

À L'OCCASION DE LA JOURNÉE MONDIALE DÉDIÉE À LA SANTÉ MENTALE

SEMAINE  
de la santé  
mentale  
en Wallonie

5 ► 10  
octobre  
2015



Les services de  
santé mentale  
dans la CITÉ

- COLLOQUE - LES SSM DANS LA CITÉ  
CHARLEROI - JEUDI 8 OCTOBRE
- A LA RENCONTRE DES SSM  
EN WALLONIE - LUNDI 5 OCTOBRE
- PROGRAMME OFF

CHARLEROI - LE 8 OCTOBRE 2015

# ACCUEIL

Christiane BONTEMPS  
Directrice du CRéSaM

# INTRODUCTION

Francis TURINE

Conseiller en santé mentale au  
Cabinet du Ministre Maxime PRÉVOT

# TÉMOIGNAGES ET ATTENTES DES USAGERS

Roland MASSART  
Sunshine, Club André Baillon, Liège

# TÉMOIGNAGE D'UN PROCHE

Claudine FRÉSON  
Similes Wallonie



# PHOTOGRAPHIE DU PUBLIC DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE À PARTIR DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Anouck BILLIET

Sociologue

Observatoire wallon de la Santé

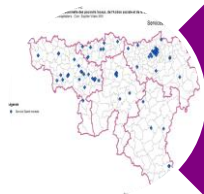
# PHOTOGRAPHIE DES NOUVEAUX CONSULTANTS EN SERVICE DE SANTÉ MENTALE



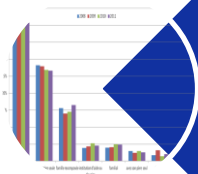
Anouck Billiet



DIRECTION GÉNÉRALE OPÉRATIONNELLE  
DES POUVOIRS LOCAUX, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ



Qui sont les wallons qui s'adressent  
aux SSM?



Pour quelles problématiques?



Quelles prises en charge?



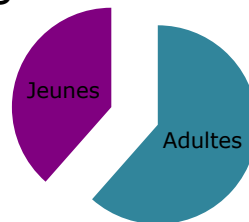
+ zoom sur groupes particuliers



## LES DONNÉES

- **Données collectées dans tous les SSM**
  - Mission généraliste
  - Mission spécifique
- **Nouveaux patients only**
- **De 2008 à 2011: > 66 000 enregistrements!**

soit +/- 16 000 personnes par an!  
dont 39% de moins de 18 ans



Mise à jour mai 2018, 01.05.2018, 01.05.2018

## Fiche d'annulation (18 ans et +)

**Fiche "Annulé" (18 ans et +)**  
(Une fiche par dossier et par jour d'annulation (sauf))

|                            |  |                             |  |
|----------------------------|--|-----------------------------|--|
| 3. Année d'embarquement    |  | 0. Type de dossier          |  |
| 7. N°(s) en                |  | 9. Domicile (code postal)   |  |
| 7.1 Nature de la démission |  | 15. Origine de la démission |  |
| 10. Etat civil             |  | 12. Langue maternelle       |  |
| 11. NATIONALITÉ            |  | 13. Niveau d'études         |  |
| 13. Mode de vie            |  | 14. Niveau de scolarité     |  |
| 10.1                       |  | A. Absent                   |  |
| 10.2                       |  | B. Demande annulée          |  |
| 10.3                       |  | 10.4                        |  |
| 10.5                       |  | 10.6                        |  |
| 10.7                       |  | 10.8                        |  |
| 10.9                       |  | 10.10                       |  |
| 10.11                      |  | 10.12                       |  |
| 10.13                      |  | 10.14                       |  |
| 10.15                      |  | 10.16                       |  |
| 10.17                      |  | 10.18                       |  |
| 10.19                      |  | 10.20                       |  |
| 10.21                      |  | 10.22                       |  |
| 10.23                      |  | 10.24                       |  |
| 10.25                      |  | 10.26                       |  |
| 10.27                      |  | 10.28                       |  |
| 10.29                      |  | 10.30                       |  |
| 10.31                      |  | 10.32                       |  |
| 10.33                      |  | 10.34                       |  |
| 10.35                      |  | 10.36                       |  |
| 10.37                      |  | 10.38                       |  |
| 10.39                      |  | 10.40                       |  |
| 10.41                      |  | 10.42                       |  |
| 10.43                      |  | 10.44                       |  |
| 10.45                      |  | 10.46                       |  |
| 10.47                      |  | 10.48                       |  |
| 10.49                      |  | 10.50                       |  |
| 10.51                      |  | 10.52                       |  |
| 10.53                      |  | 10.54                       |  |
| 10.55                      |  | 10.56                       |  |
| 10.57                      |  | 10.58                       |  |
| 10.59                      |  | 10.60                       |  |
| 10.61                      |  | 10.62                       |  |
| 10.63                      |  | 10.64                       |  |
| 10.65                      |  | 10.66                       |  |
| 10.67                      |  | 10.68                       |  |
| 10.69                      |  | 10.70                       |  |
| 10.71                      |  | 10.72                       |  |
| 10.73                      |  | 10.74                       |  |
| 10.75                      |  | 10.76                       |  |
| 10.77                      |  | 10.78                       |  |
| 10.79                      |  | 10.80                       |  |
| 10.81                      |  | 10.82                       |  |
| 10.83                      |  | 10.84                       |  |
| 10.85                      |  | 10.86                       |  |
| 10.87                      |  | 10.88                       |  |
| 10.89                      |  | 10.90                       |  |
| 10.91                      |  | 10.92                       |  |
| 10.93                      |  | 10.94                       |  |
| 10.95                      |  | 10.96                       |  |
| 10.97                      |  | 10.98                       |  |
| 10.99                      |  | 10.100                      |  |
| 10.101                     |  | 10.102                      |  |
| 10.103                     |  | 10.104                      |  |
| 10.105                     |  | 10.106                      |  |
| 10.107                     |  | 10.108                      |  |
| 10.109                     |  | 10.110                      |  |
| 10.111                     |  | 10.112                      |  |
| 10.113                     |  | 10.114                      |  |
| 10.115                     |  | 10.116                      |  |
| 10.117                     |  | 10.118                      |  |
| 10.119                     |  | 10.120                      |  |
| 10.121                     |  | 10.122                      |  |
| 10.123                     |  | 10.124                      |  |
| 10.125                     |  | 10.126                      |  |
| 10.127                     |  | 10.128                      |  |
| 10.129                     |  | 10.130                      |  |
| 10.131                     |  | 10.132                      |  |
| 10.133                     |  | 10.134                      |  |
| 10.135                     |  | 10.136                      |  |
| 10.137                     |  | 10.138                      |  |
| 10.139                     |  | 10.140                      |  |
| 10.141                     |  | 10.142                      |  |
| 10.143                     |  | 10.144                      |  |
| 10.145                     |  | 10.146                      |  |
| 10.147                     |  | 10.148                      |  |
| 10.149                     |  | 10.150                      |  |
| 10.151                     |  | 10.152                      |  |
| 10.153                     |  | 10.154                      |  |
| 10.155                     |  | 10.156                      |  |
| 10.157                     |  | 10.158                      |  |
| 10.159                     |  | 10.160                      |  |
| 10.161                     |  | 10.162                      |  |
| 10.163                     |  | 10.164                      |  |
| 10.165                     |  | 10.166                      |  |
| 10.167                     |  | 10.168                      |  |
| 10.169                     |  | 10.170                      |  |
| 10.171                     |  | 10.172                      |  |
| 10.173                     |  | 10.174                      |  |
| 10.175                     |  | 10.176                      |  |
| 10.177                     |  | 10.178                      |  |
| 10.179                     |  | 10.180                      |  |
| 10.181                     |  | 10.182                      |  |
| 10.183                     |  | 10.184                      |  |
| 10.185                     |  | 10.186                      |  |
| 10.187                     |  | 10.188                      |  |
| 10.189                     |  | 10.190                      |  |
| 10.191                     |  | 10.192                      |  |
| 10.193                     |  | 10.194                      |  |
| 10.195                     |  | 10.196                      |  |
| 10.197                     |  | 10.198                      |  |
| 10.199                     |  | 10.200                      |  |
| 10.201                     |  | 10.202                      |  |
| 10.203                     |  | 10.204                      |  |
|                            |  |                             |  |

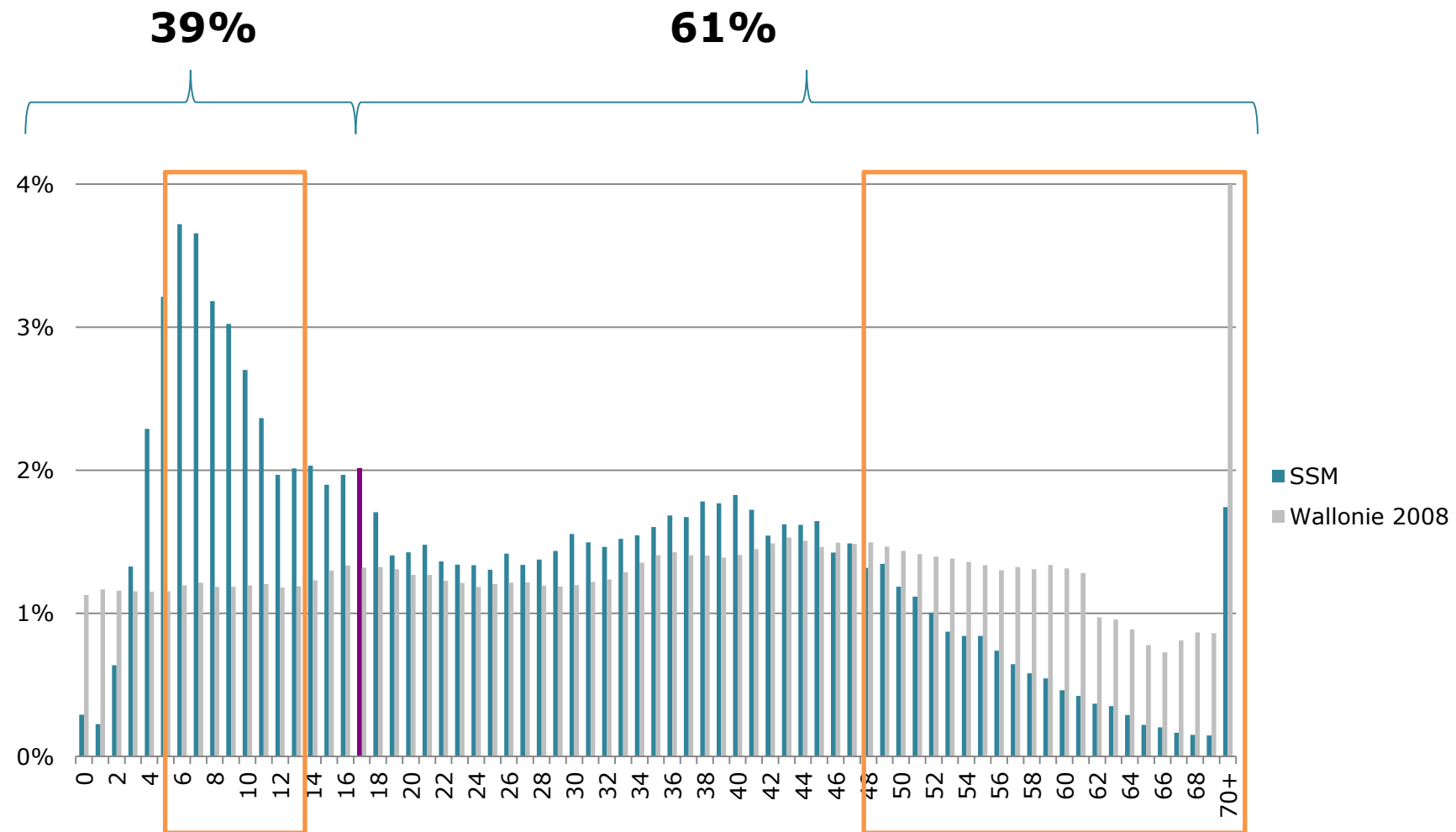
# QUI SONT LES WALLONS QUI S'ADRESSENT AUX SSM?



DIRECTION GÉNÉRALE OPÉRATIONNELLE  
DES POUVOIRS LOCAUX, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ

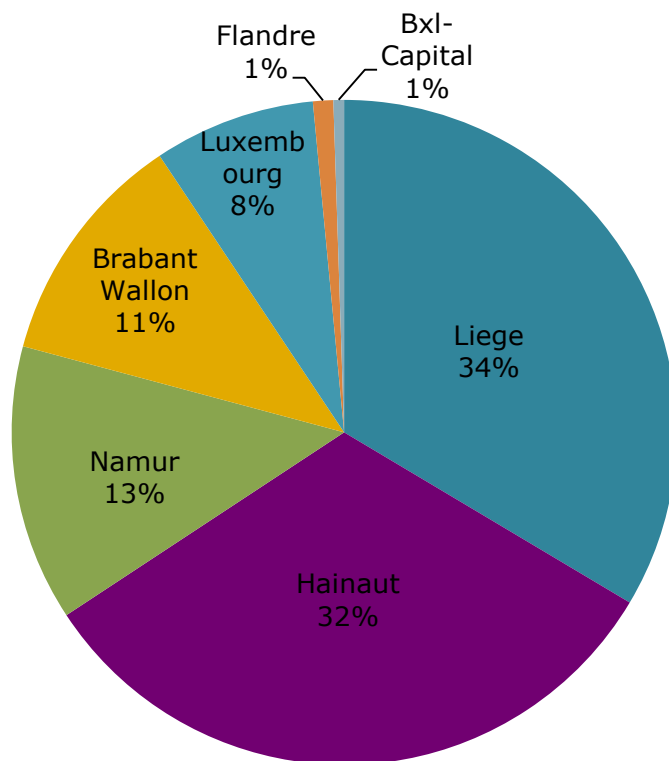


# RÉPARTITION PAR AGE

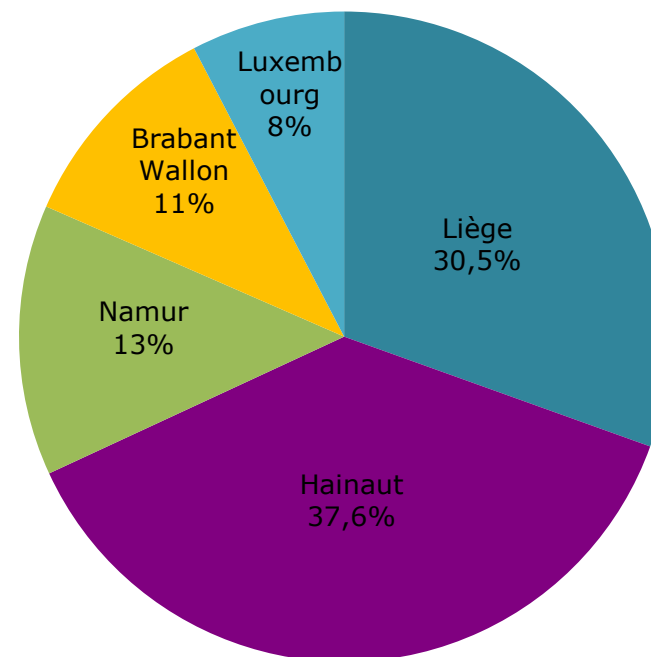


# PROVINCE

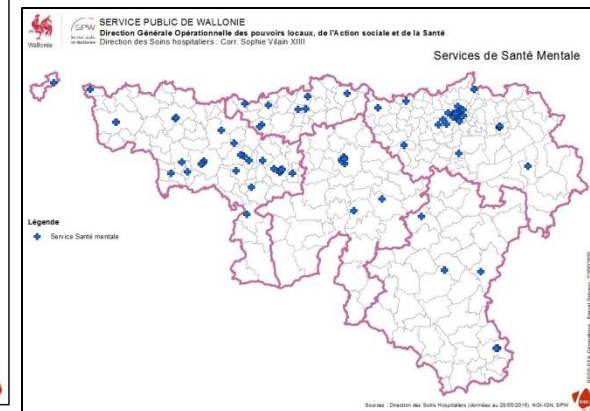
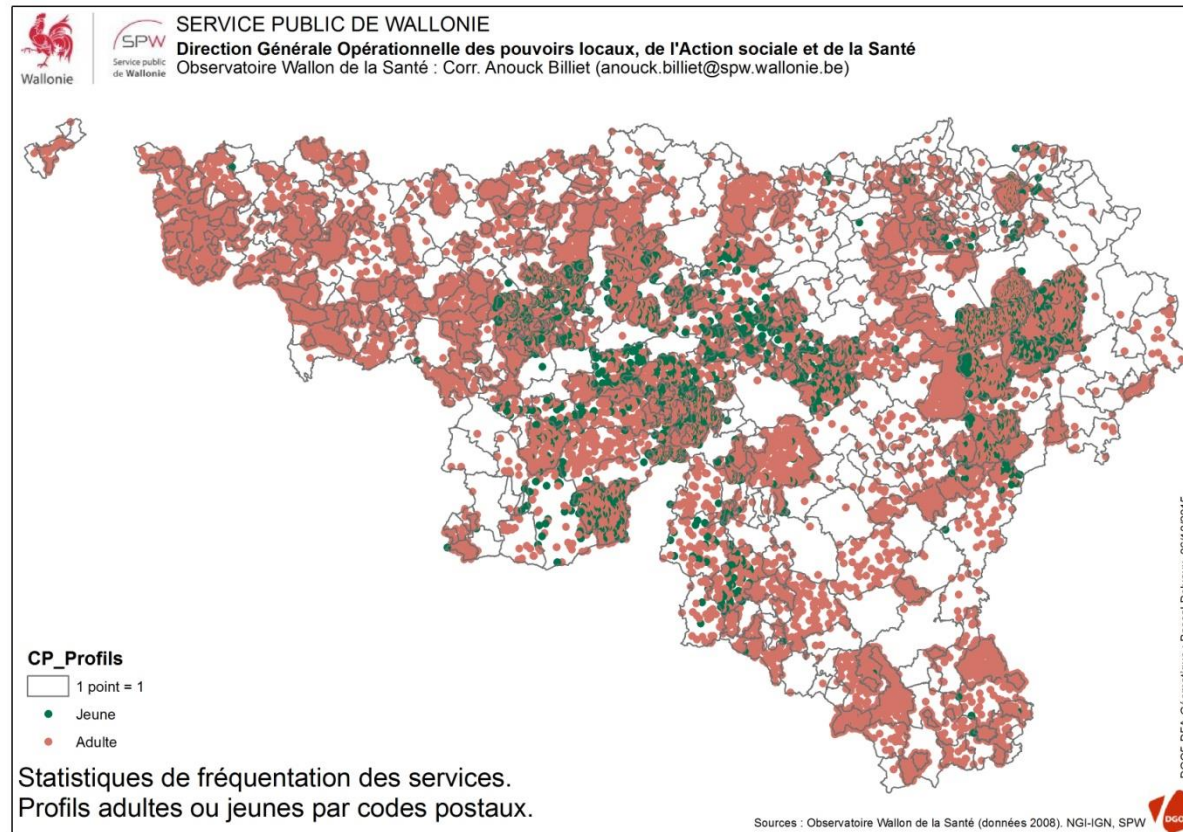
## Nouveaux consultants



## Population wallonne (au 01/01/2008)



# DOMICILE DES NOUVEAUX CONSULTANTS



## PROFILS DES PATIENTS ADULTES

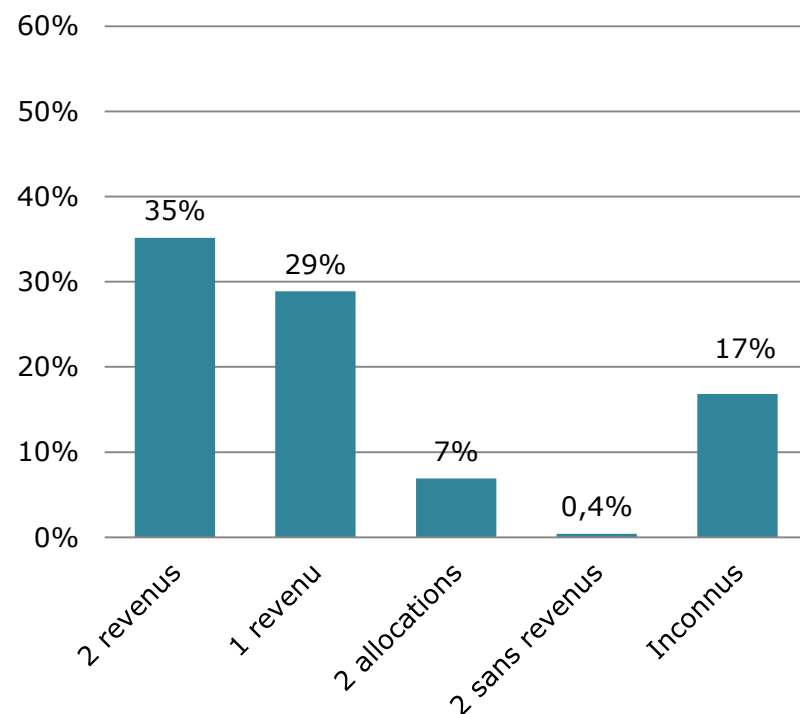
|              | Services SM                                                                     |                   | Wallonie<br>(moyenne de 2008 à 2011)                              |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Age moyen    | 39,4 ans                                                                        | <                 | 48,4 ans                                                          |
| % femmes     | 56%                                                                             | >                 | 51%                                                               |
| Etat civil   | 47,1% célibataires<br>35,6% mariés (7% séparés)<br>13,5% divorcés<br>3,5% veufs | =<br>~=<br>><br>< | 47,6% célibataires<br>36,9% mariés<br>8,8% divorcés<br>6,6% veufs |
| % non-belges | 12%<br>(8,8% sans IS Exil)                                                      | ><br>=            | 9,3 %                                                             |



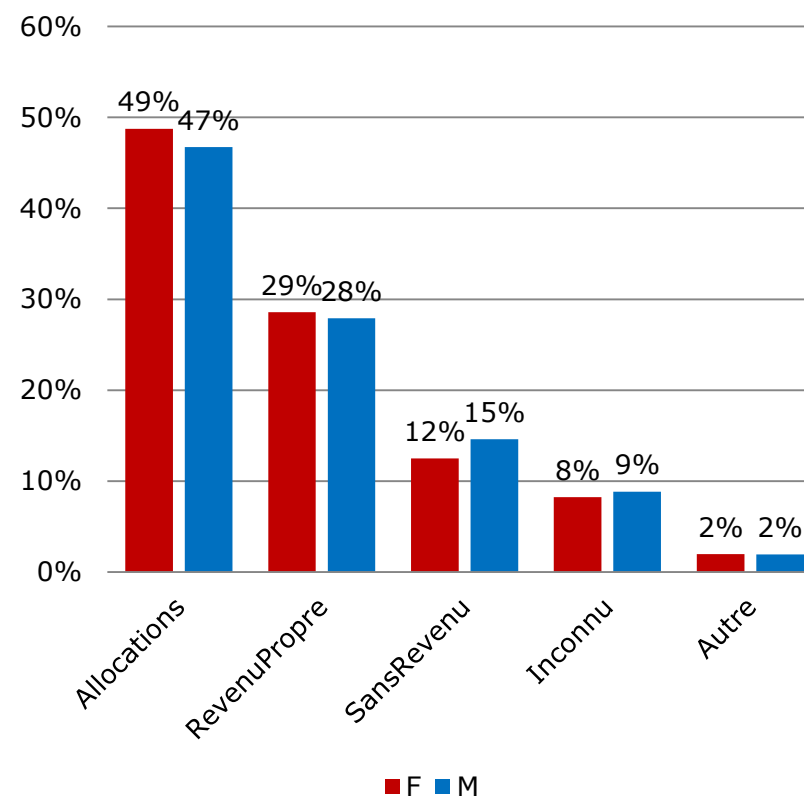
## PROFILS DES PATIENTS JEUNES

|                           | Services SM |      | Wallonie |
|---------------------------|-------------|------|----------|
| Population moyenne par an | 6 387       | 0,8% | 794 819  |
| 0 à 3 ans                 | 6.2%        | <    | 20.4%    |
| 4 à 6 ans                 | 23.7%       | >    | 15.3%    |
| 7 à 12 ans                | 43.4%       | >    | 31.4%    |
| 13 à 18 ans               | 26.7%       | <    | 32.9%    |
| % filles                  | 42%         | <    | 49%      |

## Jeunes (revenus des parents)

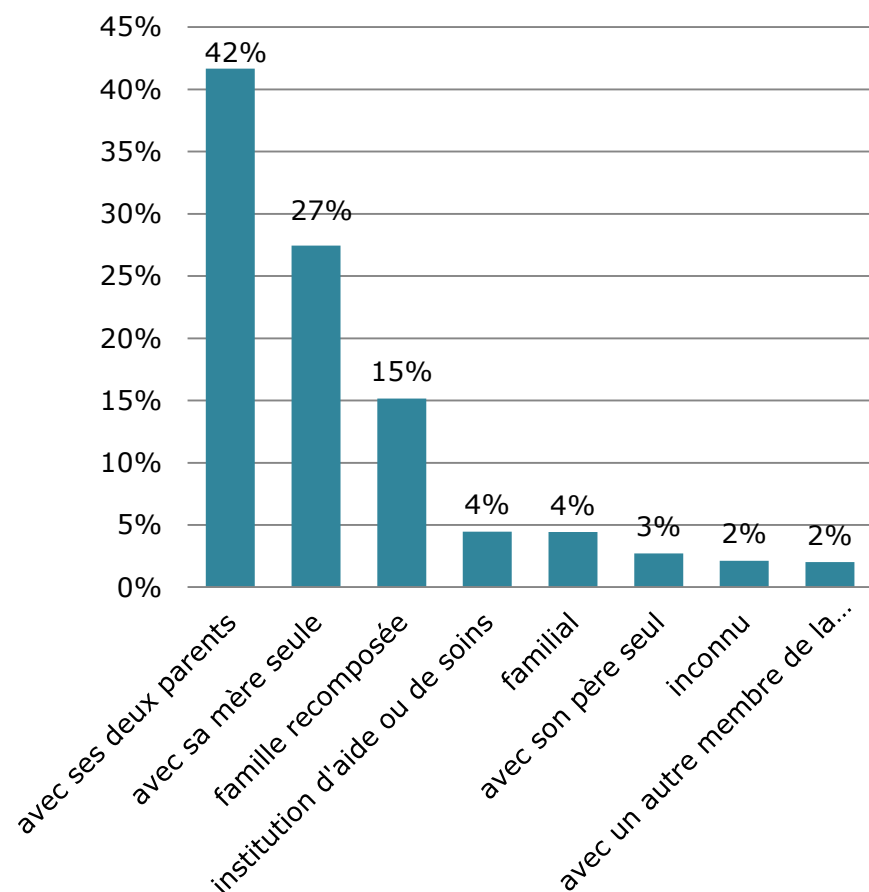


## Adultes

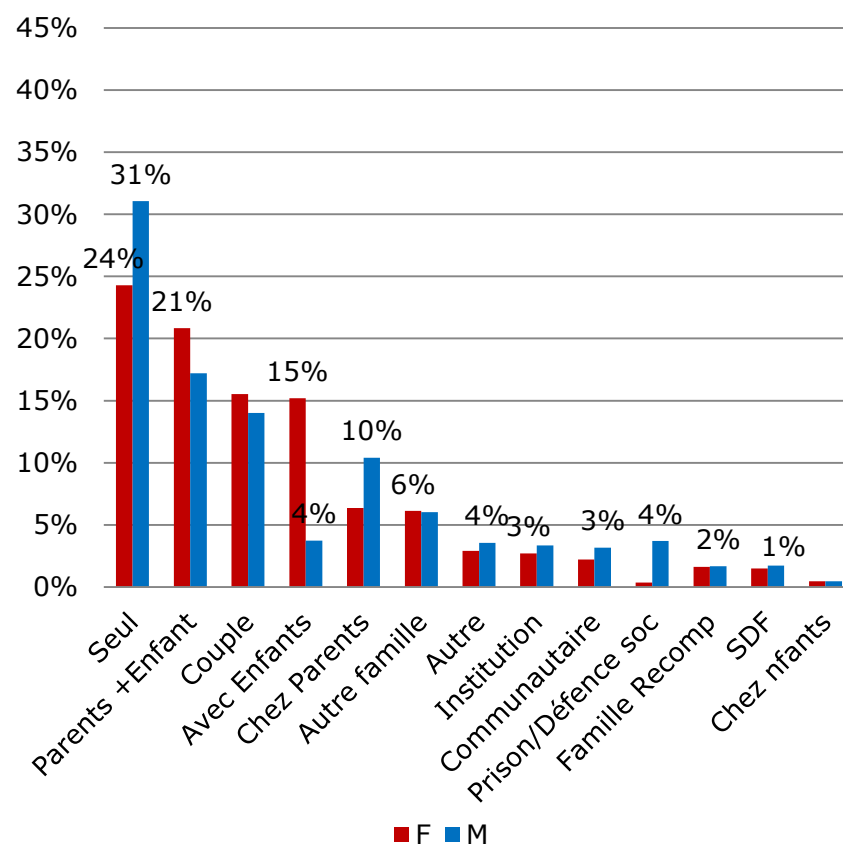


# MODE DE VIE

## Jeunes



## Adultes



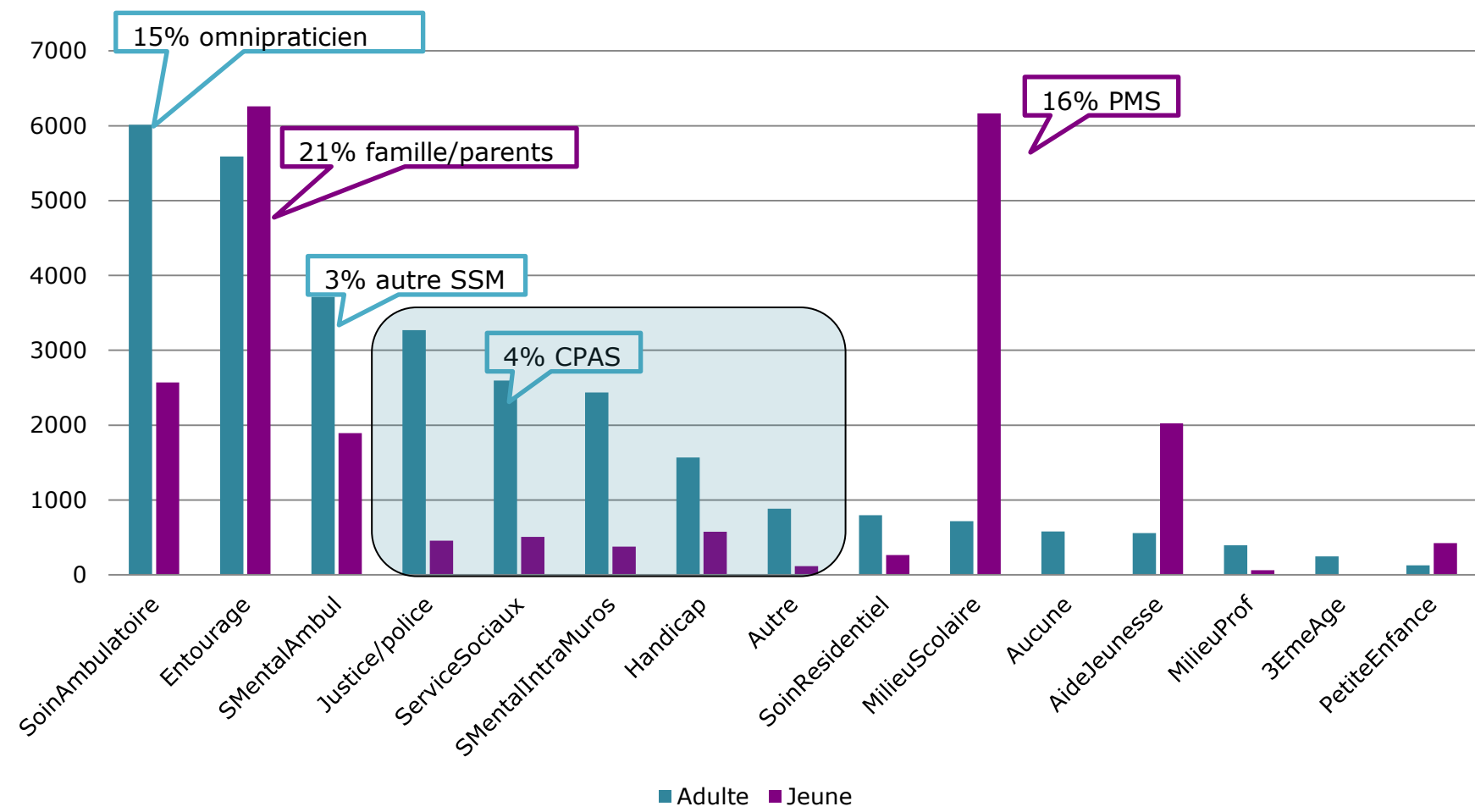
# POUR QUELLES PROBLÉMATIQUES?



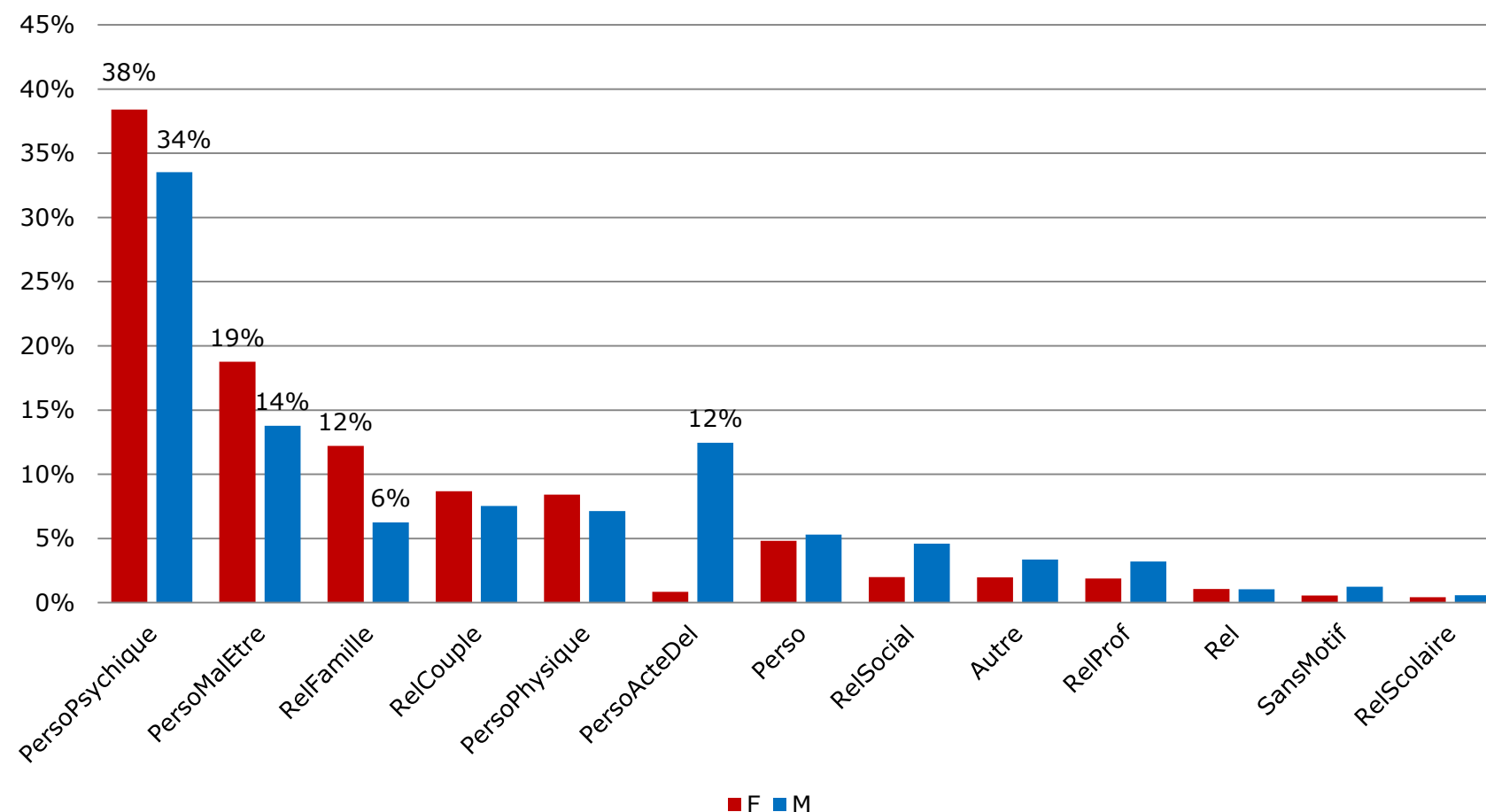
DIRECTION GÉNÉRALE OPÉRATIONNELLE  
DES POUVOIRS LOCAUX, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ



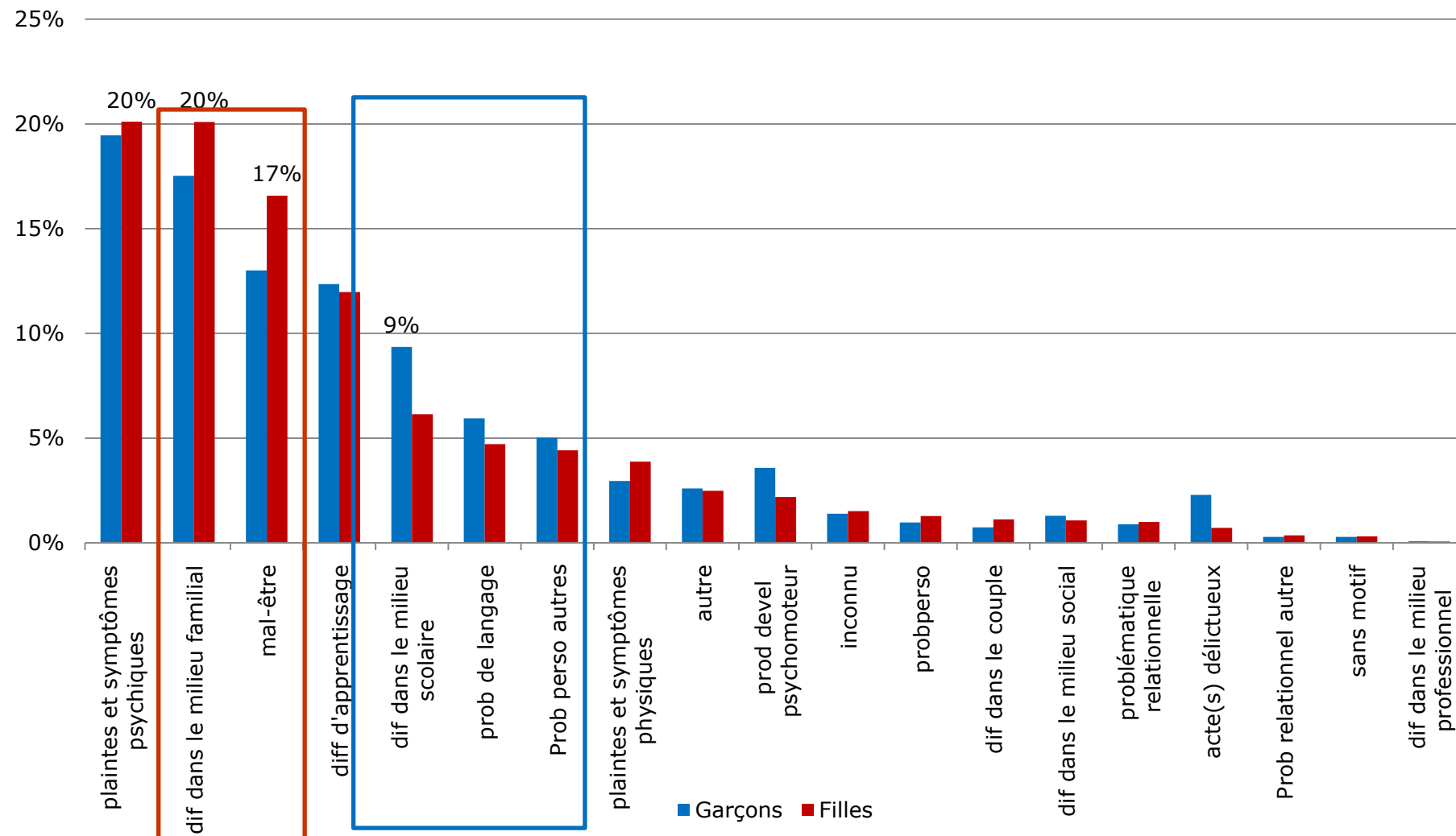
# ORIGINE DE LA DÉMARCHE



# MOTIF DES CONSULTATIONS ADULTES

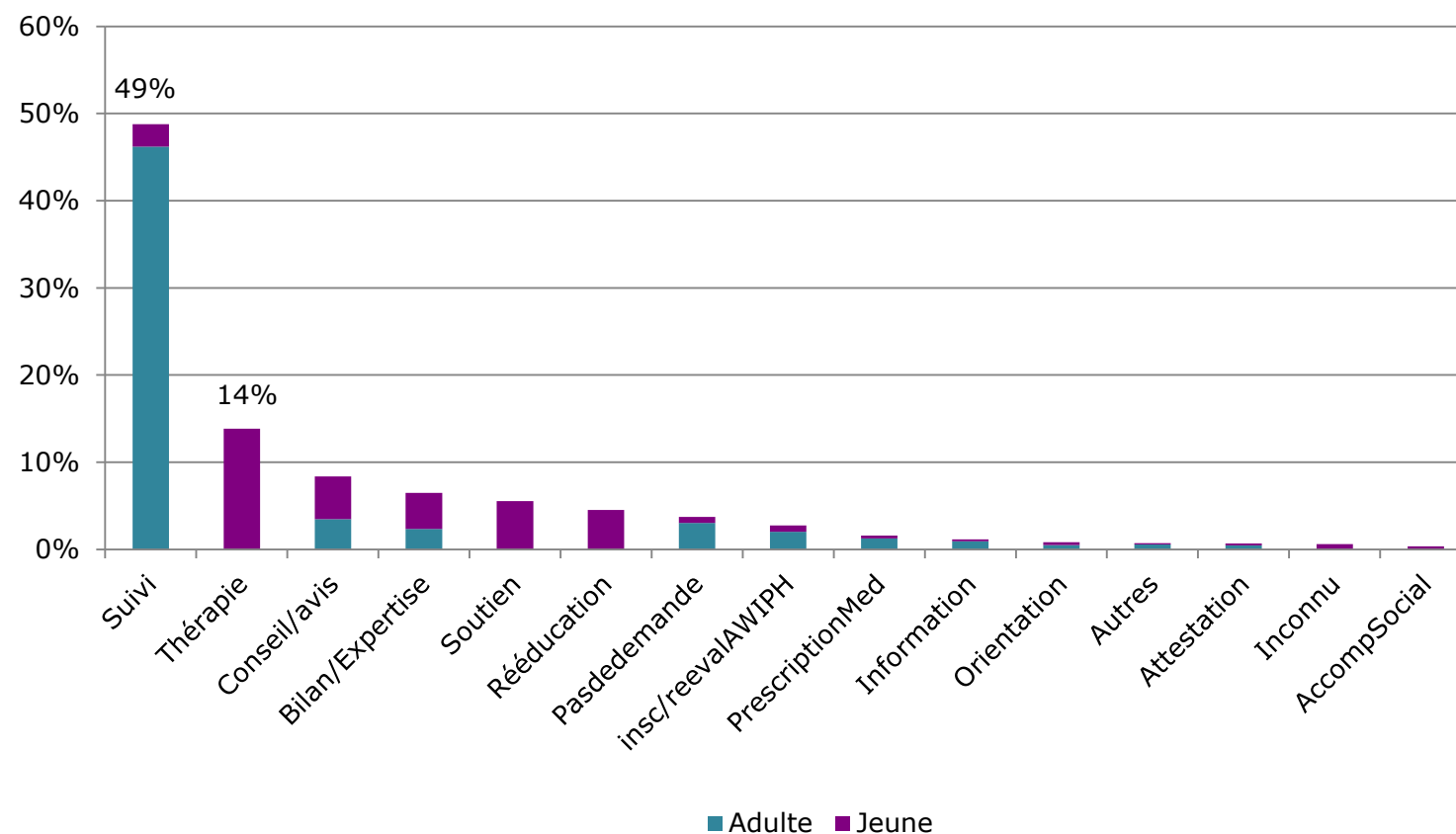


## MOTIF DES CONSULTATIONS JEUNES

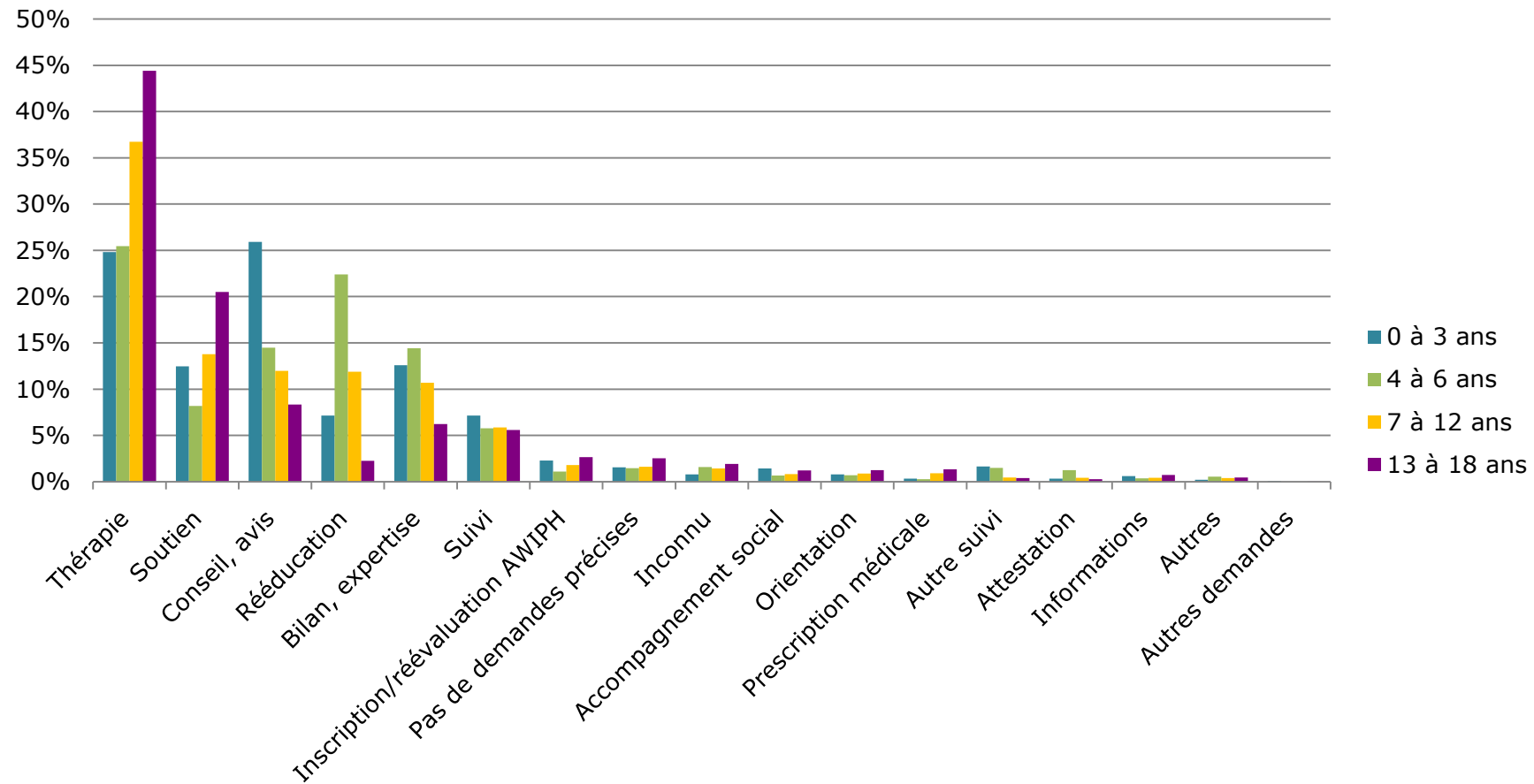




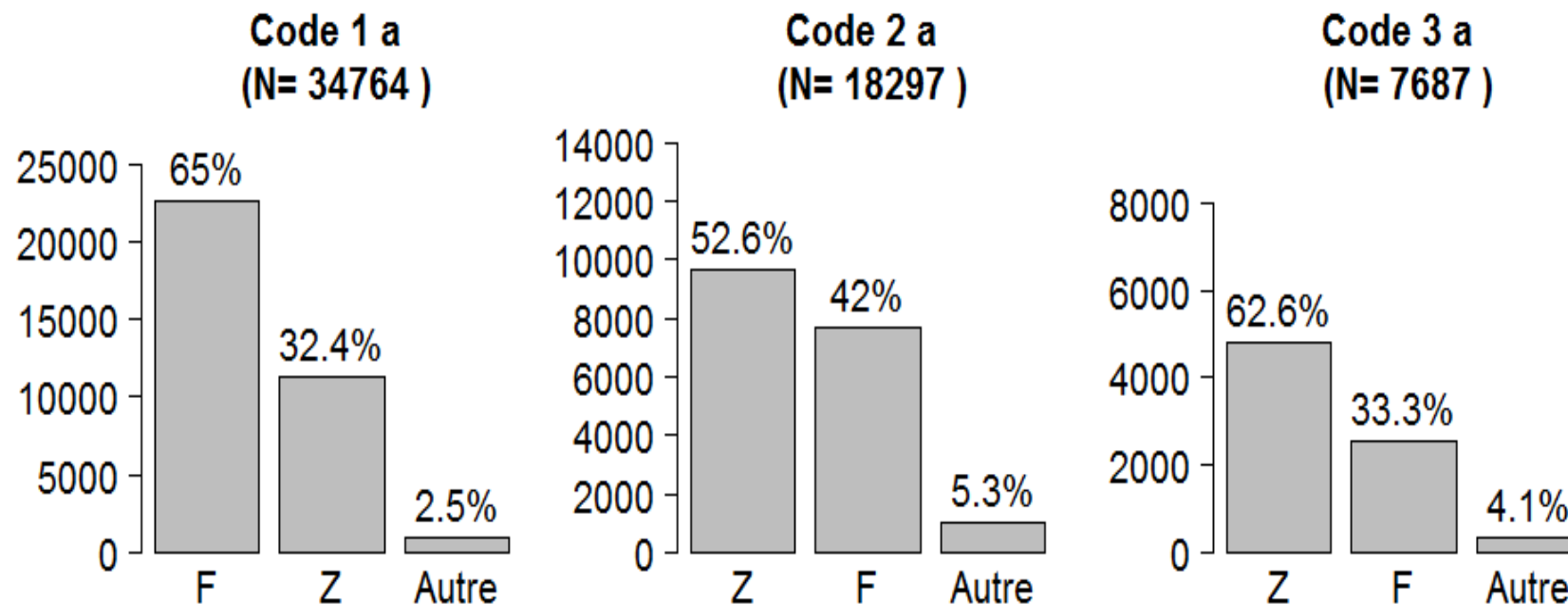
## TYPE DE DEMANDE



## TYPE DE DEMANDE PAR ÂGE

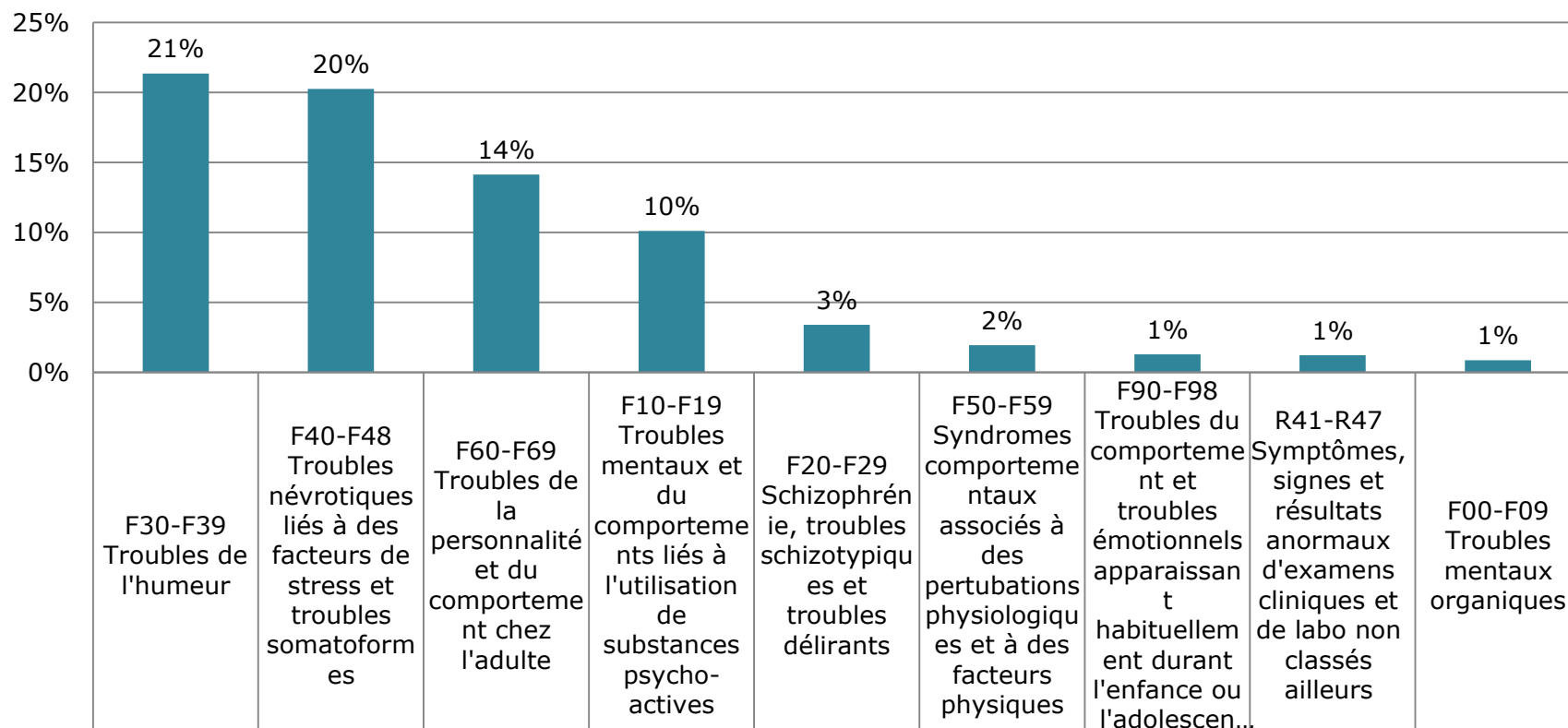


## DIAGNOSTICS ADULTES

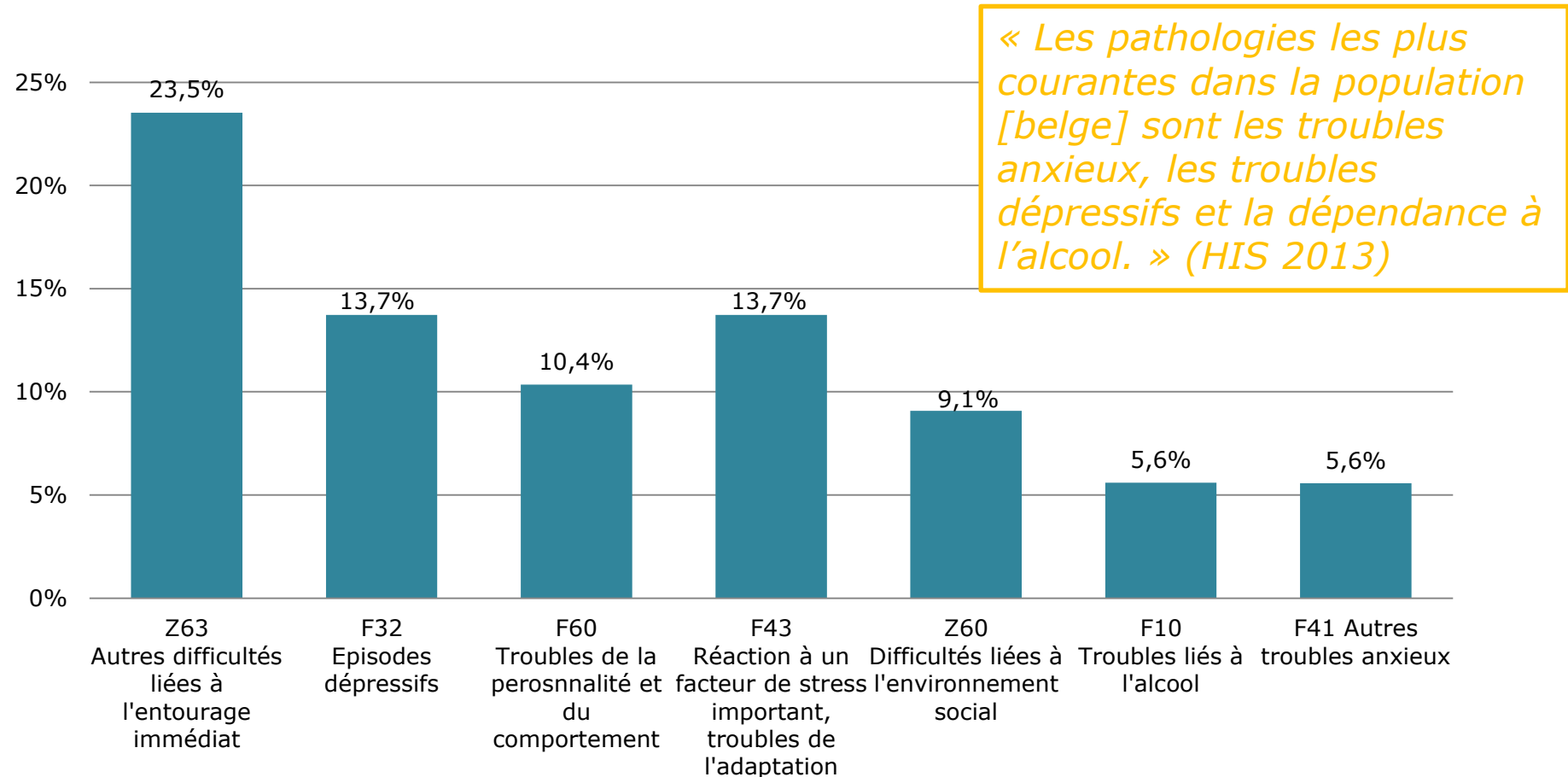


F: Troubles mentaux et du comportement  
Z: Facteurs influençant l'état de santé

## PROPORTION DE PATIENTS CONCERNÉS PAR CETTE FAMILLE DE DIAGNOSTICS (EN 1, 2 OU 3<sup>E</sup> DIAG)



## PROPORTION DE PATIENTS ADULTES CONCERNÉS PAR CE DIAGNOSTIC (EN 1, 2 OU 3<sup>E</sup> DIAG)



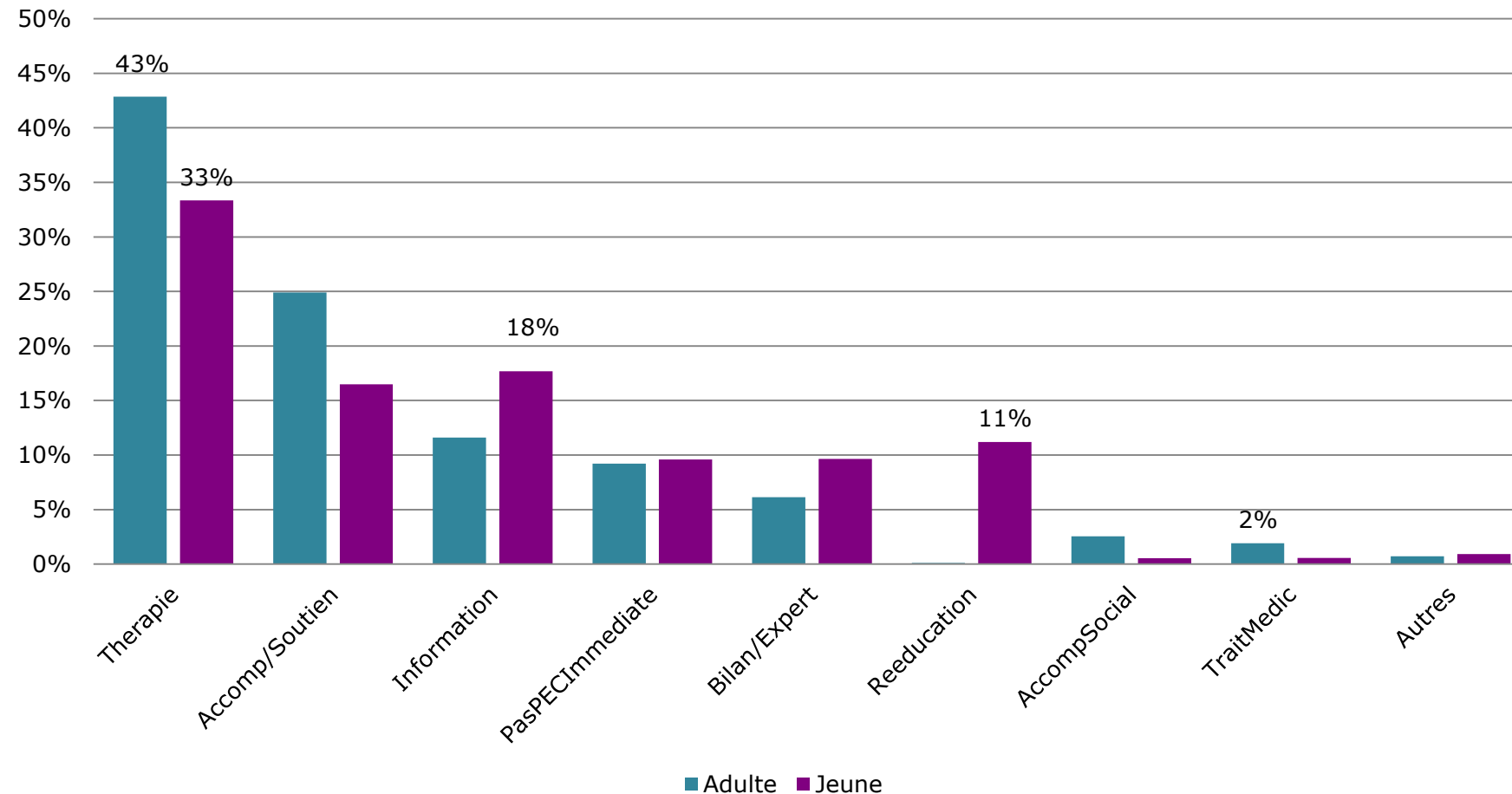
# PROPOSITIONS DE PRISES EN CHARGE, RÉSEAUX



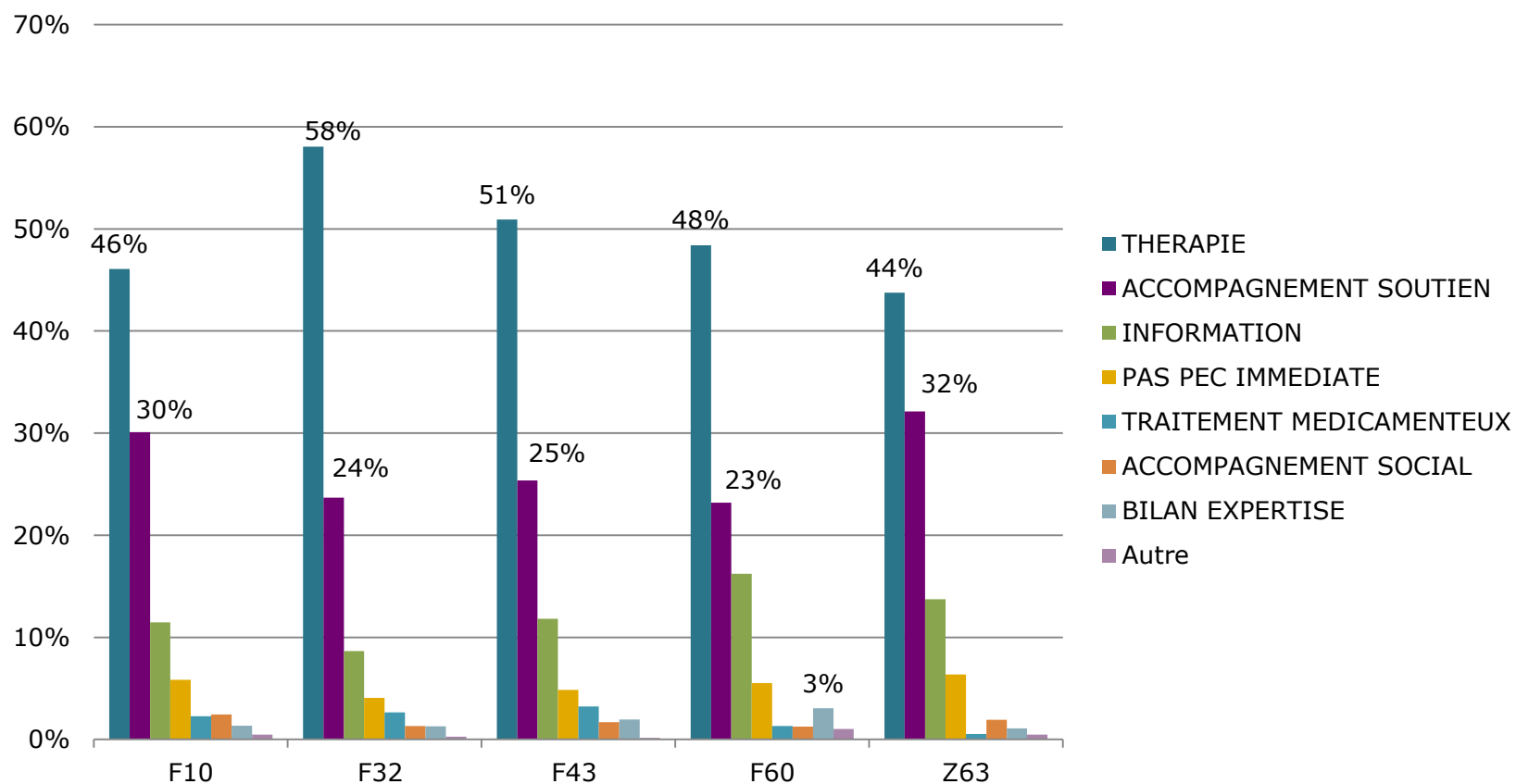
DIRECTION GÉNÉRALE OPÉRATIONNELLE  
DES POUVOIRS LOCAUX, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ



## PROPOSITIONS DE PRISES EN CHARGE

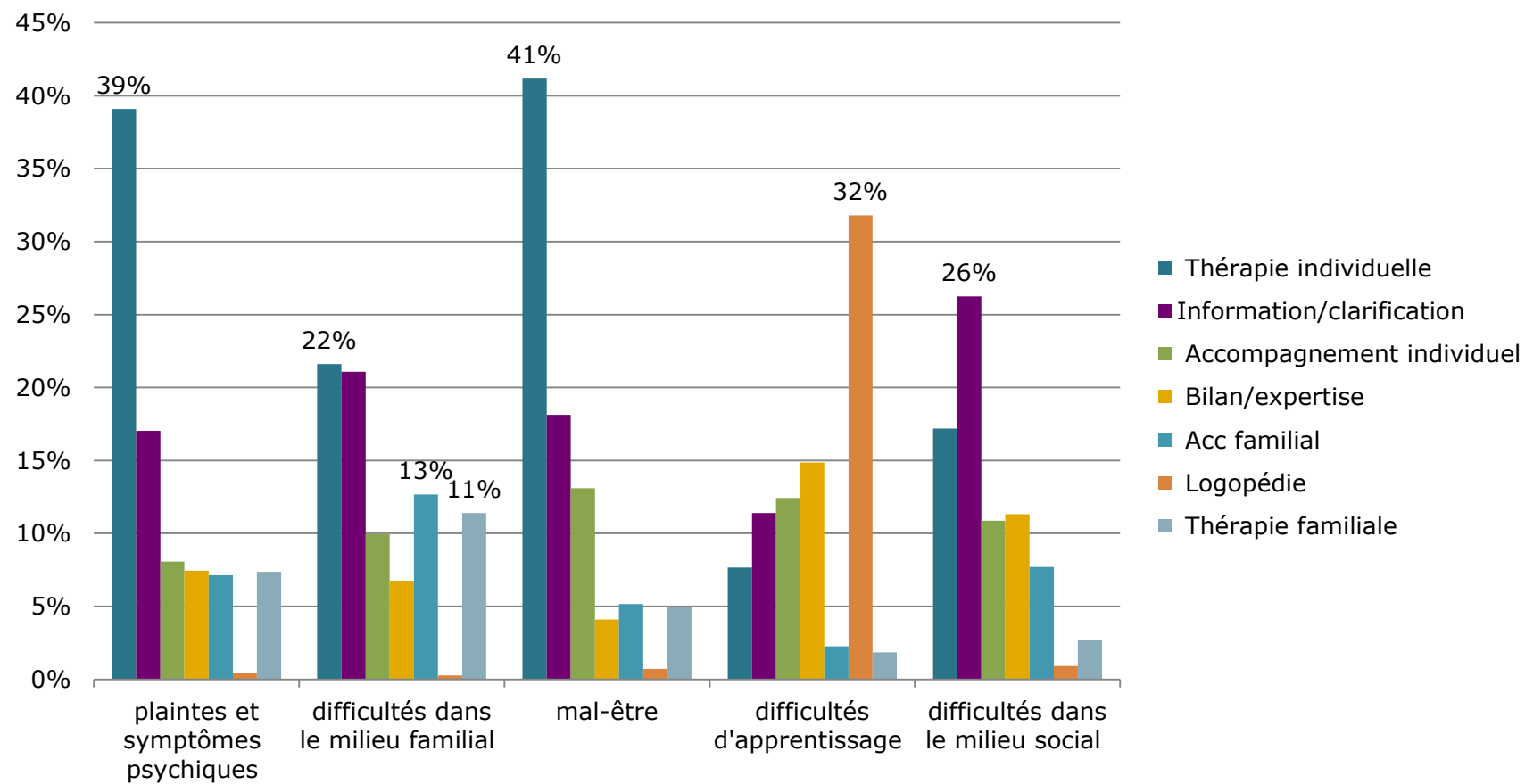


## PROPOSITIONS DE PRISES EN CHARGE PAR DIAGNOSTIC- ADULTES

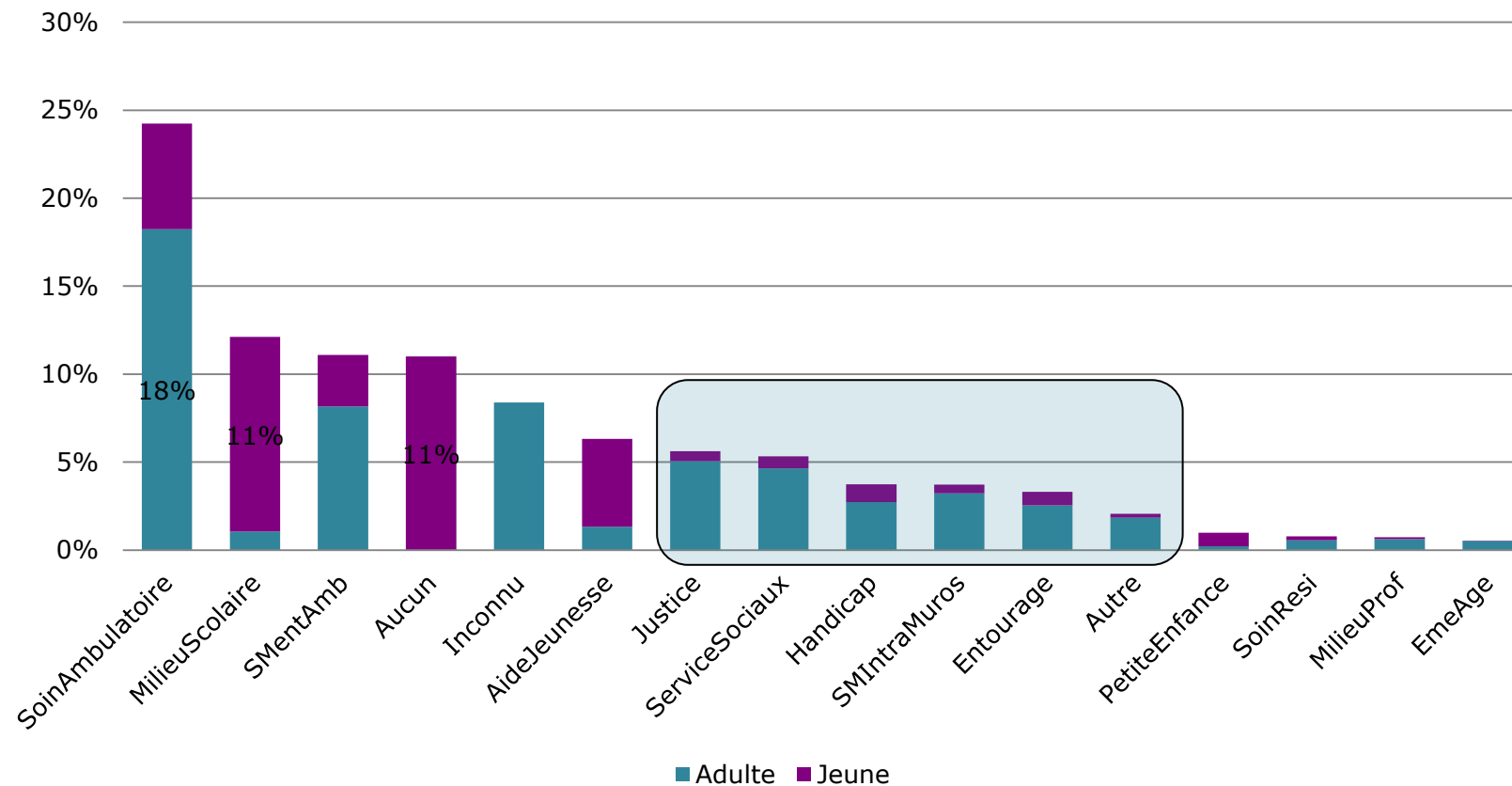




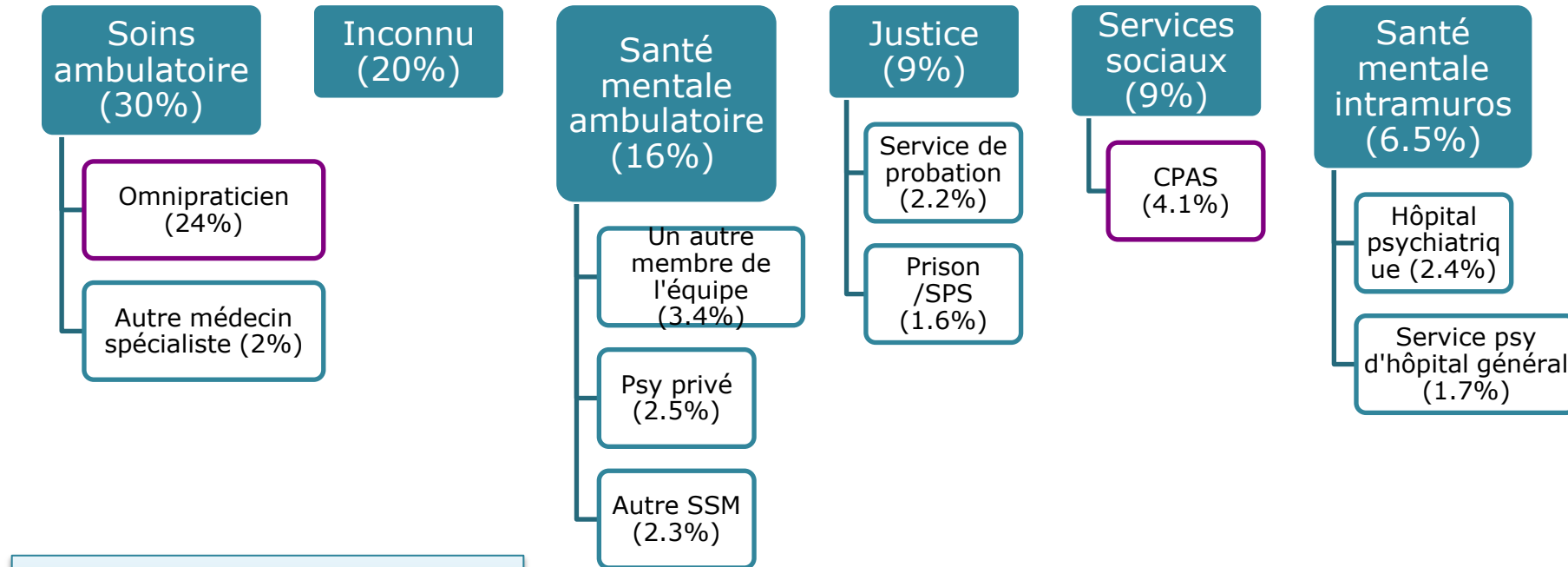
## PROPOSITIONS DE PRISES EN CHARGE PAR MOTIFS-JEUNES



# RÉSEAU PROFESSIONNEL



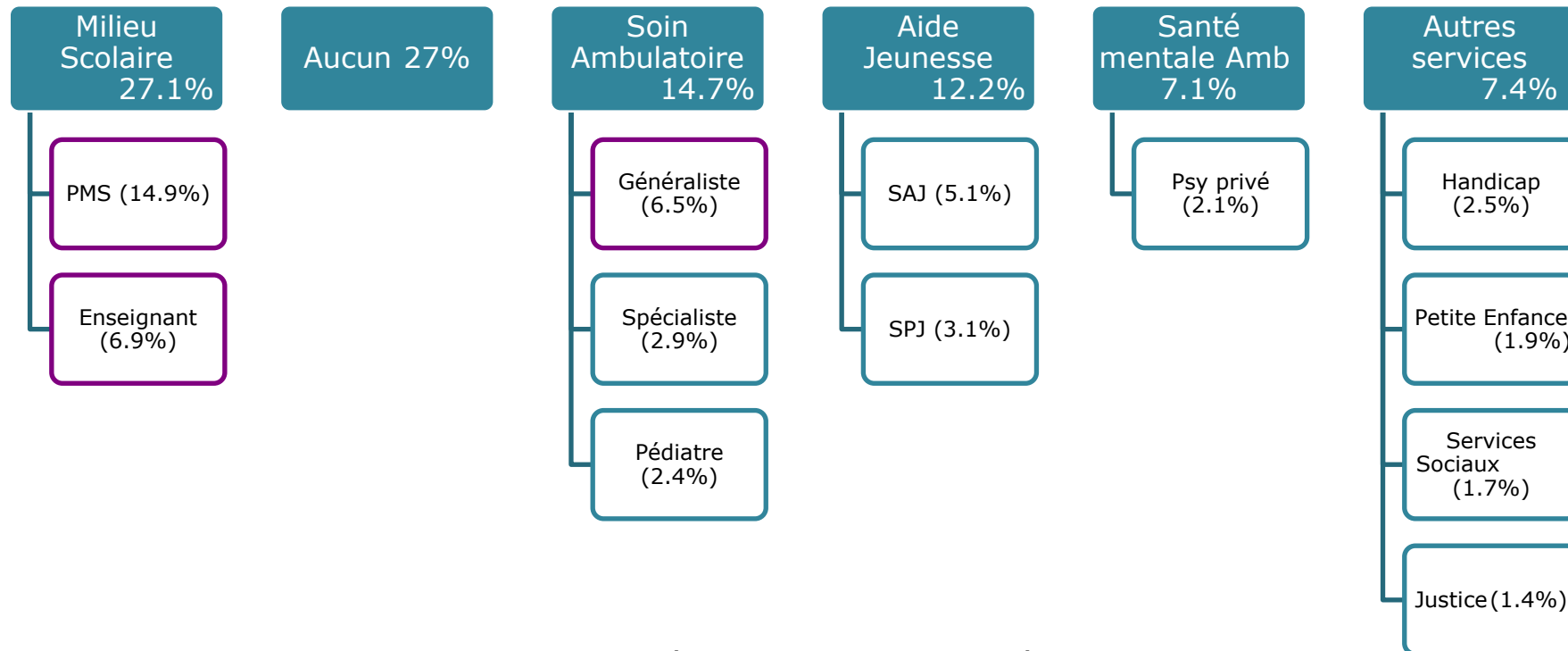
## RÉSEAU PROFESSIONNEL- ADULTES



Correspond très souvent à l'origine de la démarche (Coefficient de Kappa=0.99)

Réseau prof 1: 54% données manquantes  
Réseau prof 2: 88% données manquantes  
Réseau prof 3: 96% données manquantes

# RÉSEAU PROFESSIONNEL- JEUNES



Réseau prof 1: 50% données manquantes  
Réseau prof 2: 85% données manquantes  
Réseau prof 3: 94% données manquantes

# QUELQUES PROFILS PARTICULIERS



DIRECTION GÉNÉRALE OPÉRATIONNELLE  
DES POUVOIRS LOCAUX, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ



## CONSULTANTS (<18) DONT LE FRANÇAIS N'EST PAS LA LANGUE MATERNELLE (5,3%, N=1256)

### Envoyeurs

- Plus d'envois par le milieu scolaire et les services sociaux
- Moins d'envois par l'entourage et moins par aide à la jeunesse

### Demandes

- de rééducation
- moins de demandes de thérapies

### Motifs

- Principalement difficultés d'apprentissage et de problèmes de langage (un sur trois)

### Prise en charge

- logopédie

### Réseau professionnel

- Moins de jeunes sans réseau professionnel (14% contre 25%) grâce aux services sociaux.

## CONSULTANTS (>18 ANS) CONTRAINTS

(6.8% DES ADULTES, N=2 543)

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Age moyen              | • 38.6 ans                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Sexe                   | • 88.5% d'hommes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Nationalité            | • 90% de belges                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Mode de vie            | • 13.9% en institution de défense sociale ou prison                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Principal envoyeur     | • 86% envoyé par la Justice/police                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Principaux diagnostics | <ul style="list-style-type: none"><li>• Z65 : difficultés liées à d'autres situations psychosociales, (condamnation, emprisonnement...) (26%)</li><li>• F60: troubles spécifiques de la personnalité et du comportement (paranoïaque, schizoïde, dyssoziale, dépendante,...) (16%)</li><li>• F65: troubles de la préférence sexuelle (fétichisme, exhibitionnisme, voyeurisme, pédophilie, ...) (16%)</li><li>• F10: troubles liés à l'utilisation d'alcool (11%)</li></ul> |

## CONSULTANTS DE PLUS DE 60 ANS ET PLUS (7,4%, N=3110)

### Envoyeurs

- Idem que dans le reste de la population
- sauf 9% par services du 3<sup>e</sup> âge (contre <1%)

### Demandes

- Idem que dans le reste de la population (75% de suivi, ...)

### Motifs

- Problème physique 12% (contre 8%)

### Prise en charge

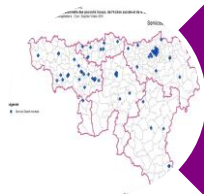
- 36% d'accompagnement/soutien (contre 25%)

### Réseau professionnel

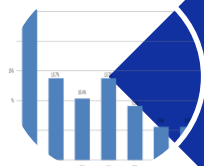
- Soins ambulatoire 42% (contre 30%)
- Services 3<sup>e</sup> âge 8% (contre ~0%)



## CONCLUSIONS



Toute la population wallonne est représentée



Les problématiques correspondent à celle de la population wallonne

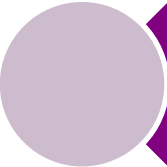


Et aux problématiques plus spécifiques



Diversité de prise en charge et de réseau

## DISCUSSION



Uniquement les nouveaux patients –  
3 premiers entretiens



Qualité des données-données manquantes



Limitation du quantitatif, faire rentrer la psyché  
dans des cases...



Données 2012-2014 à suivre (crise économique,  
migrants, ...)



Observatoire wallon de la santé  
100, avenue gouverneur Bovesse  
5100 Namur  
[anouck.billiet@spw.wallonie.be](mailto:anouck.billiet@spw.wallonie.be)  
081/327 367

# MERCI



Merci au CRéSaM, à H. Reyniers, P. Collart et  
D. Dubourg



DIRECTION GÉNÉRALE OPÉRATIONNELLE  
DES POUVOIRS LOCAUX, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ



# LA SANTÉ MENTALE : UN CONCEPT ET DES PRATIQUES EN ÉVOLUTION

Marie-Françoise MEURISSE

Médecin et Philosophe  
Coordinatrice de la PFRCSM  
de la Province de Luxembourg

# La Santé Mentale: un concept et des problématiques en évolution

CRéSaM

8 OCTOBRE 2015

Marie-Françoise MEURISSE





Autonomie

Bien-être

Intégration

Santé mentale

Réforme

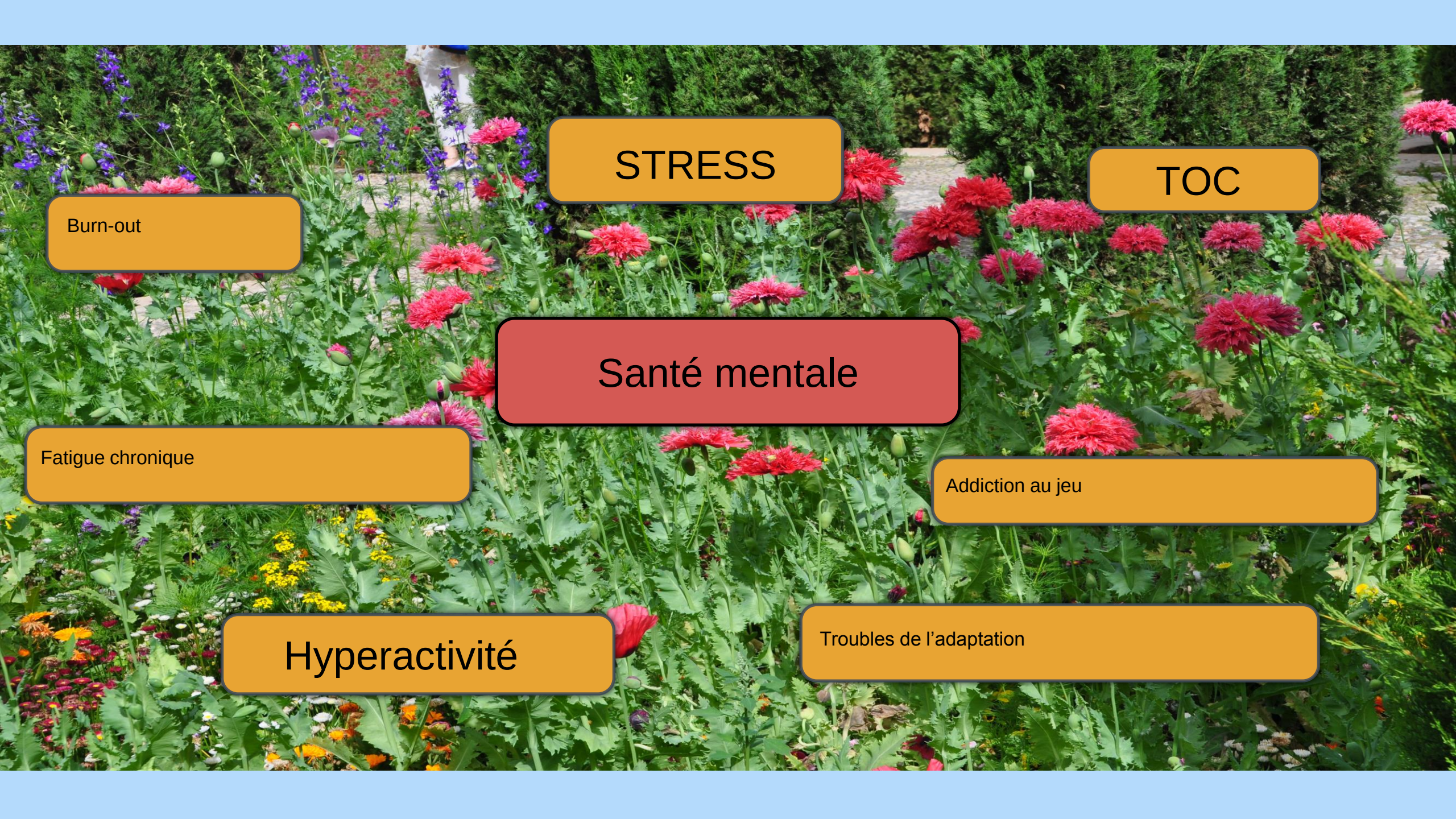
Désinstitutionalisation

Réseaux

Nouvelle politique

Droits du patient





STRESS

TOC

Burn-out

Santé mentale

Fatigue chronique

Addiction au jeu

Hyperactivité

Troubles de l'adaptation



# **La santé mentale: un concept et des problématiques en évolution**

## **Sommaire:**

- 1. La santé mentale, un concept évolutif**
- 2. Des problématiques en évolution**
- 3. Un éclairage philosophique**
  - Georges Canguilhem**
  - Mark Hunyadi**
- 4. Quelques enjeux liés à la définition de la santé mentale**



# La Santé mentale: un concept et des problématiques en évolution

## 1. La santé mentale, un concept en évolution

19e siècle

Grandes épidémies

Psychiatrie asilaire

Hygiénisme

Hygiène  
mentale

# La Santé mentale: un concept et des problématiques en évolution

## 1. La santé mentale, un concept en évolution

début du 20e siècle

Ligue d'Hygiène  
mentale



Prophylaxie



Information -promotion



Proximité

# La Santé mentale: un concept et des problématiques en évolution

## 1. La santé mentale, un concept en évolution

Années 1950-1980

Ligue de Santé  
Mentale

Services de Santé  
Mentale

Désaliénisme

Antipsychiatrie

**Santé mentale =  
rejet de la psychiatrie asilaire**

# La Santé mentale: un concept et des problématiques en évolution

## 1. La santé mentale, un concept en évolution

A partir années 1980

**Santé mentale = concept classificatoire  
normalisateur  
gestionnaire**

*La santé mentale dans sa forme actuelle est un processus de normalisation visant à transformer le rapport des individus, des groupes et de la société dans le sens d'une adaptation à une économie concurrentielle vécue comme naturelle.*

Mathieu Bellahsen

# La Santé mentale: un concept et des problématiques en évolution

## 1. La santé mentale, un concept en évolution

### Quelle définition ?

#### Définition de l'OMS

«Un **état** de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un **travail productif** et contribuer à la vie de sa communauté.»

#### Association canadienne pour la Santé Mentale

La santé mentale est un **mouvement** constant, une recherche d'équilibre entre différents aspects de sa vie : physique, mental, spirituel et émotif. Elle est influencée par les conditions de vie, les **valeurs collectives** dominantes ainsi que les **valeurs propres** à chaque personne. Elle est donc à la fois une responsabilité collective et individuelle.

# La Santé mentale: un concept et des problématiques en évolution

## 1. La santé mentale, un concept en évolution

Quelle définition ?

### Autres définitions

*Une personne en bonne santé mentale est quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer (OMS, «La santé mentale l'affaire de tous» 2010)*

*« La santé mentale et le bien-être mental sont des conditions fondamentales à la qualité de vie, à la productivité des individus, des familles, des populations et des nations(...) » (Déclaration d'Helsinki sur la santé mentale pour l'Europe de 2005)*

*« Une bonne santé mentale est la condition de la bonne santé et du bien-être généraux des citoyens européens, mais aussi d'une bonne santé de la situation économique dans l'Union Européenne » (Résolution de l'Union européenne de 2006).*

# La Santé mentale: un concept et des problématiques en évolution

## 2. La santé mentale: des problématiques en évolution

Fréquence

Expression

Démarcation sain/pathologique

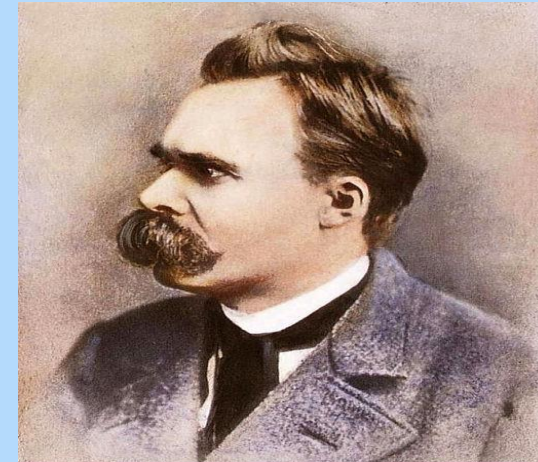


# La Santé mentale: un concept et des problématiques en évolution

## 3. Un éclairage philosophique

**Nietzsche :**  
**la maladie ou « grande santé »**

**« *La maladie me libéra lentement....* »**

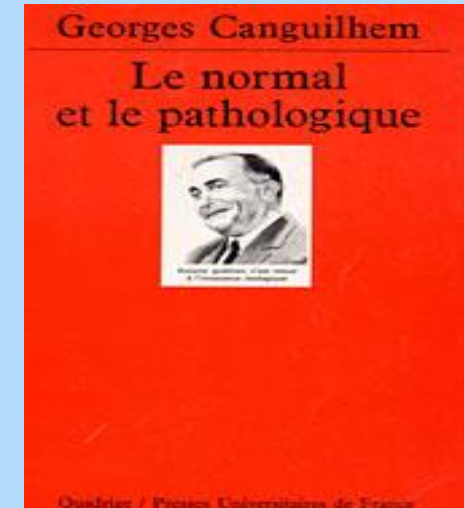


# La Santé mentale: un concept et des problématiques en évolution

## 3. Un éclairage philosophique

### Georges Canguilhem

- \* Santé et maladie = 2 formes de normalité
- \* Concept de « *normativité biologique* »
- \* 2 visions de la maladie
- \* Primat du point de vue subjectif et existentiel
- \* Santé = capacité de « *pouvoir tomber malade et de s'en relever* ».



# La Santé mentale: un concept et des problématiques en évolution

## 3. Un éclairage philosophique

**Mark Hunyadi**

**\*Un concept de santé pronominal**

**Santé-je**

**Santé-tu**

**Santé-il**

**Maladie- illness**

**Maladie-disease**

**Maladie-sickness**

**\* Un concept -reflet**

**\* Une vision critique de la définition de l'OMS**



# **La Santé mentale: un concept et des problématiques en évolution**

## **4. Quelques enjeux**

**\*Délimitation du champ de la santé mentale et du champ d'intervention des différentes disciplines professionnelles**

**Médicalisation/psychiatisation (enjeux épistémologiques)**

**\* Enjeux politiques:**

- accent sur responsabilité des acteurs**
- citoyenneté**
- intégration sociale, normalisation, instrumentalisation, contrôle**
- formalisation, procéduralisation des pratiques**
- frontière privé/public**

**\* Enjeux économiques**

# **La Santé mentale: un concept et des problématiques en évolution**

## **CONCLUSIONS**

**La santé mentale : un concept et des problématiques en évolution**

**Les SSM, témoins privilégiés**

**D'une définition négative à une définition positive de la santé mentale, mais laquelle ?**

# **La Santé mentale: un concept et des problématiques en évolution**

## **Quelques références bibliographiques :**

**Bellahsen M., *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, La Fabrique, 2014**

**Canguilhem G., *Le Normal et le pathologique*, PUF, 1966**

**De Munck et all., *Santé mentale et citoyenneté*, Academia Press, 2003**

**Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi*, Odile Jacob, 2000**

**Ferry, J.-M., Guibet Lafaye C., Hunyadi M., *Penser la santé*, PUF, 2009**

**Giroux E., *Après Canguilhem définir la santé et la maladie*, PUF, 2010**

# CHANGEMENTS DANS LES INSTITUTIONS DE SANTÉ MENTALE EN BELGIQUE

Sophie THUNUS

Docteur en Sciences politiques et sociales  
ULg - ISHS –CRIS

**CHANGEMENTS DANS LES INSTITUTIONS  
DE SANTÉ MENTALE EN BELGIQUE :  
DYNAMIQUES ÉCOLOGIQUES ET SOCIALES**

« Les services de santé mentale dans la cité »

Le 8 octobre 2015

Sophie.thunus@ulg.ac.be



## PLAN

- L'intérêt d'une lecture **constructiviste** du développement d'un **système professionnel**
  - Comprendre les *changements institutionnels passés*
  - Caractéristiques du système: *spécialisation, segmentation, complexité*
- Changements actuels: « Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins »
  - Concevoir la réforme: entre **continuités** et **discontinuités**
  - Réaliser la réforme: **connaissances locales** et **changement global**

## CONSTRUCTIVISME ET SYSTÈMES PROFESSIONNELS

- Réponse à la définition *fonctionnaliste* des  
« professions établies » (médecine, justice)
  - Besoin social (santé) – structure professionnelle (formation, obligations, protections, ...)
  - Sociologie (déterministe) des groupes dominants



## CONSTRUCTIVISME ET SYSTÈMES PROFESSIONNELS

- Constructivisme : sociologies *interactionnistes* des professions
  - Pratiques professionnelles et contingence
  - Critique des groupes dominants et changements
  - Des pratiques (locales) au système (global)

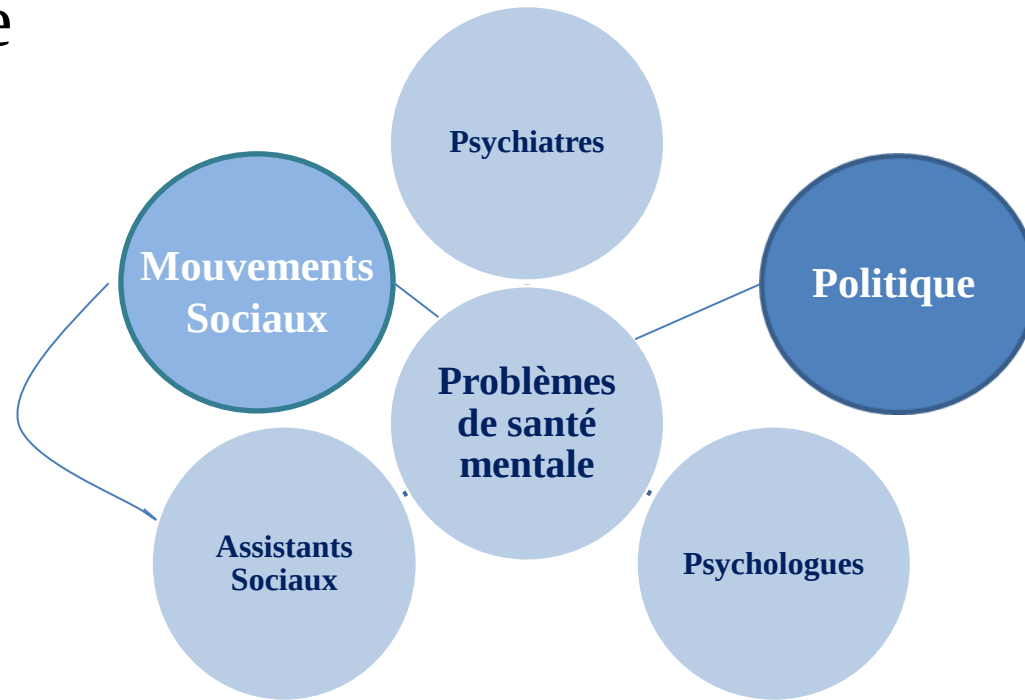
**Pratiques  
professionnelles**

**Groupes  
professionnels**

**Besoin social**

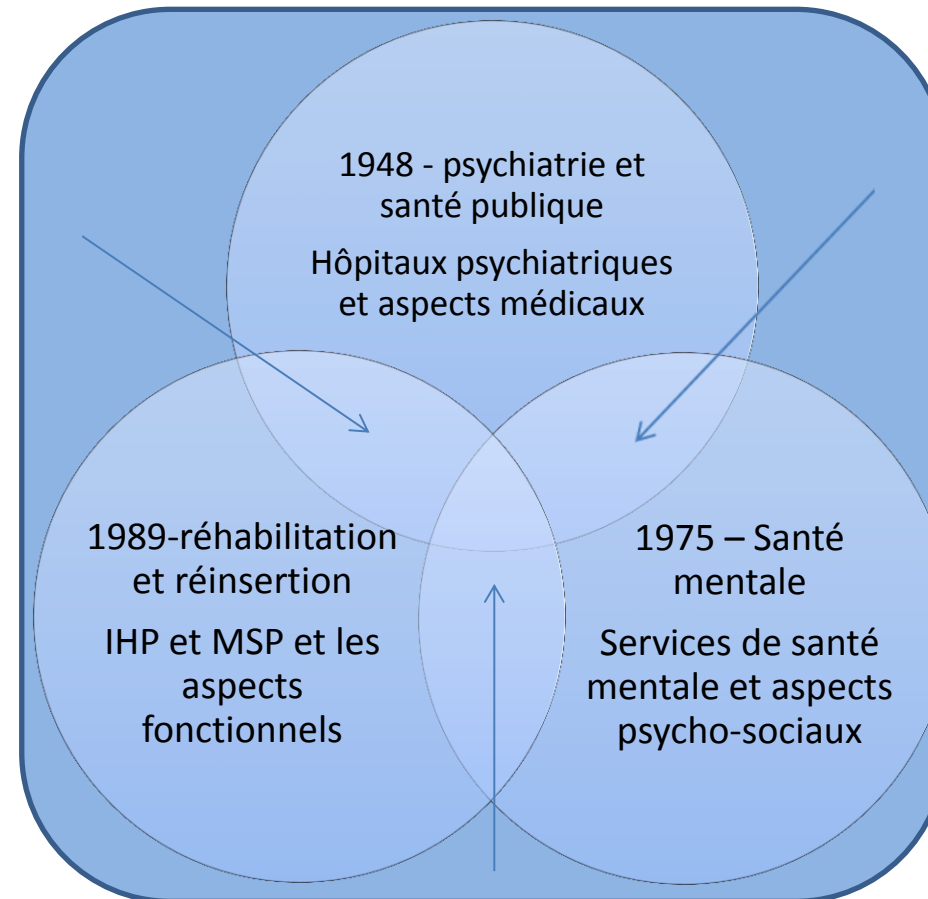
## CONSTRUCTIVISME ET SYSTÈMES PROFESSIONNELS

- Construction du système professionnel: la question du problème ou « **ère de tâches** »
- Du système professionnel au **écologies liées**



## QUELS PROBLÈMES, QUEL SYSTÈME ?

- Problèmes personnels ---  
Problèmes publics (1850)
- Folie et Justice (---1948)
- Maladie et santé
- Comment?
  - **Idées au niveau institutionnel**
  - **Intérêts au niveau institutionnel**
  - **Idées et intérêts au niveau local**
- Conséquences - limites du système
- Conséquences - intersections



# COMMENT ? LES IDÉES AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

## L'ÉCOLOGIE DE LA SANTÉ MENTALE

### **DES IDÉES/PRATIQUES INNOVANTES**

1909: US-Comité National Santé Mentale

### **MOUVEMENTS SOCIAUX & PROFESSIONNELS RÉFORMISTES**

League Belge de Santé Mentale

1923: création cliniques de santé mentale

1966: groupe de travail statuts

### **COALITIONS DE FAIT**

1974: Min. De Saeger-Dr S. Halter

« *Des penseurs progressistes* » - OMS

« *Je pense qu'aujourd'hui, la santé mentale est comme un iceberg, vous voyez une petite part de celui-ci et la plus grande part est toujours cachée sous l'eau ... Ces personnes avec d'autres troubles qui ne nécessitent pas spécialement d'intervention psychiatrique, ceux qui ont des problèmes de comportement, comme les alcooliques...* » (Discours Dr Halter)

### **PROJETS POLITIQUES NOVATEURS**

Traitement actif des patients psychiatriques, activités de prévention, coordination, réduction du nombre de lits psychiatriques et destigmatisation des problèmes de santé mentale

## COMMENT ? LES IDÉES AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

### L'ÉCOLOGIE DE LA RÉHABILITATION

#### **DES IDÉES/PRATIQUES INNOVANTES**

La réhabilitation psychiatrique (en France)/réhabilitation en Belgique

#### **MOUVEMENTS SOCIAUX & PROFESSIONNELS RÉFORMISTES**

La fondation Julie Renson, les Dr Paul Silvadon (ULB) et Amiel (spécialiste de la réhabilitation psychiatrique en France)

#### **COALITIONS DE FAIT**

Conférence organisée par la Fondation  
Invitation du Dr Halter (Ministère de la santé publique)  
1959: projet pour l'organisation de la psychiatrie communautaire  
Année mondiale de la santé mentale (OMS-fédération pour la santé mentale)

« L'équipe » et les conventions INAMI

#### **PROJETS POLITIQUES NOVATEURS**

Fin des années 1980: Profs Groot et Breda: des dispositifs ambulatoires offrant des soins psychiatriques dans le milieu de vie

## COMMENT?

### LES INTÉRÊTS ET LE NIVEAU INSTITUTIONNEL

#### **Le moment de la transposition comme une zone d'ombre**

*« La loi sur les hôpitaux est une loi cadre. Du coup, chaque initiative politique nécessite qu'un AR vienne modifier cette loi. Ça valait notamment pour les IHP et les MSP. Et que se passe-t-il? Le ministre fait un projet d'arrêté avec son administration. Généralement, ils proposent des projets très cohérents. Ensuite, ces projets sont soumis à des organes de conseils plus ou moins formels, les lobbies s'activent et le projet est plus ou moins démantelé. Ça donne lieu à des solutions de compromis. »*

(Entretien, conseiller politique, 2012)



## COMMENT?

### LES INTÉRÊTS ET LE NIVEAU INSTITUTIONNEL

#### Choisir de ne pas choisir: des réformes hésitantes

– Le cas de la création de l'écologie de la santé mentale

« Le service public, qui était obligé de considérer à la fois **les intérêts des institutions privées**, les **exigences des services de santé mentale** existants, et la nécessité de développer un **système intégré** comparable à ce qui a été fait dans **d'autres pays**, a opté pour un **assemblage** entre des **éléments hétérogènes**. Au lieu de stimuler un changement global, en réformant l'ensemble du système psychiatrique, le gouvernement a décidé de réaliser des **réformes séparées des secteurs résidentiels et ambulatoires** » (Boffa 2001)

« En instaurant des **équipes psycho-médico-sociales**, on a évité le problème d'implémenter un seul pouvoir organisateur, comme cela a été fait dans d'autres pays » (Orenbuch 1981)

**1974:** HP-création  
des services A et T

**1975:** CSM

**1976:** HP-nombre de  
lits/habitants

## COMMENT?

### LES INTÉRÊTS ET LES IDÉES AU NIVEAU LOCAL

#### 1. Développement et spécialisation locale

*« Les espoirs des promoteurs de la nouvelle politique n'ont pas été réalisés...En d'autres termes, il n'y a pas de psychiatrie intégrée en Belgique pour le moment! Les accords de coopération entre services de santé mentale et hôpitaux psychiatriques sont des réponses formelles qui ont si peu de sens pratique que les travailleurs des services de santé mentale en ignorent l'existence » (Orenbuch 1981)*

- **augmentation** du nombre de services de santé mentale: +25 suite à la réforme
- une **nouvelle conception de la prévention** - suivi psycho-social
- **spécialisation**: groupe cible, régions, équipe

## COMMENT?

### LES INTÉRÊTS ET LES IDÉES AU NIVEAU LOCAL

#### 2. Reconvertir: conservation-ajustement structurel

- Initiatives d'Habitations Protégées et Maisons de Soins Psychiatriques
  - hôpitaux psychiatriques, CSM et conventions INAMI
  - des idéologies et pratiques professionnelles différentes

#### 3. Expérimenter: participer-spécialisation locale

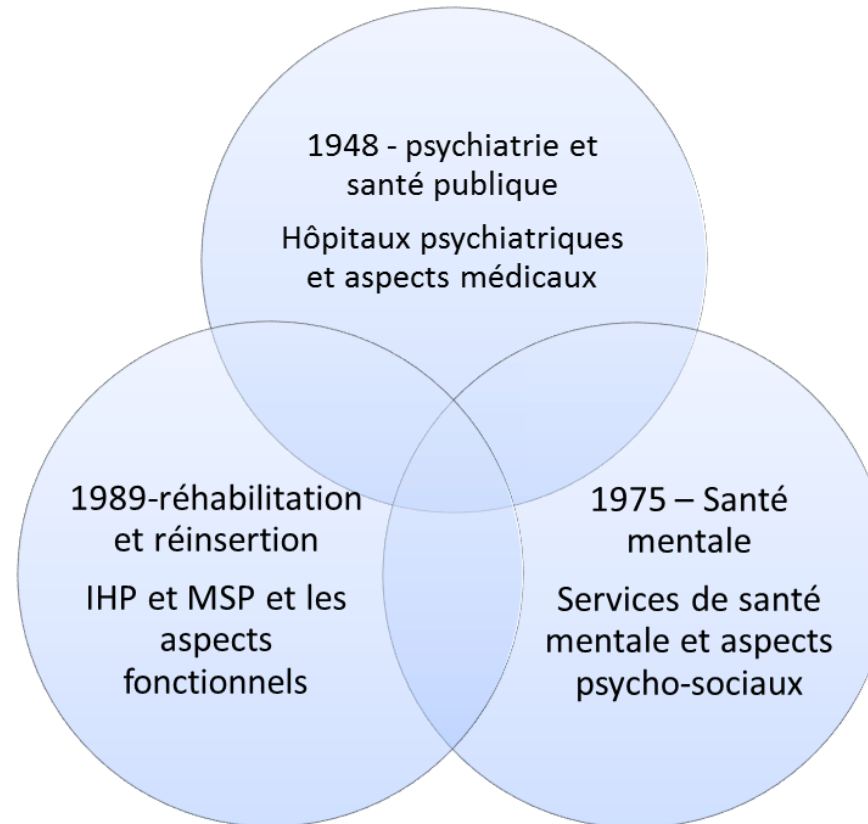
- Les projets thérapeutiques

*« Nous étions évidemment intéressés par les projets thérapeutiques, parce que les hôpitaux sont de plus en plus amenés à s'ouvrir au monde extérieur. Nous avons déjà les SPAD, donc les PT nous donnaient une nouvelle opportunité de rester impliqués dans ce changement et de tester à nouveau les conditions de travail dans l'ambulatoire ».*

(Entretien avec un directeur d'hôpital, 2009)

# POUR QUOI?

- Elargissement du système
- Spécialisation
- Segmentation et complexification



- Système hétérogène (différentes écologies-différenciation externe)
- Ecologies complexes (différenciation interne)

**Développement contingent  
d'un système spécialisé, segmenté et complexe**

ET MAINTENANT?

« VERS DE MEILLEURS SOINS DE SANTÉ MENTALE PAR LA  
RÉALISATION DES RÉSEAUX ET CIRCUITS DE SOINS »

**SOURCES  
INTERNATIONALES**

**SOURCES  
NATIONALES**

**SOURCES LOCALES**

« Je crois qu'il y a la rencontre d'une autre psychiatrie, car il ne faut pas oublier que les ministres sont allés voir ensemble ce que c'était, notamment à Birmingham. C'est un élément qui ne me semble pas anodin, que des ministres, ensemble, aient l'occasion de faire cette démarche d'aller voir ce qui se fait ailleurs, c'était le point de départ de quelque chose de plus ambitieux. » (Entretien Fed1 -2012/02)

« La réforme devait débuter en 1997, mais nous avons du attendre jusqu'en 2002 pour avoir une première déclaration conjointe, celle-ci a été modifiée en 2004, et nous avons encore du attendre jusqu'en 2009, quand la conférence interministérielle a dit: OK! Nous allons commencer maintenant! »

(Entretien Fed2-2012)

« Ces groupes de travail nous ont permis de mettre ... en place une pratique de travail en réseau par le détachement de référents issus des structures partenaires qui ont ainsi opéré avec la coordination, en mettant en commun d'une part des pratiques (ressources) mais qui ont aussi abouti à un consensus (procédure) d'utilisation d'une même méthodologie (le Plan de Programme Individualisé et le Plan de Service Individualisé) ». (Confluences, 2006, 15:38)

## « Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins »

### GÉRER LA ZONE D'OMBRE AU NIVEAU INSTITUTIONNEL: ÉCRIRE LE GUIDE

Nos discussions ont concerné chaque mot, parfois on se concentrait sur des questions de traduction, mais ce ne sont pas de simples mots, ce sont des concepts qui expriment quelque chose! C'étaient des questions de nuances, un travail minutieux...(Entretien, Reg1, 2014/02)

Le challenge était: comment écrire un projet équilibré, à la fois assez large pour permettre la participation de services très différents et spécifiques, et assez précis, afin de s'assurer du respect de la philosophie globale de la réforme » (Entretien Fed1 2012/02)

« Il y a quand même un élément qui n'est pas banal, le guide c'était pour le 26 avril, le jour de la chute du gouvernement, donc le 21 mai, on était dans les affaires courantes, on était dans la crise, donc ce n'était pas mauvais de travailler sur un dossier fédérateur, associant l'ensemble des autorités. On ne se rendait pas compte qu'on allait travailler longtemps dans ces conditions-là, mais on l'a fait » (Entretien, Fed1 2012/03)

« VERS DE MEILLEURS SOINS DE SANTÉ MENTALE PAR LA  
RÉALISATION DES RÉSEAUX ET CIRCUITS DE SOINS »  
**RÉGULER LA MISE EN ŒUVRE LOCALE:**  
LES EXEMPLES DU COACHING ET DE LA FORMATION

« On ne va pas pouvoir former tous les travailleurs de toutes les EM de Belgique, mais c'est aussi dans une optique de formation de formateurs. Ceux qui vont aller en stage à l'étranger, on espère que ce sont les bonnes personnes qui vont pouvoir capitaliser et transférer vers les autres travailleurs. (Entretien Fed1, 2012/03)

« Ils sont dans une position difficile les coordinateurs. A certains moments, si on met trop de pression, on risque de les voir s'effondrer, ce qui ne serait pas impossible, et d'autre part, il faut quand même qu'ils respectent un certain nombre de choses. Mais on essaie de gérer cela au travers du coaching, principalement. Mais je ne sais pas quel est le pouvoir, enfin ce n'est pas une question de pouvoir, mais la capacité que l'on a à pouvoir récupérer cela par rapport au poids du promoteur employeur. » (Idem)



## « VERS DE MEILLEURS SOINS DE SANTÉ MENTALE PAR LA RÉALISATION DES RÉSEAUX ET CIRCUITS DE SOINS »

- **Traduction du projet politique global au niveau local:**
  - Services et institutions (du global au local)
  - Intervenants de première ligne (du local au local)
- **Traduction: caractère stratégique de connaissances locales**
  - Types de connaissances (scientifiques/profanes, médicales/sociales) et détenteurs (psychiatres, aide familiales...)
  - Formes de connaissance: ***embodied, inscribed, enacted***
  - Statut à priori égal des connaissances/ focus sur les défis: les exprimer, collecter, communiquer



## « VERS DE MEILLEURS SOINS DE SANTÉ MENTALE PAR LA RÉALISATION DES RÉSEAUX ET CIRCUITS DE SOINS »

### DU NIVEAU INSTITUTIONNEL AU NIVEAU LOCAL: TRADUIRE & INSCRIRE – DES DOCUMENTS, DES RÉUNIONS

**G**uide  
vers de meilleurs soins  
en santé mentale

par la réalisation de circuits  
et d'

#### L'importance des connaissances et des stratégies locales

« En Angleterre, j'ai participé à la fermeture d'une énorme institution psychiatrique. J'ai alors pris conscience que c'était beaucoup plus difficile d'aider les gens à réintégrer la société à partir de traitements résidentiels: si tu veux aider les gens à retourner dans la société, tu dois bouger, pour travailler avec les gens dans la communauté... Nous avons attendu longtemps pour cette réforme, mais ça aurait été plus simple si la décision politique était plus radicale... Mon espoir avec cette réforme est qu'on trouve un équilibre entre les soins résidentiels et les soins communautaires... » (Entretien P8 02/2012)

« Cette réforme implique une transformation radicale des équipes hospitalières. Actuellement, l'organisation de l'hôpital n'a rien à voir avec le travail communautaire. Donc nous avons à nous concentrer sur deux choses: offrir des soins intensifs à l'intérieur de l'hôpital, et développer notre activité à l'extérieur de l'hôpital... » (Discours P2 01/2011)

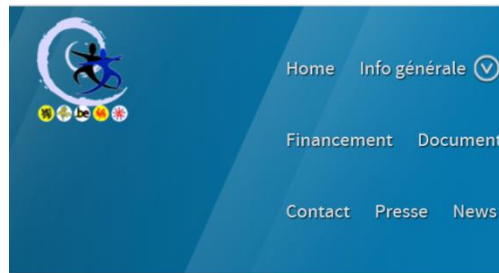


- Fusion Liège
- Hainaut Occidental - CRP Les Marronniers
- Réseau Santé Namur
- Région Hainaut (Mons, Leuze en Hainaut & Wez-Velvain)
- Réseau Santé Mentale Arrondissement de Verviers
- Réseau de la Région du Centre - Manège

« VERS DE MEILLEURS SOINS DE SANTÉ MENTALE PAR LA RÉALISATION  
DES RÉSEAUX ET CIRCUITS DE SOINS »

**DU LOCAL (SERVICES ET INSTITUTIONS) AU LOCAL (INTERVENANTS DE  
PREMIÈRE LIGNE) : (re-)Traduire & Inscrire**

- des **documents** (charte de réseau)
- des **réunions** (opérationnalisation des fonctions)



Dossiers Version 2 - Wallonie

- Fusion Liège
- Hainaut Occidental - CRP Les Marronniers
- Réseau Santé Namur
- Région Hainaut (Mons, Leuze en Hainaut & Wez-Velvain)
- Réseau Santé Mentale Arrondissement de Verviers
- Réseau de la Région du Centre - Manage



## Reconstruire la F1 au niveau local: situation et méthodes de travail

- R-CSM1: « à l'exception de la prévention, les missions associées à la fonction1 correspondent au Décret qui organise nos services: détection précoce, diagnostic et suivis individuels en partenariat avec le réseau: ce sont des aspects de notre mandat »
- R-CSM2: « le concept de prévention a différents sens, je pense que ça ne fait pas partie de nos missions, et je préfère parler d'accessibilité effective. Nous sommes ancrés dans la communauté et nous sommes en contact avec des personnes qui ont besoin d'aide pour exprimer leur besoins de santé mentale. Je crois que l'accessibilité devrait être une ère de travail »
- R-MaisonsMed: « Nous avons une vision globale des patients, nous pourrions les aider à prendre la décision de se rendre au CSM »
- R-ServicesSoc: « Nous pourrions contribuer à la détection précoce, nos services sont situés à différents endroits dans la ville, et nous sommes en contact avec des personnes qui ne sont pas nécessairement dans le système de soins »
- R-AideDom: « Nos travailleurs sont basés dans l'environnement de vie et ils connaissent la vie quotidienne des personnes. Ils pourraient contribuer à la détection. Mais ils ne connaissent pas le système de soins de santé mentale, il faut les informer à ce sujet. »

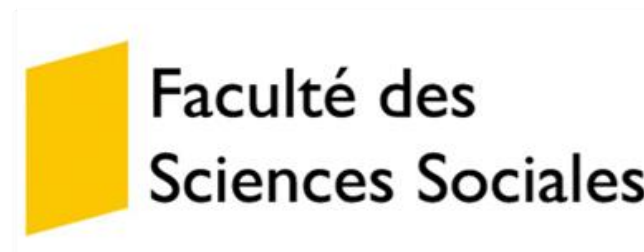
## De la division du travail au partage du pouvoir

- Un psychiatre responsable des équipes mobiles (EM): les EM sont destinées aux patients qui ont un diagnostic psychiatrique!
- AssocUsagers: « les psychiatres ne sont pas les seuls à décider qui sont les patients psychiatriques! »
- InfirmierHP: « nous avons déjà travaillé avec des EM, le boulot consiste simplement à offrir un suivi individuel avec un traitement médical léger et en se focalisant sur la reconstruction de conditions de vies adéquates, y compris la participation à des activités collectives... »
- Psychiatre: « mais ce qui est nouveau avec cette réforme, ce sont les EM!!! »
- R-CSM: « cette réforme dépasse largement le développement des EM! Il s'agit d'une approche totalement différente des patients, et d'une organisation différente de l'ensemble du système »
- Infirmier HP: « Nous sommes en train de tenter d'implémenter un modèle communautaire à partir d'une logique hospitalière... Ces débats sont inévitables car les grands pôles de la psychiatrie se rencontrent, et ces pôles ont des conceptions très différentes de ce qu'est la psychiatrie. J'ai travaillé à la fois dans le résidentiel et le communautaire, et je voudrais faciliter vos discussions... »
- R-CSM: « Au cours des dernières décennies, les choses ont considérablement changé, beaucoup reste à faire et c'est pour cela que nous sommes là, mais la psychiatrie résidentielle a fait de gros efforts pour s'ouvrir à la communauté »

Merci pour votre attention

Sophie Thunus

Sophie.thunus@ulg.ac.be



# QUESTIONS / RÉPONSES

# ATELIERS



- 
- 
- Atelier 1 : Dispositifs collectifs
  - Atelier 2 : Pratiques « hors les murs »
  - Atelier 3 : Psychiatrie en SSM : hospitalité et temporalité
  - Atelier 4 : Pratiques de collaborations et continuité des soins
  - Atelier 5 : Evaluation des pratiques avec les usagers
  - Atelier 6 : Les activités dites « accessoires », accessoires pour la clinique ?



# Conclusions

Brigitte BOUTON

Inspectrice générale

DGO5 - SPW