centrale au sein de ce secteur complexe et en pleine mutation. Via ses différentes activités, elle tente de construire des ponts à la fois entre les acteurs de la santé mentale, les différents niveaux de pouvoir et les secteurs voisins impliqués. Nous avons rencontré ses coordinateurs, Youri Caels et Ruben Vanhaverbeke, et vous proposons de parcourir les dossiers qui font l'actualité de la Plate-forme.

Début des années 90, la psychiatrie connaît une vague de réformes visant la désinstitutionnalisation des soins et la création de structures alternatives telles que les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les initiatives d'habitations protégées (IHP). De manière à réduire les coûts, on assiste à une diminution du nombre de lits psychiatriques et à leur reconversion en offres de soins plus différenciés (places MSP et IHP, etc.) Dans ce contexte, des plates-formes régionales sont créées par le législateur afin d'accompagner cette restructuration et d'organiser la concertation entre les différentes institutions de soins en santé mentale. Aujourd'hui, 13 plates-formes de concertation se répartissent le territoire belge : sept en Région wallonne dont une en Communauté germanophone, cinq en Région flamande et une en Région de Bruxelles-Capitale.

La Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale est agréée par la Commission communautaire commune. Elle regroupe des professionnels du secteur uni communautaire francophone, uni communautaire néerlandophone et bicommunautaire, issus de six types de dispositifs de santé mentale : hôpitaux psychiatriques, services psychiatriques d'hôpitaux généraux, MSP, IHP, services de santé mentale et centres de réadaptation fonctionnelle (convention avec l'INAMI).

Ses activités se déclinent principalement sous la forme de groupes de travail créés et actifs en son sein. En sont membres des professionnels de la santé mentale mais également des personnes issues d'autres secteurs tels que la justice ou l'aide aux personnes. Ces groupes ont pour vocation de jeter des ponts aussi bien à l'intérieur du secteur de la santé mentale qu'avec d'autres secteurs. Se faisant le relais des recommandations de leurs membres, certains groupes de travail procèdent à l'interpellation du monde politique. Actuellement au nombre de six stricto-sensu, ils se concentrent respectivement sur la mise en observation, la psychiatrie infanto-juvénile, l'accompagnement au sein des IHP néerlandophones, les projets de soins psychiatriques pour patients séjournant à domicile et les patients chroniques au sein du secteur de la santé mentale. Un sixième groupe permet aux membres néerlandophones de la Plate-forme de favoriser la collaboration entre les institutions néerlandophones, intra et extra-muros, en matière de soins de santé mentale à Bruxelles et d'échanger des informations en matières d'initiatives existantes, de projets pilotes et d'options politiques.

Outre la mise sur pied et la coordination de ces groupes de travail, la Plate-forme participe à l'implémentation de plusieurs projets démarrés sous l'impulsion des autorités compétentes : le plan d'action flamand pour la prévention du suicide, la réforme fédérale des soins en santé mentale, le projet-pilote fédéral d'implémentation de la fonction de coordinateur de soins en matière d'assuétudes au sein des Plates-formes de concertation et les circuits de soins spécifiques aux patients souffrant d'un handicap mental et de troubles comportementaux et/ou psychiatriques.

Mises en observation : des structures saturées et sous-payées

Depuis 1995, un groupe de travail se réunit au sein de la Plate-forme bruxelloise de concertation pour la santé mentale pour débattre de questions liées à l'application de la mise en observation, disposition définie dans la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Il est un lieu d'intervision entre les services impliqués dans cette procédure, issus aussi bien du secteur de la santé mentale que du monde judiciaire. De manière générale, les principes de base de la loi y sont jugés positivement mais des aménagements l'adaptant aux réalités vécues sur le terrain sont plus que nécessaires.

La mise en observation est la mesure juridique par laquelle quelqu'un peut être privé de sa liberté et hospitalisé contre son gré dans un service psychiatrique. Pour son application, les critères suivants doivent être remplis. La personne en question doit souffrir d'une maladie mentale, présenter un degré de dangerosité pour elle-même ou pour autrui et refuser toute forme de soins. Enfin, aucune

autre alternative ne semble envisageable. Comment activer une mise en observation ? Toute personne qui s'inquiète pour quelqu'un qui répond aux critères précisés ci-dessus peut déposer une requête auprès d'un juge de paix. Celle-ci doit être accompagnée d'un rapport médical circonstancié rédigé par un médecin. Après avoir entendu toutes les parties lors d'une audience, le juge rend son jugement dans les dix jours suivant le dépôt de la requête. S'il est fait droit à la demande, le juge désigne le service psychiatrique dans lequel le malade sera mis en observation pour un maximum de 40 jours. Face à une urgence médicale, lorsque l'état du patient ne permet pas d'attendre les dix jours nécessaires à la mise en place de la procédure, une mesure dite « d'urgence » peut être initiée. Dans ce cas, c'est le procureur du Roi, alerté par la police, un médecin ou toute autre personne, qui, dans les 24 heures, adresse une requête au juge de paix. Avant cela, il aura requis ou saisi un médecin afin de rendre un avis et dans le cas où celui-ci est positif, d'effectuer une expertise médicale. Si elle est positive, le patient est immédiatement privé de sa liberté et pris en charge dans un service psychiatrique. Le juge de paix a alors dix jours pour statuer.

Sur le terrain, alors que la loi de 1990 souhaitait privilégier la procédure ordinaire via la justice de paix, la mesure d'urgence nécessitant l'intervention du procureur du Roi est activée dans 90% des cas. Impliquant notamment que le malade se soumette volontairement à un examen médical et que le requérant soit clairement identifié, la procédure classique s'est donc rapidement avérée inadaptée à la réalité. Dans ce contexte, en concertation avec le Parquet de Bruxelles et grâce au travail de la Plate-forme, un protocole d'accord entre services agréés et services d'urgence a été signé en 2003, sous réserve d'une revalorisation à court terme du financement des expertises. Il a pour objectif d'améliorer, à Bruxelles, la gestion de la prise en charge des patients sous mesure de protection dans le cadre de la procédure urgente. C'est dans le cadre de ce protocole qu'un service de dispatching des demandes d'expertise sur requête du parquet, joignable via un numéro d'appel unique, a été mis sur pied en 2004 au sein de l'hôpital Saint-Pierre (ligne Nixon). Quant à la revalorisation financière, un accord de principe du Parquet de Bruxelles avait été communiqué verbalement la même année à la Plate-forme.

Aujourd'hui, les professionnels sont confrontés à une augmentation des demandes de mise en observation. Serions-nous devenus plus protectionnistes ? Ou au contraire plus intolérants ? Faut-il interpréter ce phénomène en parallèle avec l'augmentation de la pauvreté et de l'exclusion sociale ? Dans ce contexte, la procédure d'urgence constitue parfois le seul moyen de s'assurer de l'obtention d'une place. Il résulte de cette situation une diminution de la capacité des services psychiatriques à même de réaliser les expertises ou d'accueillir les personnes mises en observation. Alors que les services doivent souvent gérer un nombre de patients supérieur à leur capacité, certains d'entre eux demandent le retrait de leur agrément. De plus, depuis 2007, le parquet de Bruxelles est revenu sur les termes de l'accord concernant la revalorisation financière des expertises. On en arrive, entre autres, à une situation où les avis positifs de mise en observation sont mieux rémunérés que les avis négatifs. Alors qu'un avis est payé 50 euros, un rapport médical circonstancié vaut près de 150 euros. Or, un avis négatif est rendu dans plus de 50% des évaluations et n'est donc pas suivi d'un rapport circonstancié. Néanmoins, il s'agit de procédures longues (huit heures en moyenne) nécessitant l'intervention de nombreux professionnels (psychiatres, infirmiers, assistants sociaux, etc.) qui, même lorsqu'elles débouchent sur l'acceptation de soins par le patient ou la mise en place d'une solution alternative, ne rapportent que 50 euros aux services qui les réalisent. On comprend donc encore une fois pourquoi certains d'entre eux décident de se retirer.

A la Plate-forme, une annexe au groupe de travail a rédigé en 2007 un document contenant des propositions de modifications de la loi de 1990. Diffusé en 2008, il a donné lieu à de nombreux débats. Un comité de pilotage a d'ailleurs été constitué, rassemblant des membres du groupe de travail et des représentants de différentes associations de patients. Dans ce cadre, quatre tables

rondes ont été organisées en 2008 sur des questions relatives à la mise en observation. Face à la gravité de la situation actuelle, les coordinateurs de la Plate-forme ont alerté certains parlementaires. Des rencontres ont également eu lieu avec des membres des cabinets Justice et Santé ainsi qu'avec l'ordre des médecins. Malgré les difficultés rencontrées, une certaine solidarité subsiste encore entre les services. La ligne téléphonique qui organise le dispatching fonctionne toujours. Pourtant, si aucune disposition n'est prise rapidement pour résoudre notamment le problème de tarification, le système risque de s'écrouler et ne fonctionnera plus que sur base d'impositions.

Quant aux mises en observation de mineurs d'âge, bien que beaucoup moins nombreuses que chez les adultes, elles sont également en augmentation. Le groupe de travail « psychiatrie infant-juvénile » de la Plate-forme a repris ses activités fin 2007 afin de se consacrer à cette thématique. En effet, l'application de cette procédure aux mineurs soulève des questions bien spécifiques. La mise en observation est généralement le premier contact qu'ont ces jeunes avec la psychiatrie et il va sans dire qu'il est loin d'être idéal. De plus, vu le manque généralisé de pédopsychiatres, il est difficile de mettre en place des gardes pédopsychiatriques. La Plate-forme plaide donc pour que soient développés davantage de dispositifs en amont et en aval de la mise en observation. Des préconsultations de crise pourraient être organisées au sein des services de santé mentale. A l'instar du CHU Brugmann, la Plate-forme a interpellé les autorités fédérales à ce sujet. Des discussions se sont tenues au sein du groupe de travail pédopsychiatrie au SPF Santé publique en novembre 2009 et une réunion spécifique relative à la mise en observation de mineurs devrait être organisée au cabinet Onkelinx en 2010.

Une réforme en gestation depuis de nombreuses années

Depuis une dizaine d'années, l'évolution des soins en santé mentale est marquée par la position de plus en plus centrale qu'occupe le patient et ses besoins. Le point de départ des réflexions en la matière ne sont plus les institutions et leurs services mais bien le patient et sa demande. Les notions de circuits et de réseaux de soins en santé mentale, organisés autour du patient, sont décrites pour la première fois en 1997 dans un avis du Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH). Un réseau consiste en l'ensemble des services et institutions qui réalisent un programme de soins complet pour un groupe cible déterminé dans une région bien définie alors que le circuit de soins désigne l'offre de ce réseau. En 2001, ces notions sont reprises par les ministres Aelvoet et Vandenbroucke dans leur note de politique générale. Y sont mis en avant les concepts de participation et de concertation tandis que l'organisation des soins se fait autour de groupes cibles. Mais c'est en 2005, dans une note de Rudy Demotte, alors ministre de la Santé publique, que ces nouvelles orientations se concrétisent avec les projets thérapeutiques (PT) et la concertation transversale (CT). Ceux-ci sont des expérimentations qui devront permettre la formulation de propositions concernant la mise en place des modalités structurelles (programmation, agrément et financement) d'un nouveau modèle d'organisation des soins en santé mentale, construit sur base de réseaux et de circuits de soins.

En 2006, l'INAMI lance un appel d'offres pour la mise en place de projets thérapeutiques. Ceux-ci regroupent une série de partenaires qui pour un groupe cible donné (enfants et adolescents, adultes ou personnes âgées) et une zone géographique définie, développent une offre de soins sur mesure et continus et organisent et/ou coordonnent la concertation autour de ces patients. Au total, près de 80 projets sont sélectionnés pour toute la Belgique, dont neuf à Bruxelles (un néerlandophone, deux bicommunautaires et six francophones). Dans certains cas, les PT sont un moyen de faire reconnaître des réseaux qui existent depuis longtemps de manière informelle. Devant initialement se terminer le 31 mars 2010, leur durée de vie a récemment été prolongée d'un an. Les Plates-formes sont très actives dans le cadre de ce processus : organisation de la concertation entre leurs membres

afin de faciliter la création des projets, organisation des réunions de concertation des projets, transmission de documents à leurs membres, synthèse de leurs remarques, etc.

La concertation transversale inscrit les projets thérapeutiques dans une perspective plus large. Regroupés en 7 clusters, ceux-ci se réunissent sous la coordination des Plates-formes afin d'analyser leurs expériences et d'émettre des recommandations. La concertation transversale est financée par le SPF Santé publique. Identique à celle des projets thérapeutiques, sa durée de vie n'a, jusqu'à présent, pas été prolongée. Sept clusters ont été définis : enfants et adolescents : psychiatrie générale ; enfants et adolescents : psychiatrie médico-légale ; enfants et adolescents : assuétudes ; adultes : psychiatrie générale ; adultes : psychiatrie médico-légale ; adultes : assuétudes ; personnes âgées. Les Plates-formes sont chargées de faciliter cette concertation, d'en extraire la substantifique moelle et de formuler des propositions d'organisation, de coordination et de financement. La concertation transversale des PT néerlandophones est concentrée au sein de la Plate-forme de Flandre orientale. Du côté francophone, quatre plates-formes organisent cette concertation pour un ou plusieurs clusters. La Plate-forme bruxelloise se charge du groupe « adultes : psychiatrie générale » en tandem avec la plate-forme de Charleroi et seule, du groupe « adultes : psychiatrie médico-légale ». Ce cluster ne comprenant plus qu'un seul PT, il a rejoint celui de la psychiatrie générale. En outre, la Plate-forme participe au groupe de travail mixte SPF qui regroupe tous les partenaires impliqués dans les projets thérapeutiques (INAMI, Plates-formes, SPF Santé publique, KCE, Associations de patients et de proches, etc.)

Récemment, une note de consensus, rédigée entre autres par la Plate-forme bruxelloise et signée par l'ensemble des projets thérapeutiques francophones, a été rendue publique et rejoint les préoccupations exprimées par les projets néerlandophones. Y sont pointées une série de points névralgiques qui mettent à mal le processus d'expérimentation en cours au sein des PT. Les règles et les procédures administratives définies par l'INAMI et le SPF Santé publique sont jugées beaucoup trop rigides et ne laissant en fait que très peu de place au travail clinique. Les PT sont soumis à des obligations de résultat, notamment l'inclusion de 30 patients la première année, que certains n'arrivent pas ou ne souhaitent pas atteindre. Des assouplissements sont réclamés au niveau des règles concernant d'une part, la présence des partenaires signataires aux réunions de concertation autour du patient et d'autre part, la fréquence de ces réunions. Celles-ci sont planifiées par l'INAMI selon une logique administrative mais ne tiennent pas compte de l'évolution du patient. En outre, les PT se voient dans l'obligation d'appliquer des échelles d'évaluation qu'ils jugent tout à fait inadaptées à leurs patients. Pour ces diverses raisons et d'autres encore, beaucoup de projets ont démissionné et aujourd'hui, sur les neuf PT lancés au départ à Bruxelles, il n'en reste que deux. Néanmoins, les projets thérapeutiques permettent à certaines structures, qui fonctionnaient jusque là en vase clos, de se rencontrer et de collaborer. De plus, des partenariats se sont élargis à des institutions non dispensatrices de soins.

Quant à la suite à donner aux projets thérapeutiques, certains citent l'article 107 de la loi sur les hôpitaux, permettant la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation et d'éviter les séjours prolongés en hôpital psychiatrique. En effet, une étude du KCE a montré qu'en Belgique, en 2003, 5000 patients y séjournaient depuis plus d'un an. L'article 107 consiste en une technique financière qui donne aux établissements hospitaliers la possibilité de « geler » une partie de leurs lits psychiatriques afin d'affecter les moyens afférents à la création de nouveaux projets ambulatoires. Cette disposition doit être adaptée aux particularités de Bruxelles. En effet, la Région possède moins de lits psychiatriques hospitaliers que les deux autres. Par contre, elle se caractérise par un réseau ambulatoire beaucoup plus dense. Ensuite, quelle serait la place des Plates-formes dans le cadre de l'application de cet article ? Trop d'incertitudes subsistent encore quant aux modalités concrètes de l'article 107.

Handicap mental et troubles comportementaux : nécessité de circuits de soins adaptés

Excepté pour quelques initiatives isolées, les personnes souffrant d'un handicap mental associé à des troubles comportementaux et/ou psychiatriques font très souvent l'objet de prises en charge inadaptées. Lorsqu'un problème de type psychiatrique ou comportemental survient chez une personne accueillie dans une structure spécialisée dans le domaine du handicap, celle-ci est envoyée à l'hôpital. Démunie face à ce type de troubles, l'institution de départ refuse fréquemment de la reprendre. Le patient reste alors de nombreuses années en milieu hospitalier ou en maison de soins psychiatriques. A la longue, les hôpitaux refusent d'admettre ce type de patients qui se retrouvent alors confrontés à des refus d'admission de part et d'autre. En outre, poser un diagnostic psychiatrique chez une personne présentant un handicap mental est difficile vu ses capacités d'expression limitées. Par conséquent, lorsque ces patients sont initialement pris en charge dans le champ de la psychiatrie, ils se voient souvent mis en observation. De plus, ils peuvent y faire l'objet de surmédication. Finalement, ces personnes se retrouvent victimes de l'absence de collaboration entre les secteurs de la santé mentale et du handicap, absence que l'on pourrait en partie expliquer par les pouvoirs de tutelle distincts dont ils dépendent.

Fort heureusement, ces patients retiennent actuellement l'attention du monde politique qui démontre une volonté de créer une forme d'articulation entre les secteurs de la santé mentale et du handicap, ainsi qu'entre leurs pouvoirs de tutelle respectifs (fédéral, régions et communautés) afin que des fonds supplémentaires puissent être dégagés. Ainsi, dans sa note de politique générale du 31 octobre 2008, Laurette Onkelinx, ministre de la Santé publique, les identifie comme nouveau groupe cible de l'offre de soins en santé mentale. Y est citée comme intervention clé la création d'un programme de soins spécifique. Afin de réfléchir aux modalités de cette prise en charge, les Plates-formes ont organisé des espaces de concertation entre les différents partenaires futurs. Dans le modèle auquel ont abouti ces réflexions, les patients doivent pouvoir circuler de manière fluide et efficace au sein de réseaux regroupant à la fois institutions ambulatoires en santé mentale, psychiatriques hospitalières et structures spécialisées « handicap ». Quant aux services de santé mentale, ils devraient assurer des missions de prévention, de consultation et d'orientation. Enfin des équipes mobiles voyageraient entre ces différentes structures afin d'organiser la collaboration et de soutenir l'offre thérapeutique. De cette manière, des professionnels du handicap pourraient apporter leur expertise lors de l'admission en hôpital d'une personne en situation de handicap mental et inversement pour les structures handicap. Ces circuits de soins devraient également permettre une meilleure orientation de ces patients vers les solutions les mieux adaptées, celles-ci se trouvant parfois du côté de l'ambulatoire ou de la famille et pas nécessairement dans les structures résidentielles.

En 2009, deux projets ont été lancés en Région flamande et deux autres en Région wallonne. A Bruxelles, sous l'impulsion de la Commission communautaire commune, un circuit de soins réservé aux patients présentant un double diagnostic est en préparation. La Plate-forme est d'ailleurs représentée au sein de son comité d'accompagnement. Dans ce cadre, une quinzaine de lits devraient s'ouvrir à la clinique Saint-Jean. Mais à Bruxelles, la donne est quelque peu plus complexe que dans les deux autres parties du pays. S'agissant d'une région bilingue, il est nécessaire de prendre en compte la langue du patient. Autre spécificité : il serait question d'impliquer également les médecins généralistes. Au niveau néerlandophone, un réseau, davantage en lien avec la Plate-forme du Brabant flamand est déjà sur pied. Reste encore à créer un réseau francophone. Quant à leur coordination au niveau méta, elle pourrait être prise en charge par la Plate-forme, en collaboration avec une Plate-forme du secteur handicap.

Prévention du suicide : un plan d'action flamand

Fin 2002, la Communauté flamande a formulé son sixième objectif en matière de santé : la prévention de la dépression et du suicide. D'ici 2010, elle souhaite voir le nombre de suicides diminuer de 8%. S'en est suivie en 2006 l'élaboration d'un plan d'action dont la Plate-forme, en collaboration avec le Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Brussel (CGGZ Brussel) et Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO) Brussel, est chargée de son implémentation en Région de Bruxelles-Capitale. Concrètement, la construction de ce projet rencontre pas mal d'obstacles. D'abord, son groupe cible est assez restreint. Il s'agit d'un plan d'action purement flamand alors que Bruxelles est majoritairement francophone. Ensuite, très peu de moyens humains et financiers ont été affectés à sa mise en place en Région bruxelloise.

Face à ces difficultés, la Plate-forme bruxelloise plaide plutôt pour l'élaboration, en collaboration avec les Communautés, d'un plan d'action fédéral. Elle a organisé une journée de rencontre entre les acteurs bruxellois francophones et néerlandophones travaillant autour du suicide, afin d'élargir le projet. Bien que la collaboration n'ait pas été évidente, notamment en raison de la diversité des pouvoirs de tutelle, cet événement a permis de définir certaines pistes de travail. Au niveau fédéral, un plan de lutte contre le suicide a été lancé en 2006 mais n'a abouti qu'à la publication d'une brochure : « Guide pratique destiné aux services d'urgence pour l'identification, l'accueil et l'accompagnement de patients suicidaires ». A l'heure actuelle, il semble y avoir au sein du SPF Santé publique une volonté de continuer cette réflexion.

Toxicomanie : un projet-pilote fédéral

Suite à la note politique fédérale drogues du 19 janvier 2001, un projet-pilote « implémentation de la fonction de coordinateur de soins au sein des plates-formes de concertation en santé mentale concernant le traitement de personnes présentant un problème lié aux substances » a été lancé en 2002 par le SPF Santé publique. En cours depuis près de sept ans au sein des autres Plates-formes de concertation, ce projet n'a été intégré à la Plate-forme bruxelloise qu'en décembre 2007, pour autant que la Concertation toxicomanie Bruxelles (CTB) y soit associée. Il a pour objectif de faciliter la création d'une offre globale et intégrée en matière de prise en charge des problèmes d'assuétude. Concrètement et brièvement, il s'agit pour ce coordinateur d'identifier les différents acteurs composant l'offre en la matière et d'y susciter concertations et collaborations. Dans le cadre de cette coordination, un groupe de travail a été mis sur pied, en collaboration avec la FEDITO bruxelloise et la CTB, afin d'établir une concertation, à l'échelle francophone du pays, entre les secteurs de la toxicomanie, de la santé mentale et de l'aide à la jeunesse et d'organiser la prise en charge des jeunes présentant une double problématique de consommation de produits et de délinquance.

Alors que le projet-pilote « coordinateur de soins » va être prolongé d'une année, les Plates-formes de concertation plaident pour que cette fonction soit intégrée structurellement à leurs missions et qu'il n'y ait plus une frontière aussi radicale entre santé mentale et toxicomanie. Il leur faudra donc prochainement se rencontrer et établir des propositions quant à la marche à suivre pour réussir cette intégration. Faut-il passer par une modification de l'arrêté royal qui définit leurs missions ? Comment articuler cette nouvelle fonction avec le travail de la CTB ? Comment tenir compte des modalités d'organisation propres à chacune d'elles ? Autant de questions auxquelles devront réfléchir les Plates-formes.

Droits du patient : fonction de médiation au sein des plates-formes

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient reconnaît à toute personne qui reçoit des soins

de santé dispensés par un praticien professionnel un certain nombre de droits, et notamment celui d'interpeller la fonction de médiation compétente. Dès lors, chaque institution se voit dans l'obligation de garantir ce droit d'interpellation. Les modalités de sa mise en place sont définies conjointement entre l'institution et la Plate-forme. Deux médiatrices, une francophone et une néerlandophone, sont ainsi attachées à la Plate-forme bruxelloise et compétentes pour intervenir au sein des hôpitaux psychiatriques, MSP et IHP membres de la Plate-forme. Elles se rendent également dans les services de santé mentale bruxellois de la Communauté flamande : CGGZ Brussel. Les hôpitaux généraux organisent la médiation en interne.

L'exercice de cette fonction sur le terrain connaît certaines difficultés auxquelles la Plate-forme bruxelloise tente d'apporter des solutions et pour lesquelles elle va jusqu'à interpeller le monde politique. Notamment, les initiatives d'habitations protégées, plus particulièrement francophones, se considérant comme des lieux de vie, estiment qu'il n'y a pas lieu d'inviter les médiatrices en leur sein. La Plate-forme a donc entamé une série de réunions avec ces structures afin d'implémenter l'accessibilité de la fonction de médiation et de l'adapter en fonction de la spécificité propre aux IHP, qui aille au-delà d'une simple brochure déposée dans leurs locaux. Autre problème rencontré par les médiatrices dans les IHP : la plupart des professionnels employés par ces institutions, tels que les psychologues, ne rentrent pas dans le cadre de la loi relative aux droits du patient. Comment alors intervenir face à une interpellation relative à ce type de personnel ? Ensuite, étant donné que les médiatrices sont employées par les Plates-formes dont sont membres les structures pour lesquelles ils sont habilités, se pose la question de leur indépendance. Enfin, la Plate-forme bruxelloise estime qu'une partie de ses membres est discriminée. En effet, ses médiatrices ne peuvent pas se rendre dans les services de santé mentale, ni dans les structures socio-thérapeutiques (convention avec l'INAMI). Face à la multiplicité des conceptions, des attentes, et des perceptions autour de la médiation en santé mentale, ainsi qu'aux difficultés qui en résultent, la Plate-forme a organisé en 2008 un colloque intitulé « Médiation en santé mentale, entre unicité et diversité ». In fine, la Plate-forme bruxelloise préfère le mot « interpellation » à celui de « plaintes » et interprète la présence de nombreuses interpellations comme un signe de bonne santé des structures de soins, une preuve de la libre circulation de la parole en leur sein.

A venir

L'année 2010 sera celle du 20^{ème} anniversaire des Plates-formes de concertation en santé mentale. Au cours de cette année, la Plate-forme bruxelloise organisera un après-midi et une soirée de festivités, où s'exprimeront des représentants de la santé mentale au sens large. Y seront dressés le bilan et les perspectives des activités de l'institution. 2010 verra également la concrétisation de bien d'autres projets au sein de la Plate-forme bruxelloise : le lancement de groupes de travail concernant respectivement l'évaluation en santé mentale et le lien entre santé mentale et travail, la reprise du groupe de travail « psychogériatrie », l'autisme comme thème de travail par le groupe « psychiatrie infanto-juvénile », etc. A l'avenir, la Plate-forme souhaiterait également établir une forme de partenariat avec les associations de patients de manière à pouvoir procéder à des échanges efficaces d'informations.

« Articulations », tel est l'ancien nom du groupe de travail consacré aujourd'hui aux patients chroniques. Mais tel pourrait aussi être le mot d'ordre de la Plate-forme. La santé mentale ne peut pas être envisagée de manière isolée. Il est indispensable d'adopter une vue globale incluant d'autres secteurs tels que la justice, le logement, le monde du travail, etc. Et c'est ce que s'efforcent d'amener les groupes de travail de la Plate-forme : jeter un maximum de ponts entre des institutions, des secteurs qui doivent pouvoir collaborer ensemble dans le cadre d'une approche intégrée de la santé mentale.

Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale

Quai du Commerce 7

1000 Bruxelles

Tel : 02/289.09.60

www.pfcsm-opgg.be

pfsm-opgg@beon.be

Coordinateur francophone

Youri Caels

Tel : 02/289.09.61

youri.caels@beon.be

Coordinateur néerlandophone

Ruben Vanhaverbeke

Tel : 02/289.09.61

ruben.vanhaverbeke@beon.be