

L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE : AUJOURD'HUI ET DEMAIN

Pierre OSWALD

Président de la Conférence des médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques de Bruxelles et Wallonie
Centre Hospitalier Jean Titeca, Université de Mons, Université libre de Bruxelles

INTRODUCTION

L'hôpital psychiatrique a longtemps été un lieu de refuge, de soins, de protection voire, il faut le reconnaître, de punition. Au fil des décennies, il a évolué pour s'adapter aux besoins changeants de la société et des personnes soignées. Aujourd'hui, il continue de jouer un rôle crucial dans notre système de santé mentale.

Pourtant, il ne jouit pas d'une image enviable. Pour le grand public, nourri de représentations plus ou moins culturelles et sociétales, il est ce lieu de la dernière chance ou cette voie sans issue à forte charge stigmatisante.

Parmi les professionnels, ce n'est guère mieux. Du côté de la médecine traditionnelle et institutionnelle, l'incompréhension est souvent de mise. Nous ne guérissons pas de maladie dans nos établissements et la psychiatrie, en tant que discipline médicale, n'y est pas prédominante. Pire, nous ne devons pas justifier des durées de séjour et personne ne nous sanctionnera si elles s'éternisent. A mille lieux de l'hôpital général donc.

Dans le secteur de la santé mentale, l'institution psychiatrique hospitalière serait encore celle qui, grâce à la loi coordonnée sur les hôpitaux, capte des ressources importantes, laissant des miettes au secteur ambulatoire.

Loin de ces caricatures, relevons, parmi tant d'autres, quelques défis auxquels les 51 hôpitaux psychiatriques belges font face pour interroger leur utilité et améliorer leur efficacité. De ces quelques éléments, nous tenterons de démontrer que le soin, c'est au chevet du patient, mais aussi, et de plus en plus, un travail commun qui justifie que les acteurs, et dans notre cas nos institutions, parlent d'une seule voix et justifient d'une association comme la conférence des médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques (CMCHP).

L'INSCRIPTION DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DANS LA RÉFORME 107

Il faut le reconnaître : c'était mal parti. La réforme des soins en santé mentale visait plusieurs objectifs dont le premier est la fameuse désinstitutionnalisation. Démarche évidemment nécessaire au regard de l'évolution des soins, de la société et des attentes des individus et de leurs familles. Mais trop de spécialistes ou de décideurs ont confondu hospitalisation psychiatrique et institutionnalisation psychiatrique. Or, l'hôpital psychiatrique n'avait pas attendu la réforme 107 pour effectuer sa mue et pour sortir des schémas, certes passionnants, mais

datés, d'Erving Goffman et Michel Foucault.

Il y a encore 10 ans, l'hôpital psychiatrique se trouvait être, encore et toujours, responsable de l'absence d'inclusion des personnes soignées et de leur mise à l'écart de la société¹. Si l'hôpital était responsable de ces maux, il s'agissait donc de limiter au maximum les durées de séjour et de valoriser les soins dans la communauté. La fonction 4 était née, avec des « unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable ». L'hôpital se voit donc ramené à sa mission historique, celle d'accueillir des personnes dans des moments où c'est « indispensable » ou « inévitable », termes encore utilisés dans les dernières publications officielles², comme s'il portait en lui les germes de l'exclusion et de la déchéance. C'est oublier que la médecine et la psychiatrie en particulier s'orientent, enfin, vers une approche où la prévention joue un rôle essentiel. Et nous sommes convaincus que cette mission peut s'exercer efficacement, et rapidement, à l'hôpital psychiatrique. Nous y reviendrons.

Enfin, prôner les soins ambulatoires et dans la communauté n'établit qu'un cadre environnemental et temporel. Quid de ce qui est fait concrètement ? Quelle approche ? Quelle stratégie ? Sur quelle base scientifique ?

Il ne s'agit pas ici de bougonner devant une supposée perte de moyens et de considération. S'il faut déshabiller Pierre pour habiller Paul, pourquoi pas ? Et il ne s'agit pas non plus de remettre en question les concepts fondateurs de la réforme, à savoir la désinstitutionnalisation, l'inclusion, la dé-catégorisation, l'intensification et la consolidation en réseau. Mais, au sein de la CMCHP, nous voulons affirmer que l'hôpital psychiatrique est un acteur essentiel de ces missions. Et que, si certains ont confondu institutionnalisation psychiatrique et hospitalisation psychiatrique, il ne s'agit pas de répéter l'erreur et de confondre hôpital psychiatrique et fonction 4 de la réforme car nos missions dépassent cette fonction de soin résidentiel de crise.

LE RÉTABLISSEMENT À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE ?

Il est trop souvent énoncé que le rétablissement, ça se fait dans la communauté, chez soi. Dans cette assertion, nous ne pouvons que percevoir des réminiscences d'un bon vieux paternalisme issu du modèle biomédical ou, pour utiliser des concepts plus actuels, du « biais du sachant ». Comment imaginer qu'une personne veuille se rétablir à l'hôpital ? Quelle drôle d'idée...

Alors, certes, nous sommes tous d'accord : la personne soignée doit être au cœur du processus de décision. Mais cette décision n'est parfois pas celle qui nous arrange. Et elle peut orienter l'accompagnement « psy » vers la présence prédominante de l'hôpital psychiatrique. C'est le cas pour des personnes présentant des maladies psychiatriques sévères qui ne pourraient faire sans l'hôpital, parfois pendant une longue période.

Le rétablissement est avant tout un processus éminemment subjectif et singulier. C'est le sentiment qu'a la personne soignée d'être rétablie. Il comprend l'espoir d'un mieux-être, le dépassement de la stigmatisation, la projection dans l'avenir, la restauration du sens de l'existence, le bien-être mental et un pouvoir d'agir renforcé. Dans la boîte à outils que nous pouvons ouvrir avec l'usager, l'hôpital psychiatrique a toute sa place. Comme le répète justement une de nos collègues, c'est l'occasion unique de mettre autour de la table, pendant un espace-temps très court, toute une série de compétences exercées par des professionnels mais aussi par la personne soignée et son entourage. Qu'on le veuille ou non, l'hôpital est un lieu de vie, un lieu « résidentiel » où tout à chacun doit pouvoir effectuer des choix, améliorer ses compétences, tester, rater, chuter, se relever et essayer encore.

L'hôpital est, et reste, comme le relevait Pinel il y a plus de 200 ans, un lieu d'intersubjectivité et de rencontre. Cette rencontre est indispensable, car base de la relation de confiance et ébauche de soins durables, entre les murs et puis au dehors.

Rencontre donc, exercée par de nombreux métiers et de nombreuses personnes. Contre vents et marées, et on a tendance à l'oublier, le nombre de personnes exerçant diverses missions de soins a, dans nos murs, doublé, voire triplé au cours des 30 dernières années. Et le mouvement ne s'arrête pas. Nos portes s'ouvrent aux approches intégratives, à la pair-aidance et à la multitude d'acteurs et de représentants d'activités extérieures, fondations, qui sait, d'activités pérennes, stabilisantes et pleines de sens pour les personnes soignées.

LE DÉFI DE L'INTERDISCIPLINARITÉ

Trop occupés peut-être à demander une augmentation du nombre de membres du personnel, nous nous sommes peu interrogés sur la manière de fonctionner ensemble. C'est pourtant un aspect essentiel.

Songeons à nos staffs et nos réunions cliniques. Comment rendre compte des épistémologies de chacun de nos métiers, de nos intérêts et nos objectifs différents ? Depuis les années 80, le DSM recommande l'utilisation de la formulation de cas : « le but fondamental de la formulation de cas clinique est d'utiliser toute l'information contextuelle et diagnostique disponible en vue d'élaborer une stratégie thérapeutique complète qui tienne compte du contexte social et culturel de l'individu »³. Considérée comme une hypothèse raisonnée et pragmatique de *comment* les problèmes sont organisés et non de *pourquoi* ils sont présents, la formulation de cas est avant tout un travail collaboratif⁴.

Nous avons récemment abordé cette question en insistant sur le fait que c'est l'interaction, l'art de faire travailler ensemble les disciplines, qui devrait prévaloir⁵. C'est tout le propos de

l'interdisciplinarité, qui se veut une modalité d'analyse, de synthèse et d'harmonisation des liens entre les disciplines pour produire un nouveau niveau de compréhension et de connaissances. Mais elle ne va pas de soi. Trouver ensemble, via une formulation de cas par exemple, des réponses à une question complexe et amener à des décisions consensuelles est particulièrement stimulant. Mais ce consensus doit non seulement être basé sur les dernières connaissances scientifiques mais aussi offrir à la personne soignée le meilleur ratio bénéfice-risque. Et, pour être collective, la décision doit résulter de l'intégration des contributions de tous les participants dans un climat de confiance et de cohésion. Travailler ces aspects-là impose un langage commun et une communication efficiente. Tout cela ne tombe pas du ciel et repose selon Clervoy *et al.* sur quatre fondements⁶ :

- la totalité de l'équipe est alignée lors de la préparation et de la réalisation du soin ;
- elle est d'accord sur les objectifs des soins et les moyens mis en œuvre pour y arriver ;
- chaque membre sait qu'il a un rôle dans l'équipe ;
- l'équipe est inspirée par le principe qu'à tout moment, chacun peut être « force de proposition ».

L'interdisciplinarité vient souligner que l'une des particularités des soins complexes, comme ceux en psychiatrie, c'est qu'ils ne peuvent être gérés de façon efficace par une seule personne ou une seule discipline. Sur ce dernier point, relevons que l'hyperspécialisation aboutit à une segmentation de l'humain en ne prenant plus en compte la globalité de la personne soignée.

LA PLACE DES SOINS SOMATIQUES ET DE LA SANTÉ GLOBALE À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

On l'a vu : l'hôpital psychiatrique offre la possibilité d'une rencontre entre toute une série de personnes intéressées par une situation particulière. Une manière de souligner que ce n'est pas le symptôme psychiatrique à lui seul qui constitue le « problème » de la personne hospitalisée. De très nombreuses études démontrent que la perception de ce qui « fait problème » est diamétralement différent entre les membres du personnel soignant et la personne soignée. Et ces problèmes sont de tous ordres. Ici encore, la formulation de cas permet de dépasser cette stricte notion de symptôme, de questionner l'hyperspécialisation et de s'intéresser à la globalité de la personne.

A cet égard, nous avons décidé, au Centre hospitalier Jean Titeca, de créer un service de médecine générale, service qui, à l'instar des services constitués d'unités de soin, dispose d'un médecin chef de service avec les mêmes rôles et responsabilités que ses collègues chefs de service plus « classiques ». Ces missions visent évidemment le soin des troubles somatiques, dont on connaît l'importante prévalence parmi les personnes que nous soignons. Plus ambitieux, le service de médecine générale se veut à l'intersection du soin curatif et du soin préventif et tend à être à l'écoute des demandes réelles des personnes dont on sait que la demande est plus vaste que celle de soigner une « maladie psychique ». C'est aussi ce service qui coordonne l'activité de

référence santé d'infirmiers et d'infirmières en alcoologie, diabétologie ou en soins de plaie et qui développe nos activités de dépistage dentaire, de podologie ou de petite chirurgie. C'est tout l'enjeu de la santé globale que nous avons défini comme une approche holistique de la personne dans tous les soins proposés de façon interdisciplinaire.

Prosaïquement, la médecine générale n'est pas ou très peu financée à l'hôpital psychiatrique. Forts d'un avis du KCE sur les soins somatiques à l'hôpital psychiatrique et d'un intense lobbying, nous avons - avec le soutien de la CMCHP - obtenu un financement pour que chaque patient admis dans un établissement psychiatrique fasse l'objet d'un examen médical lors de son admission et qu'un plan de traitement et de suivi soit établi, comprenant tant les soins psychiatriques que les soins somatiques (voir l'accord médico-mutualiste 2024 à ce propos). C'est un premier pas, modeste et qui tarde à se mettre en place. Mais il est d'importance car il est le signe que l'hôpital psychiatrique n'est pas le lieu du seul soin des symptômes psychiatriques.

Preuve supplémentaire qu'un réel problème de nos hôpitaux, à savoir l'absence de ressources pour faire une médecine générale de qualité, peut susciter des solutions si une instance supra-institutionnelle prend les choses en main.

MISSIONS MÉDICOLÉGALES ET TENTATION SÉCURITAIRE

Deux types d'hospitalisations sous contrainte sont présentes dans nos murs. L'internement, comme lieu de placement dans les hôpitaux psychiatriques sécurisés, ou plus fréquemment quand il s'agit de réhabilitation des internés libérés à l'essai. La plupart des hôpitaux psychiatriques disposent désormais de ce type de lits. Et puis, il y a les fameuses mises en observation. Sur la période 2012-2021, elles ont augmenté de 37,6 %⁷. Et selon, les chiffres de la plateforme bruxelloise, elles ont explosé en 2022 et 2023. Selon les années, elles représentent 15 à 20 % de l'ensemble des admissions en hôpital psychiatrique.

L'abord des personnes soignées sous contrainte est paradoxal. Animés de nos ambitions humanistes et de nos formations qui n'abordent que trop peu ce type de prise en charge, nous tendons à les aborder comme les hospitalisations volontaires. Concrètement, nous tentons d'établir une alliance thérapeutique, de faire émerger une demande afin de définir un « projet thérapeutique ». Avec comme conséquences, nombre d'incompréhensions et de tensions entre une personne qui ne veut pas être là et des soignants qui aimeraient tant l'aider. Le concept de rétablissement et d'auto-détermination de la personne ne peut qu'être malmené. Pire, et c'est une observation que nous faisons depuis plus de 20 ans, ce paradoxe renforce l'approche sécuritaire que nous imposons à nos patients car, quand l'alliance thérapeutique est vacillante, on assiste à un retournement des valeurs où les mesures coercitives d'interdictions ou d'obligations unilatérales apparaissent. Et lorsque les hospitalisations sous contrainte côtoient les hospitalisations volontaires, on assiste à une forme de contamination des mesures imposées des premières vers les secondes. A l'heure des ambitions sécuritaires et de contrôle de nos sociétés, cela peut avoir des effets ravageurs⁸.

L'enjeu est essentiel. L'hôpital doit toujours être un lieu ouvert, de rencontres et de décisions consensuelles. A cet égard, nous insistons sur les missions spécifiques de la contrainte. Et la première d'entre elles est d'évaluer la dangerosité dans les mises en observations et le risque de récidive chez les internés libérés à l'essai. Peu aguerris à ces outils, souvent rétifs aux évaluations systématisées et actuarielles, les psychiatres devraient s'y intéresser.

Tout d'abord, elles visent ce que le système judiciaire nous demande. A savoir d'« observer et évaluer » la personne et, toujours, d'éviter des mesures privatives de liberté qui ne se justifient pas s'il n'y a pas de dangerosité. Nous nous interrogerons toujours sur la « création d'une alliance thérapeutique » sous contrainte chez une personne non dangereuse, ou pire, qui n'a même pas été évaluée systématiquement...

Les outils actuariels, comme la HCR-20, permettent, outre une mesure quantitative du risque, de pointer les domaines où des soins sont nécessaires et possibles. A cet égard, de nombreux programmes de soins, depuis longtemps connus en psychologie légale, axés sur les besoins criminogènes de la personne sous contrainte et associés par exemple à des entretiens motivationnels, ont montré leur efficacité pour réduire la dangerosité et la récidive tout en améliorant le bien-être de la personne. Nous sommes convaincus qu'une approche différenciée du soin sous contrainte empêche les malentendus sur ce qu'on attend d'une hospitalisation. Enfin, ces approches permettent un vrai dialogue avec le monde judiciaire dont on perçoit, par exemple au travers de la future loi de protection de la personne malade mentale, que la tentation sécuritaire est bien présente.

ET DEMAIN?

Si la réforme des soins en santé mentale a imposé une mue à l'hôpital psychiatrique que ce dernier avait déjà entamée, il ne faut pas s'arrêter en si bon chemin. Nous devons profiter de notre force de frappe, de notre personnel, de notre BMF et de notre capacité à défendre des positions communes.

Demain, l'hôpital psychiatrique sera au centre de toutes les fonctions de la réforme et un acteur essentiel des trajets de soin. Nous n'avons pas abordé ce qui fera que ce dispositif fonctionnera : une communication efficace. Elle nécessitera des incitants à la pratiquer, une meilleure confiance entre institutions ambulatoires et résidentielles et un meilleur usage des nouvelles technologies. Il est particulièrement piquant que nous nous targuions d'une nécessaire collaboration mais quand il s'agit de la mettre en œuvre, nous nous cachons derrière le RGPD et le secret professionnel, partagé ou non, pour la freiner. Or, dès aujourd'hui, des outils collaboratifs, utilisant l'intelligence artificielle et la bonne volonté de tous, permettent la mise en place de dossiers patients partagés... et accessibles aux patients. A quand cette révolution chez nous ?

Un projet stimulant permettant la mise en commun de données informatisées entre divers acteurs de la santé mentale à Bruxelles vient d'être lancé. Il permettra d'accélérer la collecte d'informations et de valider le modèle, dont l'efficacité n'a pas encore été prouvée, des trajets de soin des personnes soignées, depuis les équipes mobiles jusqu'à l'hospitalisation.

On a cité l'intelligence artificielle qui pourra, à terme, nous aider à améliorer les flux des personnes soignées pour qu'elles soient « au bon endroit, au bon moment » au travers d'une approche plus personnalisée des besoins des usagers. Et c'est seulement après cette opération que nous nous poserons la question d'un nombre de lits excédentaire ou insuffisant.

C'est à ce prix que nous continuerons à nous réinventer. Et ce malgré les retards liés aux diverses réformes de l'Etat, qui nous imposent différents interlocuteurs, l'un étant maître de la décision et l'autre maître de la bourse. Et qui, parce que les

indices A et T sont obsolètes, ne permettent d'innover qu'au travers de projets pilotes qui, le temps faisant, n'ont plus de pilote que le nom.

Mais ces innovations sont intéressantes. Tel le « *High Intensive Care* », qui promeut une vraie fonction 4 au sein de l'hôpital psychiatrique, au croisement entre l'ambulatoire et le résidentiel.

Reste à pérenniser ces projets et à établir un vrai cadre de financement des dispositifs ambulatoires qui, actuellement, passent par le BMF de nos institutions.

CONCLUSION

Ce bref survol des enjeux que rencontrent nos institutions est loin d'être exhaustif. Sans évoquer par exemple l'accueil des publics comme celui des enfants, des ados ou des personnes avec une déficience intellectuelle, il souligne que l'hôpital psychiatrique s'est réinventé et doit continuer à le faire. La consolidation des acquis et la pérennité des projets pilotes doivent être des priorités.

Pour y arriver, il s'agit d'investir dans la formation de nos équipes. Sans cela, les pratiques resteront intuitives et accentueront les tentations sécuritaires. Communiquer est également essentiel. Entre nous et avec toutes les structures ambulatoires. Cela passe par un travail constant autour de la confiance mutuelle et la création d'outils numériques partagés.

Nous voulons insister ici sur la nécessaire rencontre et la véritable coopération entre nos institutions psychiatriques. La mise en commun de nos compétences est essentielle pour faire progresser nos connaissances, développer des politiques de formation, mieux gérer les flux de personnes soignées et, de plus en plus, être un interlocuteur fiable face aux autorités politiques. Il faut savoir que ces dernières sont demandeuses de développer un partenariat avec diverses associations, représentatives du « terrain ». Rappelons que nous devons au CMCHP d'avoir alerté les autorités sur l'absence de soutien durant la crise Covid et aujourd'hui, de se positionner dans les débats sur les mises en observation ou les soins somatiques.

Notre conférence a établi des liens forts avec la Société royale de Médecine mentale qui, historiquement, mène une politique de formation et de soutien au profit des psychiatres, du secteur psychiatrique et des personnes soignées. Et des coopérations se développent également avec la *Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie*, qui représente et forme les psychiatres flamands au profit d'une santé mentale de qualité.

L'hôpital psychiatrique doit démontrer qu'il est actif dans les cinq fonctions, désireux d'apporter ses compétences pour développer des soins de qualité en réseau où cohabitent, de manière fluide, les options thérapeutiques résidentielles et ambulatoires. Et pour cela, il faut le dire et l'affirmer auprès des décideurs et du grand public, loin de notre image, encore trop présente, de voie de garage.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jacob B, Macquet D, Natalis S. La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle. *L'information psychiatrique*. 2016;92(9):731-45.
2. DGGs Soins de santé (2022). Activité de soins au sein des établissements psychiatriques en 2021. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20122023_activite_de_soins_au_sein_des_etablissement_psychiatriques_2021_0.pdf
3. American Psychiatric Association. DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduit par J-D Guelfi et M-A 2015;Crocq; 5e éd.) :21.
4. Conseil supérieur de la santé (2019). Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale. Avis 9360. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9360_dsm5.pdf
5. Kirkove P, Oswald P. L'interdisciplinarité pour des soins holistiques en hôpital psychiatrique : pourquoi et comment relever ce défi ? *Ann Med Psychol*. In press.
6. Clervoy P, Chauvin A, Gil Jardiné C, Claret PG, Lefort H. Plaidoyer pour un exercice collégial du soin psychiatrique en urgence. *Soins psychiatriques*. 2021;42:44-6.
7. DGGs Soins de Santé (2021). Mises en observation dans les HP et SPHG. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_mises_en_observation_rpm2021_fr.pdf
8. Friard D. Soigner sans attacher : on a su faire... *Santé mentale*. 2021;260:29-33.

AUTEUR CORRESPONDANT

PIERRE OSWALD

Centre Hospitalier Jean Titeca, Bruxelles
E-mail : pierre.oswald@ulb.be