

Le réseau santé mentale en Communauté germanophone

Bruxelles, 20-03-2007

Joachim Nahl,

psychologue au Centre de Santé Mentale d'Eupen,
président de la plate-forme psychiatrique de la Communauté germanophone

Les 3 éléments de ma présentation se résument en une phrase : *une situation linguistique particulière crée des problèmes spécifiques qui nécessitent des solutions originales*. Le réseau, en tant que collaboration concrète et en tant que structure formalisée, contribue à l'élaboration de ces solutions.

1 La situation particulière :

Mon accent allemand vous rappelle – où, pour certains, vous apprend - qu'il existe, tout à l'est de la Belgique, entre la Wallonie, l'Allemagne, la pointe sud des Pays-Bas et le nord du Luxembourg, une petite région rurale de 854 km², connue pour ses Hautes Fagnes, son carnaval rhénan et sa tarte au riz.

Cette région a connu le sort typique d'une région frontalière, et son histoire tourmentée a vu successivement l'appartenance à l'Empire des Habsbourg (jusqu'en 1794), la France (1794-1815), la Prussie et l'Empire Allemand (1815-1920), la Belgique (1920-1940), l'Allemagne nazie sous un statut de région rapatriée (1940-1944), puis le retour à la Belgique (en 1944), souvent sous le nom de « cantons rédimés ». Parmi les anciens, certains avaient perdu 3 guerres : en tant que jeune soldat allemand en 1918, en tant que soldat belge en 1940, et en tant que soldat allemand enrôlé de force, en 1945.

Aujourd'hui, la fédéralisation des institutions a fait que 72.000 habitants disposent d'un parlement et d'un gouvernement propres qui, depuis 1984 ont repris progressivement des mains du fédéral, d'abord les affaires culturelles, ensuite les matières personnalisées (santé, affaires sociales, aide à la jeunesse, intégration des personnes présentant un handicap), puis l'enseignement et la formation, l'emploi, dernièrement la tutelle des communes. D'autres matières relèvent de la région wallonne dont le parlement compte actuellement 3 députés germanophones.

La majorité de la population est traditionnellement germanophone, 10% sont francophones ; un bilinguisme opère sous une forme pragmatique qui mélange vocabulaires allemand, français, flamand avec les patois de différentes sonorités. Ceci permet au quotidien de faire ses achats partout dans l'Eurégio Rhin-Meuse et de rencontrer joyeusement ses voisins. Mais souvent cela ne permet pas de suivre des soins psychiatriques dans une autre langue, ces dernières nécessitant quand-même une autre adéquation entre le vécu personnel et son expression en paroles, et une communication plus nuancée avec les professionnels des soins. Ceci vaut davantage pour les enfants et adolescents qui ne sauraient communiquer correctement avec des thérapeutes francophones. Inversement, une population assez importante de germanophones vit dans les communes wallonnes limitrophes de la Communauté germanophone, et bon nombre parmi eux, dont des migrants allemands, ne sauraient suivre une thérapie en français: la création de services, en

Communauté germanophone, leur a apporté la possibilité d'une prise en charge dans leur langue maternelle.

2 Les problèmes spécifiques :

Même si du point de vue de l'autonomie politique, certains nous appellent la minorité la mieux protégée d'Europe, la situation linguistique a des répercussions importantes sur les soins psychiatriques, essentiellement sur leur accessibilité. La population est trop petite par rapport aux normes de programmation, aux critères de rentabilité d'une institution, aux minima requis pour instituer des soins spécialisés pour des groupes-cible suffisamment étoffés.

Pendant longtemps, les habitants de la Communauté germanophone trouvaient tous les soins psychiatriques en dehors de la Communauté: chez des psychiatres privés et dans 2 hôpitaux psychiatriques wallons dont une part du personnel soignant – personnel soignant, mais pas nécessairement les médecins - est traditionnellement bilingue. Ensuite, certains soins spécialisés, p.ex. dans le domaine des assuétudes ou des maladies psychosomatiques, sont devenus accessibles en Allemagne où il existe un réseau bien étoffé de cliniques spécialisées, et la collaboration transfrontalière est rentrée dans nos habitudes.

Outre la poursuite de la collaboration avec ces hôpitaux, des institutions de base ont été créées progressivement à l'initiative d'acteurs locaux, et pour les services qui existent aujourd'hui en Communauté germanophone, il y en a exactement **un** de chaque type : ouverture successive, entre 1976 et 1997, d'un Centre de Santé mentale, d'une Initiative d'habitation protégée, d'une unité d'hospitalisation psychiatrique en hôpital général, d'un Centre de revalidation pédopsychiatrique.

Ces 4 institutions, plus un hôpital psychiatrique wallon qui a une voix consultative, forment actuellement la plate-forme psychiatrique de la Communauté germanophone, fondée en 1998. Les instances fédérales ont autorisé une exception à la règle, car une plate-forme devrait couvrir une population d'au moins 200.000 personnes. Bruxellois, pouvez-vous vous imaginer un réseau à échelle réduite : une plate-forme de 4 membres, fonctionnant avec un subside fédéral annuel de 10.000 Euros ?

Malgré toute cette extension de l'offre, l'accès à certains soins est resté difficile, p. ex. en pédopsychiatrie dont je suis de près, depuis maintenant 25 ans, l'évolution de la situation en Communauté germanophone.

Il n'y a pas de pédopsychiatre dans la région. Les patients de la Communauté germanophone peuvent consulter à Aix-la-Chapelle et s'y inscrire dans les listes d'attente. Obtenir l'avis d'un pédopsychiatre dans l'urgence était donc impossible jusqu'il y a peu.

Quand une équipe (centre PMS, centre d'hébergement, Aide à la jeunesse, Centre de santé mentale...) cherche, pour un de ses patients, un pédopsychiatre ou une place en hospitalisation ou en institution médico-pédagogique en Allemagne, tout est toujours à recommencer : listes d'attentes imprévisibles, hospitalisation tantôt acceptée, tantôt refusée, priorité aux patients allemands, interlocuteurs changeants.

Car dans ce secteur, l'Allemagne connaît aussi une pénurie croissante, aussi bien en médecins qu'en lits, et la collaboration transfrontalière qui marche si bien dans le domaine des adultes s'en trouve compromise.

Les enfants et adolescents purement germanophones ont donc continué de poser problème : on ne peut ni créer tout chez soi, du fait du prix trop élevé, ni envoyer vers les services spécialisés en Wallonie, du fait de la langue, ni envoyer systématiquement en Allemagne, du fait de l'imprévisibilité de la réponse.

Selon les normes de programmation, la Communauté germanophone a un droit théorique à 6 lits K, mais où et comment faire fonctionner ceux-ci correctement et de manière rentable ?

C'est dans la gestion de la pénurie et le lancement de nouvelles initiatives que le réseau, en concertation avec les instances politiques et administratives, a apporté des solutions précieuses.

3 Les solutions originales :

Le réseau de collaboration concrète est l'un des outils le plus précieux et le mieux rôdé en Communauté germanophone. Les intervenants des différents secteurs et professions – en tout quelques 200 personnes - se connaissent et ont l'habitude de collaborer, aussi bien dans le travail clinique que dans le structurel, et les nouveaux arrivés s'intègrent facilement dans cette démarche.

La longue tradition du travail ambulatoire sur fond de pénurie en institutions spécialisées a fait qu'on a appris à construire, ensemble, autour du patient, une solution individuelle où le rôle de chacun et le passage de l'un vers l'autre doivent être transparents pour l'utilisateur et les collègues des autres services; on préfère que le passage du patient d'un service à l'autre se fasse dans le cadre d'un entretien de concertation commun.

Exemple : il n'y pas d'équipe SOS Parents-enfants dans la région. Quand le problème des maltraitances a commencé à interpeller notre travail clinique, les institutions concernées en Communauté germanophone ont créé, en 1986, un groupe de travail incluant les principaux acteurs de la santé mentale, du socio-éducatif et de l'aide à la jeunesse : réflexion sur les « meilleures pratiques », définition des rôles de chacun, transparence des démarches pour l'utilisateur, y compris les questions relatives au secret professionnel. A un niveau plus général, le groupe a initié formations et journées d'étude, campagnes de sensibilisation et de prévention, a proposé avis et conseil pour professionnels des différents services, et a figuré comme comité d'experts conseillant le gouvernement de la Communauté germanophone.

Le groupe de travail a fonctionné pendant plus de 15 ans, et après sa dissolution, une manière définie de travailler ensemble est restée dans les mœurs des institutions concernées. Ainsi, la collaboration entre SAJ et Centre de santé mentale suit un protocole transparent : quand du travail du SAJ émerge une demande de psychothérapie d'un enfant, de guidance parentale ou d'accompagnement d'une famille, un premier entretien commun rassemble le SAJ, la famille et le CSM, afin de clarifier ensemble les objectifs du travail, de fixer des délais et de mettre au clair les modalités du contrôle qu'exerce le SAJ. Après un délai fixé ensemble, la même tripartite fait un bilan commun et convient des futures mesures ; d'autres intervenants, p.ex. un centre d'hébergement pour jeunes, un centre PMS ou un service d'accompagnement sociopédagogique peuvent se joindre à ces bilans, s'il y a accord de la famille.

Le politique a investi dans l'aide à la jeunesse : en payant les superviseurs du groupe de travail, en augmentant le nombre de travailleurs sociaux au SAJ et au SPJ, en stipulant la priorité des demandes de l'aide à la jeunesse en cas de listes

d'attente au CSM, en affectant un psychologue supplémentaire au CSM pour le travail avec les familles envoyées par l'aide à la jeunesse.

Cet exemple montre comment le terrain, qui est habitué à travailler ensemble, peut développer, moyennant un groupe de travail ciblé, des outils pour améliorer sa pratique et mieux définir le rôle de chacun.

Le terrain peut aussi alimenter le travail du réseau formalisé qu'est la plate-forme de psychiatrie. Dans le domaine de la pédopsychiatrie, c'est via le groupe de travail « 0 à 18 ans », obligatoire suite à la nouvelle législation fédérale relative aux plates-formes, que la plate-forme rassemble tous les acteurs du domaine, en tout une vingtaine d'institutions. C'est à la plate-forme de veiller à l'inclusion structurelle de tous les acteurs potentiels et de soutenir une réflexion plus globale, là où la collaboration concrète entre personnes bien vivantes a peut-être instauré ses petites préférences et incompatibilités. La plate-forme est le relais désigné entre le terrain et les instances politiques et administratives et accompagne ainsi le cheminement de projets entre besoins du terrain et nécessités politiques. De cette collaboration sont nées une série de projets dont les effets bénéfiques se feront sentir très bientôt, mettant un terme à 10 ans de négociation dans la pénurie en matière de pédopsychiatrie :

- ° A la demande du terrain de disposer d'une fonction « avis et conseil » par un pédopsychiatre pour le travail des différents services, la Communauté germanophone a engagé à ses frais un pédopsychiatre allemand qui reçoit, deux après-midi par mois et dans les locaux du Centre de santé mentale, les collègues en panne face à des questions de pédopsychiatrie. Si besoin il y a, il peut initier un examen clinique du jeune patient dont il a été question, soit dans son cabinet à Aix-la-Chapelle, soit chez un collègue, et dans un délai rapproché.

- ° Le gouvernement de la Communauté germanophone, en concertation avec le terrain, a renégocié les 6 lits K avec les instances fédérales. Il en est sorti la transformation des lits K théoriques en places A1 concrets pour des 15 à 18 ans en hospitalisation de jour. L'hôpital de jour existant pour adultes va bientôt ouvrir une section pour adolescents, la Communauté germanophone financera des heures thérapeutiques supplémentaires. L'hôpital de jour et le Centre de santé mentale ont fixé, dans un accord commun, les modalités de leur future collaboration.

- ° Après de longues négociations, la Communauté germanophone a conclu un accord avec le CHU d'Aix-la-Chapelle qui instaurera 2 lits réservés aux patients de la Communauté germanophone. Quand ces lits sont occupés par des patients belges, les frais sont à charge de l'INAMI ; quand ils ne sont pas occupés, la Communauté germanophone interviendra dans les frais de réservation. Le pédopsychiatre allemand dont je viens de parler participera à la concertation pour l'admission des patients en hospitalisation.

- ° A la demande du groupe de travail « 0 à 18 ans », un projet-pilote a été introduit dans le cadre des projets thérapeutiques lancés par l'INAMI : un coordinateur fonctionnera comme centrale d'information pour toute recherche d'adresses en pédopsychiatrie, et, moyennant un protocole de concertation, il accompagnera le cheminement des patients entre les différents services, si les patients marquent leur accord de participer au projet. 13 institutions de la Communauté germanophone se

sont portés partenaires du projet, toute la concertation existante entre donc dans le projet.

Le groupe de travail « 0 à 18 ans » continuera de fonctionner comme forum : c'est ici que les praticiens vont évaluer les effets de toutes ces nouveautés, qu'ils vont proposer des amendements en vue d'une amélioration continue des pratiques dans l'intérêt du patient.

Le groupe se penche actuellement sur un relevé des types de demandes, de problèmes, de situations de vie et de pathologies avec lesquels les patients s'adressent aux institutions. L'objectif est de décrire, pour l'avenir, quelques « meilleures pratiques » pour une prise en charge appropriée. Une première analyse des tableaux introduits par les institutions-membres montre d'ailleurs que très souvent, les critères d'admission dans les services – ou d'exclusion - ne sont pas nécessairement cliniques, mais souvent administratifs : zone d'habitation en combinaison avec la langue, réseau scolaire, arrondissement judiciaire etc.

On en revient donc à la question de l'accessibilité, et après des décennies de gestion de la pénurie, vous comprendrez facilement l'importance que nous lui accordons : bien sûr qu'il est important d'évaluer les soins et le réseau selon des critères cliniques, méthodologiques et éthiques, en incluant l'écho des usagers, mais avant tout cela, il est primordial que des soins de base **existent** et soient accessibles à toute la population d'une zone d'action. C'est à cela que le réseau a travaillé depuis longtemps, et nous espérons ouvrir un nouveau chapitre très bientôt. A suivre donc.