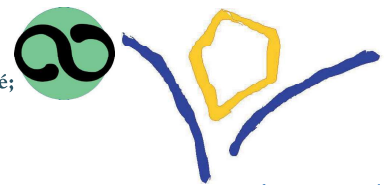


Sommaire

- Page 1: Le mot de l'Administrateur-Délégué; Sommaire
- Page 2: Activités intéressantes à Bruxelles; Petites annonces; Coin poésie
- Page 3: Éditorial
- Page 4: Thème central: Les Équipes Mobiles à Bruxelles
- Page 5: Thème central: EM Combo; Ours
- Page 6: Thème central: EM Précarité; CMI Maya
- Page 7: Interview: EM Dionysos
- Page 8: Témoignage: Une infirmière de rue; Témoignage: Une personne suivie par une équipe mobile
- Page 9: Lieux de Bruxelles 2: L'ancienne «Maison des Insensés, Sempelhuys ou Dulhuys»
- Page 10: Thème brûlant: Immersion aux urgences psychiatriques du CHU Saint-Pierre
Nouveau thème : La question du diagnostic
Interview : La question du diagnostic vue par un psychiatre
- Page 11: Témoignages : Le diagnostic vécu par deux patientes
- Pages 12: Lettres de nos lecteurs: Thomas nous écrit



www.pfcsm-oppg.be



N'ouvrez pas ce journal!
Il parle de santé mentale!

Les actualités en santé mentale
et Covid-19!
santementale.brussels/covid.php

Que choisissons-nous de nourrir en nous ?

A son petit-fils en colère suite à une dispute avec son meilleur ami, un vieil Indien de la tribu des Cherokees raconte un jour cette histoire, celle d'un combat intérieur. Il lui dit qu'il existait en lui une rivalité terrible entre deux loups. L'un est mauvais, il n'est que colère, avidité, tristesse, regret, culpabilité, ressentiment. L'autre est bon, qui n'est que joie, paix, amour, sérénité, humilité, générosité...

« Lequel des deux loups va gagner ? », demande le petit-fils.

Et le grand-père de répondre : Celui que tu choisis de nourrir.

Dans le tumulte de notre époque, face à l'accélération des choses, nous sommes invités chaque jour au discernement. Ce que nous nourrissons en nous va grandir. Prenons du temps pour nous relâcher, pour méditer, pour nous reconnecter à l'essentiel en nous. Ajustons-nous à nous-mêmes et retrouvons en nous ce qui fait sens et alimente notre source de vie.

Nourrissons notre bienveillance.

Luc Detavernier



Activités intéressantes à Bruxelles



Groupes de paroles au Funambule

Le Funambule est une association sans but lucratif dont le but (repris au Moniteur Belge) est : « d'offrir aux personnes vivant avec un trouble bipolaire et leurs proches un lieu d'écoute, d'échange et d'information, par l'organisation et la coordination de groupes d'entraide entre autres mais pas exclusivement ». Notre raison d'être est de permettre la rencontre et l'entraide entre personnes concernées, de près ou de loin, par les troubles bipolaires. Vous êtes les bienvenus à participer à un groupe de parole en vidéo-conférence ouverts aux personnes vivant avec un trouble bipolaire ainsi qu'à leurs proches.

Dates des prochains groupes de parole en ligne:

Inscription via <https://bipolarite.org/groupes-parole-ligne/>

Pour plus de convivialité et une écoute attentive, le nombre maximal de participants à chaque séance est fixé à 10. Par ailleurs, pour offrir l'occasion à un maximum de personnes d'y prendre part, nous vous serions reconnaissants de ne vous inscrire qu'à un groupe par mois.

Lundi 1er mars : De 14h30 à 16h30. Animé par Lula et Dany.

Jeudi 4 mars : De 19h30 à 21h30. Animé par Cécile H. et Cécile P. Formulaire d'inscription.

Lundi 15 mars : De 14h à 16h. Animé par Nathalie et Steve. Formulaire d'inscription.

Mercredi 17 mars : De 19h30 à 21h30. Animé par Eléonore et David

Groupes de paroles à Bruxelles (Jette):

Nous organisons de groupes de parole à Jette chaque 1ers mardis du mois de 16h30 à 18h30. Accueil dès 16h15.

Ceux-ci sont facilités par Jean-Marc Priels, psychologue clinicien et psychothérapeute dans l'Approche centrée sur la personne.

Adresse :

Avenue de Sermon, 93
1090 Bruxelles (à proximité de la place du Miroir)

Prochaines dates :

Mardis 2 février, 2 mars, 6 avril, 4 mai, 1er juin, etc.

Inscription :

Pour l'instant, nous ne prenons pas de nouvelles inscriptions au vu de la situation sanitaire. Merci de votre compréhension.

Infos COVID :

Concernant les groupes de parole présentiels, les consignes de base adoptées par Le Funambule à la date du 18/10/2020 visent à sécuriser chacun dans sa démarche et dans son choix d'avoir été présent.

Elle sont les suivantes :

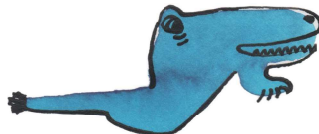
- le nombre maximal de personnes est de 10 en ce y compris les facilitateurs
- aérer les locaux avant et après la réunion,
- veiller à ce que chacun porte un masque dès son entrée dans le bâtiment
- le port du masque est obligatoire pendant toute la durée de la séance
- utiliser du gel hydroalcoolique
- respecter la distanciation sociale de 1,5m entre les participants
- penser à noter les numéros de téléphone, mail de chaque participant en respectant la confidentialité

Au préalable à la séance, en complément de la charte, il est utile de rappeler à chacun qu'il est sage de se retirer du groupe s'il avait

récemment manifesté des symptômes ou qu'il avait récemment fréquenté une personne positive ou susceptible de l'être.

Au terme de la séance, il est utile de demander à chacun qui présenterait des symptômes durant la semaine qui suit d'en informer le responsable du groupe. Ces règles de prévention ne surpassent en aucun cas celles de l'institution ou du lieu dans lequel se déroule le groupe de parole. Les groupes présentiels du Funambule respecteront en primeur les règles établies par les institutions ou lieux qui les accueillent.

Ces règles tiendront compte des injonctions futures du Conseil National de Sécurité. Le nombre de 10 personnes pourrait varier.



J'existe

Je ne suis peut-être qu'un point
Sur l'horizon lointain
Peut-être qu'un petit ver
Dans le grand univers
Mais même étant petit
Je suis quand même en vie
Malgré tout j'existe

Car malgré tout je vis
Et malgré tout je ris
Malgré tout je chante
En remontant la pente
Et bien qu'étant qu'éphémère
Sur cette planète terre
Au moins j'en profite
Car malgré tout j'existe

Amanda

Petites annonces



Canaux de communication PFCSM

La PFCSM met à votre disposition deux nouveaux canaux de communication : désormais une page Twitter et une page Facebook sont mises à votre disposition pour le relais d'articles intéressants, d'offres d'emploi ainsi que toute l'actualité sur la PFCSM et le secteur de la santé mentale. N'hésitez pas à vous abonner à notre compte Twitter et à « liker » notre page Facebook !

Sur Twitter : @PfcsmO

Sur Facebook : PfcsmOppg (à ne pas confondre avec la page Facebook « Brussellovessantementale », la page Facebook de l'initiative du groupe Interface de la PFCSM). Attention, vous devez être membre de Facebook pour pouvoir accéder à la page.

Pour rappel, notre newsletter mensuelle reprend toute l'actualité de la PFCSM et du secteur de la santé mentale. Toutes ces informations sont également disponibles sur notre site. Voici le lien pour vous y inscrire : <http://pfcsm-oppg.be/actual>

L'espoir fait vivre

Un grand fléau ronge l'humanité
Les hommes y succombent par milliers
A l'ère où la variole est supprimée
Un autre danger est arrivé
Les gens ne savent plus à qui parler
Ils sont en train d'agoniser
La population s'est renfermée
A tel point que la mort vient la chercher
Les experts essaient de se l'expliquer
Les médecins tentent de contrecarrer
Mais les statistiques ne cessent de montrer
Que les décès se sont multipliés
Et des familles sont endeuillées
Mais l'espoir ne peut pas manquer
Cette tendance peut être inversée
Lorsqu'on parvient à communiquer
Parmi nos proches se réfugier
Et surtout ne pas banaliser
Le mal-être dans lequel on s'est trouvé
Car la vie, bien que difficile – c'est sacré !

Amanda

Cellule PsyCovid

Une cellule pour soutenir et accompagner psychologiquement les personnes touchées de près ou de loin par cette crise.

La crise sanitaire que nous traversons impacte sévèrement tout le secteur des soins de santé.

La COVID-19 peut atteindre les jeunes ou moins jeunes de façon extrêmement sévère sur le plan médical.

Parallèlement, le contexte économique et social, auquel s'ajoute le confinement, touche un grand nombre de personnes sur le plan psychologique. Oser demander de l'aide est donc tout à fait légitime.

A qui cette Cellule s'adresse-t-elle ?

A toute personne touchée de près ou de loin par la pandémie, à savoir les personnes ayant perdu un proche de la Covid-19, les personnes ayant été infectées elles-mêmes, les soignants, les personnes souffrant du confinement (perte

d'emploi, souffrance au travail, télétravail, difficultés familiales, de couple, isolement, perte de repères, problèmes financiers, ...).

Mais également à toute personne se retrouvant dans l'une de ces situations liées à la crise sanitaire :

- Dépression / Affects dépressifs
- Anxiété
- Augmentation de la consommation d'alcool, de tabac, de stupéfiants (conduite addictive)
- Difficulté de sommeil
- Violences conjugales et/ou intra-familiales
- Idées suicidaires
- Perturbation du comportement alimentaire
- Trouble de l'évitement
- Phobies
- Repli sur soi / sentiment de solitude
- Burn-out parental

Nous contacter

Consultations de psychologie sur rendez-vous
02/434 81 04

Service de psychologie, 1er étage, desk 5.

Coordinatrice du projet

Sarah KATZ, psychologue/psycho-traumatologue

Plus d'info : <https://chirec.be/fr/centres/556000-cellule-psyCovid/>

Votre proche souffre de schizophrénie ou de troubles apparentés ?

- Vous vous questionnez sur la maladie de votre proche
- Vous êtes à la recherche d'informations sur cette maladie, son évolution, son pronostic, ses traitements
- Vous vous sentez démunis face aux réactions de votre proche
- Vous avez du mal à communiquer avec lui

le jeudi 3 juin 2021
entre 18h00 et 20h00

Rue de l'Association, 15, à 1000 Bruxelles

Venez vous informer sur le

programme
ProFamille

18h00 Accueil

18h15 Présentation du module profamille

19h30 Rencontre avec les familles

20h00 Drink

Accueil :

Luc Detavernier
Administrateur-Délégué de la Plateforme
Bruxelloise pour la Santé Mentale

Présentations :

Stéphanie Lemestré
Coordinatrice internationale et responsable
du ProFamille Belgique

Événement Gratuit

Inscription souhaitée pour le
vendredi 14 mai 2021 au plus tard:

info@pfcsm-oppg.be
02 289 09 60



Éditorial

Parmi l'entière du règne animal, l'être humain est le champion de l'adaptation. Le singe nu que nous sommes est parvenu à s'adapter à tous les environnements de la planète et a survécu à tout ce que la nature a bien pu lui mettre en travers du chemin jusqu'à présent.

S'il nous a fallu environ 3 millions d'années à maîtriser le maniement des premiers outils en pierre, il n'y a que 10.000 ans que nous sommes sédentaires, que nous avons découvert l'agriculture et... une démographie galopante.

De là, il ne nous a pris « que » 6.000 ans pour passer définitivement de la pierre à un métal. D'abord le cuivre, puis le bronze et finalement le fer, avec tout ce que ces découvertes et inventions ont bien pu nous apporter comme bienfaits, mais aussi comme malheurs.

De l'invention de l'écriture à la chute de l'empire romain, on compte 3.500 ans, le Moyen-Âge, lui, n'en compte que 1.000 et il est suivi par les Temps Modernes qui ont duré moins de 300 ans. Arrive l'époque contemporaine dans laquelle nous nous trouvons encore.

Et dans celle-ci, que de changements, de transformations, de découvertes et d'inventions ont changé notre entourage. Particulièrement depuis la fin de la seconde guerre mondiale (mais déjà bien avant), notre mode de vie a changé radicalement. Et ces changements, comme les époques évoquées ci-dessus, se suivent à un rythme de plus en plus effréné. L'électricité, la « révolution verte », les transports internationaux de plus en plus performants, l'énergie atomique, le transistor, la transmission de sons et de données par ondes radio, l'informatique, le laser, les rayons X, l'Internet, la génétique, les LED, etc. etc. etc.

Une personne de 50 ans d'âge qui serait transplantée de l'époque victorienne à aujourd'hui ne reconnaîtrait plus rien de sa vie, de ses mœurs, de ses croyances et certitudes.

En la moitié de la durée moyenne d'une vie humaine, au niveau de la communication, nous sommes passés de la lettre écrite et du télégramme, au téléphone, puis à la messagerie électronique, suivie par la téléphonie mobile



(1981), le SMS (1993), à tout ce que la 4G (2016) et les applications connectées sur nos ordinateurs et smartphones nous permettent d'utiliser : Facebook, Messenger, Discord, Snapchat, Skype, Viber, WhatsApp et dernièrement Signal. A cela, il faut rajouter le nombre grandissant de moyens de paiement électronique, etc.

La vitesse sans cesse croissante de choses nouvelles que nous sommes obligés d'apprendre ou de digérer mentalement, est telle qu'il devient de plus en plus difficile de suivre le cap, surtout pour ceux qui n'ont plus vingt ans. Le fait est que la technologie permet de faire un nombre incalculable de choses et que, l'être humain étant ce qu'il est, il se sent forcé de vraiment faire toutes ces choses, même si celles-ci ne lui apportent pas toujours que du bien.

On parlait, et en vérité on parle malheureusement encore, des personnes illettrées. Aujourd'hui, se rajoute à cet énorme handicap le « fossé numérique » qu'il faut combler à tout prix.

D'où vient donc cette vitesse accrue dans l'évolution de notre société de la technologie ?

Elle semble suivre en bonne partie la population humaine. On estime en général que 80 à 106 milliards d'êtres humains sont nés depuis l'origine de l'humanité. Il y a 500.000 ans, la terre comptait moins de 500.000 d'habitants. A la naissance de l'agriculture, la population mondiale se situait aux alentours de 5 millions.

A l'époque de l'Empire Romain, des estimations font état de 45 millions de personnes de l'Espagne à l'Asie mineure. Vers 1650, on grimpe à 500 millions, puis le milliard est franchi au début du 19ème siècle.

Depuis 1800, le phénomène s'est encore accentué plus fortement : 2 milliards de personnes en 1930 (130 ans après), et en seulement 13 ans, nous sommes passés du 5ème milliard (1987) au 6ème milliard (1999). On calcule que 365.000 bébés naissent chaque jour dans le monde, soit 4,2 bébés par seconde. D'un autre côté, seules 155.000 personnes meurent, ce qui donne un solde positif de 210.000 nouveaux humains par jour, soit l'équivalent de la population d'Uccle et de Schaerbeek réunis toutes les 24 heures. Là, maintenant, au moment de l'écriture de cette phrase de l'article, nous sommes à 7.747.332.000 sur cette planète.

Et comme nous le savons, il y a simplement plus dans 7,7 milliards de têtes que dans 5 millions. Qui plus est, les 7,7 milliards ont cent mille fois plus de ressources à leur disposition pour trouver de nouvelles idées et les transmettre.

Résultat ? Une croissance exponentielle de nouveautés dans tous les domaines (im)possibles et (précédemment) inimaginables.

Et l'humain dans tout cela ?

L'humain n'a simplement plus le temps de s'adapter, de suivre, d'apprendre ou simplement de choisir.

Je ne me sens plus du tout en adéquation avec le monde qui m'entoure !

Je me suis toujours targué de connaître au



moins les principes scientifiques ou techniques sous-jacents à tous les appareils que j'utilise quotidiennement. C'est encore le cas, mais j'avoue que cela devient de plus en plus difficile.

De la complexité de notre société et son impact sur notre santé mentale.

De plus en plus de personnes ne se sentent plus du tout en adéquation avec le monde qui les entoure parce que sa complexité les dépasse, parce qu'ils n'arrivent plus à suivre, parce que les valeurs qui leur ont été inculquées depuis la tendre enfance ne valent plus grand-chose, parce que, parce que, parce que, ... les raisons sont légion mais tendent vers un point commun expliqué plus haut.

Le bon vieux dicton d'antan qui disait « vérité en deçà des Pyrénées, erreur au-delà » doit être révisé : « vérité hier, erreur aujourd'hui ».

Et le fait d'être constamment forcé à s'adapter au changement devient souvent une forme de violence mentale ou émotionnelle. Toujours aller de l'avant, de plus en plus vite, sans répit, sans pouvoir vraiment souffler, est bien plus qu'épuisant, c'est épuisant.

Comme pour la Novlangue d'Orwell dans 1984, des mots qui voulaient dire une chose hier (« patient » ou « femme d'ouvrage ») n'ont plus le même sens aujourd'hui ou ne s'utilisent plus car remplacés par une version plus « politiquement correcte » et édulcorée pour ne surtout déranger personne (« usager », « client » ou « technicienne de surface »). Non, « l'ignorance » n'est pas « la force ».

Nous avons invité dans notre vie un bon nombre de « big brothers » et nous les laissons nous surveiller : Google, Facebook et tant d'autre en savent souvent plus sur nous-mêmes que nos partenaires de vie. La vie privée, telle que nous la connaissions et l'imaginons encore n'existe plus depuis belle lurette. Pourtant, nous cliquons tous les jours sur des boutons pour accepter des cookies et passons sans nous en soucier sous un nombre impressionnant de caméras de surveillance.

« Doublepensée » est un autre terme inventé par George Orwell. Il parle de la capacité d'une personne à accepter simultanément deux points de vue opposés et ainsi mettre en veilleuse tout esprit critique.

Émettre de toute bonne foi des mensonges soigneusement agencés.

Répudier la morale alors qu'on se réclame d'elle.

Savoir pertinemment bien qu'un homme politique est dangereux pour un pays et tout faire pour le maintenir au pouvoir.

Se fier au RGPD et utiliser un navigateur qui vous espionne.

Un graphisme de « pouce vers le haut » très positif rempli de gros mots bruxellois pas très roses.

L'un des moyens de se protéger est le fait d'adopter une posture réactionnaire : orthodoxie ou extrémisme religieux, xénophobie, homophobie, luddisme, technophobie et tutti quanti.

« C'était mieux avant ! »

Et si tout cela devient trop complexe ? Si la personne ne parvient plus à suivre ?

Une déprime ? Une dépression ? Un burnout ? Ou la continuation d'un « simple » malaise général ressenti depuis fort longtemps ?

Oui, la complexité de notre monde doit avoir un impact sur notre santé mentale.

Mais de là à savoir quantifier exactement cet impact, lui donner un ou plusieurs noms, voir des diagnostics, c'est entièrement une autre question.

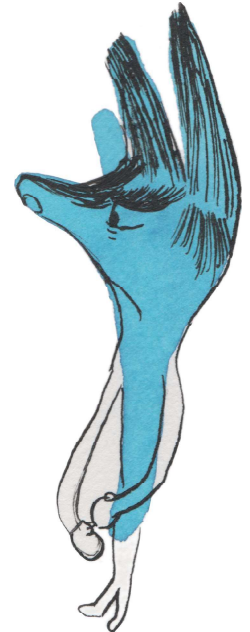
En ce qui concerne ce numéro de Schieve Niouz :

Le thème central de notre 4ème numéro est « Les Équipes Mobiles de Bruxelles ». Elles représentent un grand changement dans l'approche de la relation classique patient/soignant.

Nous renouons avec un rythme de publication trimestriel, malgré la continuation de la crise sanitaire qui rend tout plus difficile. Du trimestriel, nous avons dû passer en 2020 au semestriel et revenons aujourd'hui, dans un mouvement très réactionnaire, au trimestriel.

Bonne lecture !

René Bartholemy pour le Comité de Rédaction (7.747.354.200 humains sur la planète à la fin de la rédaction de cet éditio)



Révolution Verte:

La "révolution verte", qui débute juste avant et au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, a engendré une très forte augmentation des rendements des cultures agricoles. Cet essor est attribuable à la combinaison de trois facteurs : l'utilisation de semences "sélectionnées" appartenant à des variétés à haut rendement ; l'apport d'engrais et produits phytosanitaires et un contexte politique favorable de régulation des marchés.

RGPD:

Le « Règlement général de protection des données » est la réglementation de référence en matière de protection des données au niveau européen.

Réactionnaire:

Qui se montre partisan d'un conservatisme étroit ou d'un retour vers un état social ou politique antérieur. Retour à la situation d'avant.

Luddisme:

Mouvement ouvrier de l'époque de la révolution industrielle, opposé à l'utilisation accrue de machines pour protéger emplois et bien-être.

Thème central: Les Équipes Mobiles à Bruxelles



Les équipes mobiles et leur implication dans le paysage de soins à Bruxelles

À travers ce court article, nous vous présenterons les équipes mobiles, leurs origines mais aussi leurs spécificités dans le paysage d'offre de soins en santé mentale.

Qu'est-ce qu'une équipe mobile ?

L'expression « *équipe mobile* » est utilisée dans de nombreux contextes de soins.

En effet, se sont développées des équipes mobiles de soins palliatifs, de gériatrie, de psychiatrie.

Elles sont nombreuses et leurs définitions diffèrent énormément suivant la philosophie de travail qu'elles dégagent et dont elles s'inspirent.

Les équipes mobiles en psychiatrie font partie de l'évolution des soins proposés en santé mentale dans le mouvement de « *désinstitutionnalisation* ». Le modèle des équipes ACT (*Assertive Community Treatment*) a été « *copié* » dans de nombreux pays depuis les premiers écrits présentés par Setine et Test dans les années 80 aux Etats-Unis.

Avec les équipes mobiles, le domicile ou le lieu de vie devient un « *lieu d'intervention* », un lieu de soin dont le but est de favoriser la vie dans la communauté par un accompagnement pluridisciplinaire.

Il nous semble important de rappeler que l'habitation est à elle seule un déterminant de lien social. Au départ de son logement la personne peut créer un lien avec son voisinage, et ce lieu lui permet aussi d'avoir une place dans la société, dans un quartier, dans une communauté (Morin, Baillergeau, 2008)¹.

L'origine des équipes mobiles :

Plusieurs réformes successives en Belgique ont contribué à ce mouvement de désinstitutionnalisation : la constitution de services de santé mentale, d'habitations protégées, de soins psychiatriques à domicile.

En 2009, la Conférence Interministérielle Santé Publique s'accorde sur les modalités permettant le financement des réseaux et circuits de soins (mise en application de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux), ce qui permet à la réforme actuelle, surnommée « *Psy 107* », de se concrétiser. (Walker et al, 2019)²

La technique de financement de cet article 107 consiste à réaffecter le budget fédéral lié aux lits psychiatriques de longue durée de l'hôpital à des soins dans la communauté. Le calcul des gels de lits se transforme en nombre d'équivalents temps plein qui seront attribués aux nouvelles équipes mobiles (Walker et al, 2019).

En 2010, le Guide « *Vers de meilleurs soins de santé mentale* » est présenté officiellement aux intervenants du secteur. Il vise le « *maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés* » (Guide, 2010, p.8). Ce nouveau modèle de soins est axé sur la



désinstitutionnalisation, l'inclusion (définie comme « *la réadaptation et réhabilitation dans le cadre d'une indispensable collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail, du logement social...* »), la décatégorisation, l'intensification des soins au sein des hôpitaux, et enfin la consolidation avec la régularisation des différents projets pilotes (Guide, 2010, p.83).

La réorganisation du secteur de la santé mentale « *psy107* » se fonde sur une organisation en « *réseaux* » des dispositifs de soins, sans pour autant que les niveaux de réseaux aient été clairement définis. Il est spécifié qu'est recherchée la collaboration des structures et des ressources sur le terrain qui vont, de ce fait, définir leurs propres buts et fonctionnements communs. Ceci afin de permettre une amélioration de la qualité et de la continuité des soins ayant pour base un programme individualisé. Ce réseau devra assurer cinq fonctions de soins, présentées ci-dessous (Guide, 2010). C'est dans le cadre de la fonction 2, des « *équipes ambulatoires de traitement intensif* », que s'inscrit le propos de cet article (Guide, 2010, p.10).

A ces cinq fonctions se rajoute une approche participative par l'inclusion des usagers et des proches. Des financements spécifiques ont été alloués pour promouvoir des missions assurées par les usagers et proches d'usagers des services de santé mentale (Jacob et al, 2016, p.7394). Les équipes mobiles appartenant à la fonction 2 sont donc nées de cette réforme.

Que propose une équipe mobile ?

Présentation des 5 fonctions. (Guide, 2010, p11)

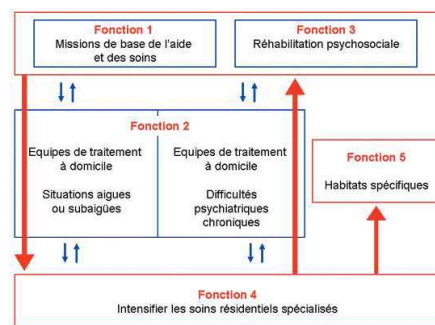
La première fonction : activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic

La deuxième fonction : équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques

La troisième fonction : équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale

La quatrième fonction : unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable

La cinquième fonction : formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible.



Une équipe mobile offre dès lors de faire ce mouvement « *d'aller vers* » la personne. Avant tout, elle proposera une rencontre, prendra le temps de la création d'un lien suffisamment solide pour pouvoir accompagner la personne dans ses projets, lui permettre de trouver des lieux ressources et un équilibre dans son quotidien. Elle l'aidera, si cela est opportun, à mettre en place ou consolider son réseau personnel composé de proches et de professionnels.

Les équipes mobiles et leur fonction 2a et 2b.

Comme le veut la réforme, les équipes mobiles adultes se sont différenciées en équipe mobile 2a dite « *équipe mobile de Crise* » et équipe 2b dite « *équipe mobile Chronique* ». Ces deux équipes sont pluridisciplinaires et interviennent en « *allant vers* » la personne qui le nécessite et son entourage.

Ce qui différencie avant tout ces deux équipes est le moment de vie / de soins où la personne est accompagnée.

En effet, une équipe mobile 2a va travailler lorsque la personne est en crise. La crise pouvant être définie comme étant « *une période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement dangereux qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles et solution de problème* » (Caplan, 1964)⁵. L'équipe 2a répond donc dans un délai court qui est de l'ordre de 24h et propose une intervention pour une durée de 6 à 8 semaines.

L'équipe mobile 2b va s'inscrire dans une temporalité plus étendue, le temps de l'accompagnement est défini comme étant « *aussi court que possible et aussi long que nécessaire* », ce qui, en pratique, se traduit par des entretiens sur une période qui se compte en mois voire en années. Trop souvent, le délai avant la première rencontre avec l'équipe 2B est plus prolongé du fait du peu de ressources dont ces équipes disposent à l'heure actuelle.

En règle générale, les équipes mobiles bruxelloises se veulent être une proposition d'alternative à l'hospitalisation et d'accompagnement accessible dont la durée et l'intensité sont adaptées aux souhaits de la personne rencontrée.

Les différents réseaux « *107* » qui couvrent le territoire belge se sont organisés de manière

différente.

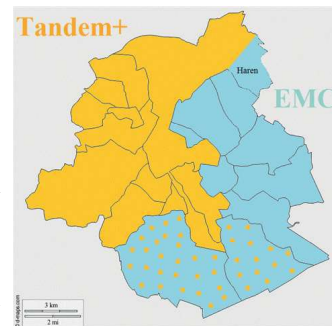
Le paysage Bruxellois

Il est important de signifier que « *l'offre mobile* » n'est pas proposée uniquement par les équipes mobiles, mais par d'autres dispositifs tels que les SPAD (Soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile), certains SSM (service de santé mentale) ou d'autres structures qui selon leurs moyens auront la possibilité d'aller à la rencontre des personnes dans leur lieu de vie.

Le paysage Bruxellois du point de vue de l'offre des équipes mobile est composé de :

Deux équipes mobiles de Crise (2a) :

- L'équipe mobile **EMC** qui intervient sur l'Est de Bruxelles (Tél. 0490/114 200; emc107saintluc@uclouvain.be).
- Et l'équipe mobile **Tandem+** qui intervient sur les autres communes (Tél. 02/201 22 00; tandemplus@hermesplus.be).



Notes :

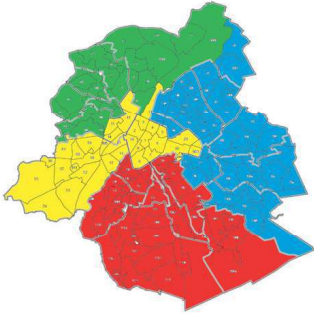
1: MORIN P. BAILLERGEAU E. (2008). L'habitation comme vecteur de lien social : Collection Problèmes sociaux et interventions sociales , Presse de l'université du Québec.

2: WALKER C, NICAISE P, THUNUS S. (2019). Parcours Bruxelles: Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social.

3: GUIDE (2010). Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de réseaux et de circuits de soins. Bruxelles. Disponible à l'adresse, https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/interministerielle_conferentie_volksgesondheid-fr/2010_04_26_guide_-_bxl_fr.pdf

4 JACOB B, MACQUET D, NATALIS S. (2016). La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle. L'information psychiatrique, volume 92(9), 731-745. Doi : 10.1684/ipe.2016.1550

5: CAPLAN G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, New York, 26-55.



Et quatre équipes mobiles (2b) :

- Équipe mobile **TELA**, Etterbeek, Woluwe Saint Lambert, Woluwe Saint Pierr, Schaarbeek, Saint Josse, Evere et Haeren (Tél. 02/880 85 52; tela@p107bxl-est.be)
- Équipe mobile **trACTor** qui intervient sur les (Tél. 0490/11 70 00), communes d'Uccle, Forest, Watermael-Boisfort, Ixelles, St Gilles, Avenue Louise (partie de 1000 Bruxelles) (Tél. 02/502 01 03; tractor@psc-elsene.be)
- Et deux équipes plus récentes :

de l'Ouest) (Tél. 02/201 22 00; moveoplus@hermesplus.be)

En plus de ces équipes mobiles, il existe d'autres équipes mobiles qui s'adressent à un public cible spécifique, que vous allez découvrir au décours de cette revue.

Nadège Schönrock,
Charles Antoine Sibille,
Cilli Brecht

Thème central: L'Équipe Mobile Combo



En mars 2020, la Belgique se confine.

Pour limiter un maximum les contacts, beaucoup de centres médicaux ferment leurs portes ou réduisent leurs activités, y compris les centres bas-seuil d'accès, qui accueillent les usagers de produits (licites ou illicites). Le gel des activités des acteurs de terrain entraîne une perte de lien entre les soignants et le public toxicomane de Bruxelles. Les patients sont confinés chez eux, dans des hôtels, au Samusocial ou à la rue. La situation, en plus d'être anxiogène, représente un risque sanitaire supplémentaire pour tous ceux qui ne savent plus assurer la continuité de leurs soins, leurs traitements chroniques, leur accompagnement psychosocial, etc.

Par ailleurs, le réseau de soins est rapidement saturé par un grand nombre de nouveaux patients consommateurs qui demandent à être suivis dans les différents centres qui sont encore en mesure de les

accueillir.

Face à ces constats, quatre asbl, la MASS, le Réseau Hépatite C, le Projet Lama et Transit se sont alliées pour créer une nouvelle offre de soins, adaptée à la réalité actuelle de leur public. Financées par la COCOM, la COCOF et le BPS, elles créent « **Combo** », une équipe mobile composée de médecins, psychologues, infirmiers, assistants sociaux et éducateurs, qui prennent en charge les usagers de substances logeant dans des lieux d'hébergement collectif à Bruxelles. Leur mission ? (Re)créer et renforcer le lien entre leur public et un circuit de soins.

L'accès aux soins rendu plus difficile, l'équipe décide de se déplacer pour aller à la rencontre de son public. C'est alors par le biais de permanences ou de rendez-vous ponctuels au Samusocial et dans des centres ambulatoires que les travailleurs de Combo tentent de recréer le lien. Ainsi, ils retrouvent le public qu'ils connaissent, mais découvrent aussi un grand nombre de consommateurs peu connus du réseau de soins à Bruxelles.

Pour toute personne prise en charge à Combo, c'est l'occasion de bénéficier d'un accompagnement pluridisciplinaire avant d'être rattaché à une structure de soins - comme un centre médical, une maison médicale, un service de santé mentale, etc.

En attendant de réorienter un usager, l'équipe propose plusieurs services, qui se déclinent en quatre pôles :

- un pôle médical,
- un pôle psychologique,
- un pôle social et
- un pôle « *d'échange de matériel de consommation* ».

Ainsi, Combo prévoit un accompagnement médical orienté vers les assuétudes — si nécessaire —, en prescrivant notamment de manière encadrée des traitements de substitution aux opiacés ou des benzodiazépines.

L'équipe propose également des TROD's (Tests Rapides à Orientation Diagnostic) permettant de dépister un VIH ou une hépatite C en moins de dix minutes.

Des activités communautaires sont également prévues, que ce soit dans le but de prévenir les risques sanitaires liés à la consommation ou de proposer un espace de parole libre en abordant le sujet des addictions.

Les accompagnements psychologiques, eux, peuvent se faire avec le patient seul, mais aussi en famille. Quant aux accompagnements sociaux, ils concernent régulièrement des démarches liées au logement, à l'assurabilité, aux liens avec les CPAS, etc. Le pôle « *d'échange de matériel de consommation* » comprend toute la distribution de matériel de consommation stérile et la récupération du matériel usagé, afin de réduire les risques d'infection ou de transmission de maladies.

Tous ces pôles ont pour fonction de diminuer les risques, au sens large, liés aux consommations.

Si les prises en charge à Combo ont pour finalité une réorientation, cela n'engage jamais



Bas-seuil d'accès :
Accessible à toute personne, quel que soit statut social, sa situation économique ou son appartenance à un groupe.

Traitements de substitution :
Traitements médicamenteux qui imitent les effets de certains produits sur le cerveau, évitant ainsi le manque et permettant davantage de contrôle médical sur l'addiction.

Opiacés :
Type de médicaments utilisés pour diminuer l'excitation neuronale, comme par exemple certains anxiolytiques, somnifères ou anti-épileptiques.

BPS :
Bruxelles Prévention et Sécurité

une perte totale et définitive du lien entre l'équipe et les usagers réorientés.

Les prises en charge ayant pour finalité une réorientation dans le réseau, le projet de soins à Combo est aussi long que nécessaire — pour la stabilisation du patient - et aussi court que possible. Un point d'honneur est alors mis sur la qualité de la passation d'une prise en charge à Combo vers un centre de soins ambulatoire. Dès lors, les travailleurs entretiennent une vision large du réseau toxicomanie de Bruxelles, ainsi qu'une collaboration accrue avec celui-ci, pour y porter un public trop souvent exclu des soins. La réorientation, c'est aussi l'occasion de sensibiliser tout un réseau à la prise en charge des personnes consommatrices de produits et de déstigmatiser cette population.

Coralie De Bok

Vous souhaitez contacter Combo ?
info@combo.brussels ou www.combo.brussels



OURS / COLOFON



C e Schieve Niouz n'est pas arrivé dans vos mains par hasard. Voici toutes les personnes qui ont participé à son élaboration:

D eze Schieve Niouz is niet van zelf ontstaan. Hier is de lijst van allen die er aan meegewerkt hebben:

Éditeur responsable/Verantwoordelijke uitgever:

Stefan Van Muylem (Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale) Rue de l'Association 15 1000 Bruxelles

Dépôt légal/Wettelijk depot: 03 2021

JSSN: 2684-4206

Comité de rédaction/Redactie Comité:

René Bartholemy, Sophie Céphale, Luc Detavernier, Olivier De Gand, Hassane Moussa, Valérie Müller-Kurz.

Coordinateur de rédaction/Redactie coordinator: René Bartholemy

Rédaction/Redactie:

Eleni Alevanti, René Bartholemy, Izabel Collin, Anne-Sophie De Macq, Luc Detavernier, Sophie Dumont, Fabienne Ellenbecker, Jeanne, P.Y. Jortay, Els Lambrecht, Lula, Dr. Charles Antoins

Sibille, Sylvie, Nadège Schönrock, Thomas, Eloïse Vanzurpele.

Traduction/Vertaling: Nadia Mahjoub

Relecture/Verbetering: René Bartholemy, Nadia Mahjoub, Marc Villain.

Infographie et mise en page/Infografie en layout: René Bartholemy

Photos en page 10/Foto's op pagina 10: avec l'aimable autorisation de/met dank aan Marin Driguez

Dessins de petits personnages/Tekeningen van kleine personages:

Un très grand merci aux patients et à l'équipe de l'atelier d'art graphique du Centre d'Activités Thérapeutiques de la Clinique de Fond'Roy (Epsylon asbl).

Heel erg bedankt aan de patiënten en het team van de workshop grafische kunst van het CTA van Fond'Roy (vzw Epsylon).

Contact & info: info@schieveniouz.brussels - <http://www.schieveniouz.brussels>

Nous avons vraiment besoin de votre opinion sur notre journal! Faites nous donc savoir ce que vous en pensez, désirez, etc.

We hebben uw mening over onze krant broodnodig! Laat ons dus a.u.b. weten wat je er van denkt, verwacht, etc.

L'équipe mobile 107 - Précarité



L'équipe mobile 107 - Précarité fonctionne depuis le 1er janvier 2017. Elle vise à fournir aux personnes qu'elle rencontre une offre d'accompagnement en santé mentale éthique, globale, juste et personnalisée dans le non-jugement et le respect de « l'autre ».

Il existe plusieurs équipes mobiles dans le cadre de la réforme en santé mentale 107. La spécificité de l'équipe mobile 107 Précarité est principalement liée au public cible pour lequel une offre d'accompagnement « sur mesure » et une alternative aux offres existantes sont nécessaires.

Il y a plusieurs critères d'inclusion pour l'équipe, notamment que la personne soit d'âge adulte et sur la zone géographique des 19 communes de Bruxelles. L'équipe intervient auprès de personnes qui évoluent dans la plus grande précarité, qui sont sans-logis ou mal-logés (en rue, dans des centres d'accueil d'urgences mais aussi dans des squats ou en errance) et qui, par ailleurs, présentent une souffrance ou des difficultés liées à un fonctionnement psychique particulier. Par ailleurs, ces personnes sont fréquemment à risque d'être hospitalisées souvent sous contrainte, ont souvent un parcours en soins psychiatriques, sont par conséquent méfiantes, « difficiles d'accès », n'ont pas de demande ou pas de demande explicite. Souvent, les personnes rencontrées existent dans l'absence ou une insuffisance marquante de ressources au sein d'un réseau personnel, informel ou professionnel, ou encore dans l'épuisement si pas l'effacement complet du système d'aide mis en place.

L'équipe envisage dans un premier temps d'entrer en lien avec la personne concernée, d'accueillir son histoire dans sa globalité et d'adapter une présence à ses besoins, ses souhaits et ses droits avec la souplesse et la créativité que permet la mobilité. Offrir un espace où la personne peut déposer son histoire, son parcours et ses difficultés ainsi que ses ressources est à la base de la création d'une relation de confiance et d'échange, un axe qui fait le fil rouge et qui permet à la personne d'occuper la place centrale de l'accompagnement.

Par ailleurs, l'équipe travaille en collaboration avec le réseau des professionnels de la grande précarité et du sans-abrisme, ainsi qu'avec le tissu associatif ambulatoire Bruxellois, mais aussi avec les hôpitaux, centres d'hébergement et tout citoyen préoccupé. Via un travail d'accompagnement adapté à la personne, l'équipe vise à garantir une continuité dans les aides proposées à la personne ainsi qu'à soutenir ses droits, pour ainsi la (re)accueillir au centre des décisions qui la concernent.

L'équipe mobile s'inscrit dans la fonction F2b de l'actuelle réforme des soins de santé mentale (Projet 107). Cette inscription est régulièrement bousculée par le fait que le temps de la rue est un temps qui est bien souvent événementiel, de crise, avec des fenêtres étroites de possibilité d'intervention.

Dans les limites du possible, le mandat premier reste celui de la désinstitutionnalisation des personnes

psychiatriques, la mise en place d'alternatives aux hospitalisations ou la réduction du temps d'hospitalisation (là où celle-ci n'a pas pu être évitée) afin de permettre d'autres possibles sur le long terme.

L'équipe observe que les personnes rencontrées sont souvent passées par des hospitalisations - consenties ou sous contrainte - ou étaient suivies dans des structures de santé mentale ambulatoire « classiques ». Le phénomène dit de la « porte tournante » est particulièrement bien illustré par ces va-et-vient entre la rue et les structures de soins ou d'accueil.

C'est à ce niveau qu'intervient l'enjeu de la continuité du lien, de l'accompagnement et de la confiance qui permettent une co-construction d'un avenir plus durable et soutenable ou - à défaut - d'assurer une présence dans l'adversité. L'équipe se saisit donc de tout ce qui peut « faire soin » autour de la personne et qui peut permettre d'œuvrer à cette co-construction. La mobilité et la souplesse, la créativité et la gratuité du service sont des outils de travail pratiques et des piliers incontournables.

L'équipe, elle-même mobile, entre en lien avec des personnes elles aussi en mouvement et tente ainsi d'offrir une présence qui prend en considération la personne comme sujet principal de son parcours de vie, de son histoire. Les différents intervenants viennent chacun avec leurs savoirs et leurs vécus pour entrer dans un processus dialogique avec la personne. L'espoir est que ce processus permettra d'autres possibles, et si ce n'est que des moments fugaces.

Bien que la souffrance ressentie par la personne puisse être un point de repère important dans le travail d'accompagnement, l'équipe va au-delà de cette intuition.

Sur base d'un modèle social de la santé mentale, la vision stigmatisante de la société imposée sur les personnes accompagnées est un élément clé tant comme pari dans l'investissement d'un lien que sur la manière et la posture avec laquelle l'équipe va à la rencontre du public concerné.

L'idée est de contextualiser et collectiviser la fragilité, la vulnérabilité, la souffrance de la personne et, par conséquent, sa difficulté d'accès à l'aide en considérant les déterminants sociaux de la santé.

Eleni Alevanti



CMI Maya



Maya : A la croisée des secteurs, des soins pour tous ?

Contexte de création des C.M.I.

Cellule Mobile d'Intervention (C.M.I.) est l'appellation donnée aux équipes mobiles accompagnant des personnes s'étant vu attribuer les diagnostics de déficience mentale et troubles psychiatriques associés, autrement dit, un double diagnostic. Ces cellules viennent en complémentarité aux projets de la Réforme des soins en Santé Mentale (dits "107") pour garantir un accompagnement mobile à ces personnes. Les CMI ont été mises en place, d'abord en Wallonie, sur base du constat alarmant, toujours d'actualité, que trop peu d'institutions spécialisées leur garantissaient un accueil et une place.

En effet, ces personnes se retrouvent au carrefour de deux secteurs du handicap et de la santé mentale. Les structures et services de chacun de ces champs ne se sentent pas assez outillés pour assurer leur prise en charge. Les CMI naissent donc à l'intersection de ces paysages institutionnels avec pour objectif principal de « supprimer, ou tout au moins diminuer, l'exclusion de personnes handicapées pour des motifs de comportement ».

Créée en 2013, la CMI Maya couvre la Région de Bruxelles-Capitale. Ce projet-pilote émane d'une initiative du SPF Santé Publique, aujourd'hui subsidiée par la COCOM.

L'accompagnement mobile

Face au constat précédent, la CMI se doit d'offrir un accueil « bas seul », c'est-à-dire sans critère d'exclusion, aux personnes concernées de plus de 16 ans. Dans cette logique, elle recourt à un interprète si nécessaire. L'équipe est composée d'une dizaine d'intervenants psychosociaux et d'un psychiatre. Elle se donne pour objectif premier l'apaisement de la situation des personnes suivies, en intervenant directement auprès de celles-ci ou en soutien à leur entourage. Dans cette optique, elle tente notamment de favoriser l'accès aux soins et l'insertion dans le réseau. Toute nouvelle demande, même fragile ou en voie d'élaboration, peut être adressée à la CMI par la personne concernée ou un tiers, si elle n'est pas à même de le faire. Quand cette demande ne correspond pas à ses missions, la CMI réoriente le demandeur vers des services plus adaptés en s'assurant que ceux-ci puissent y répondre.

L'accompagnement de la personne commence par le tissage de liens. Pour ce faire, en vertu de sa dimension mobile, la CMI va à la rencontre de la personne, toujours en binôme : chez elle, à l'hôpital, au café, en famille, en institution, etc. Cette rencontre peut se faire autour de divers médias (téléphone, balade, jeux...). Lorsqu'un climat de confiance est installé, la CMI élabore avec la personne des solutions ou aménagements qui tendront vers une possible stabilisation de la situation.

Concrètement, le travail de la CMI consiste en :

- la création d'un réseau (médical, social...) qui puisse soutenir la personne dans ses difficultés ;
- la collaboration avec ce réseau



MAYA
Cellule Mobile d'Intervention

moyennant l'accord de la personne, notamment pour harmoniser les discours et les actions la concernant ;

- le soutien à l'entourage et aux professionnels qui font face à des difficultés dans la rencontre avec la personne.

La CMI accompagne les crises mais n'intervient pas en urgence. Lorsqu'elles surgissent durant le suivi, elle peut soutenir une hospitalisation si cela apparaît nécessaire.

Au vu de la diversité des situations, la CMI tente de s'adapter à la singularité de chacune en proposant un accompagnement sur mesure et pensé en équipe. La continuité du lien représente une des fonctions principales de la CMI. Elle se veut un fil rouge dans la vie de la personne et peut en articuler les différents temps, lieux et liens-clés. Elle tente ainsi d'éviter les ruptures dans sa trajectoire de vie.

La CMI accompagne par exemple : des personnes qui ne trouvent pas leur place en institution à cause notamment de troubles du comportement, qui ont du mal à formuler une demande, qui n'osent pas sortir de chez elles, qui rencontrent de graves difficultés en famille, qui restent à l'hôpital faute de solution...

Les autres missions de Maya

En 2016, suite à un appel à projets, l'équipe et ses missions se sont agrandies. Deux d'entre elles sont destinées aux professionnels et visent à faire le lien entre le secteur du handicap et celui de la santé mentale :

- Le projet Papillon propose des immersions professionnelles permettant l'échange de pratiques entre les institutions des différents secteurs. Il permet à des travailleurs de passer quelques jours dans une autre institution. Ce projet s'inscrit dans une optique de formation continue en favorisant les échanges entre différents acteurs des secteurs du handicap et de la santé mentale.

- Le projet Libellule a pour but de sensibiliser les professionnels à la prise en charge de patients dits double diagnostic. Il s'adresse aux équipes qui font face à des questionnements autour de leurs accompagnements. La CMI organise des rencontres avec celles-ci dans le but de discuter de différentes thématiques qui les interrogent et de leur proposer des repères pour appréhender autrement une série de phénomènes.

L'Équipe Maya

Interview: Équipe Mobile Dionysos



Interview de Fabienne Ellenbecker de Dionysos

Propos recueillis par René Bartholoméy

RB : Qu'est-ce que Dionysos et quel est son public cible ? (Et, question dans la question : comment appelez-vous chez vous une personne aidée?)

FE : Dionysos est une équipe mobile qui vise à soutenir les personnes âgées fragilisées dans leur projet de vie au sens large. Cette fragilité peut être d'origine diverse. La plupart du temps, ce projet de vie consiste à vouloir continuer à vivre au domicile, mais notre intervention est plus large que cela. Il s'agit de soutenir la personne aidée, mais aussi son réseau de soutien. Celui-ci peut être un réseau professionnel, un réseau personnel (famille) ou les deux. Notre outil de travail principal est la mise en concertation des membres du réseau avec la personne âgée en vue de soutenir et de réfléchir ensemble au projet de vie que la personne a pour elle-même.

Nous sommes une équipe mobile, multidisciplinaire, et nous travaillons en binômes. L'équipe est constituée d'une assistante sociale, de 4 psychologues, 1 neuropsychologue, 1 ergothérapeute, 1 infirmier. Nous sommes sous la direction médicale du Dr Jean-Pierre Ermans, psychiatre et psychanalyste. Nous bénéficions aussi de l'aide et du soutien d'un médecin généraliste, le Dr Michel Vanhalewyn qui nous éclaire sur les questions médicales.

Notre public cible sont les personnes âgées de plus de 60 ans présentant un profil gériatrique et des difficultés liées à l'avancée en âge.

Nous parlons en termes de « patients ». C'est probablement lié, historiquement, au fait que nous avions tout d'abord été financés par le protocole 3 de l'INAMI et que nous travaillions au sein du service de santé mentale « Rivage – Den Zaet ».

RB : Quel est son historique ? Sa genèse ? Comment et pourquoi avoir lancé un tel projet ?

FE : Le projet a été créé par le Dr Jean-Pierre Ermans qui est le directeur du service de santé mentale « Rivage – Den Zaet ». Celui-ci s'est intéressé à la question de l'accompagnement du grand âge. Le service existe depuis 2008 pour une première ébauche de Dionysos (problématique de dépression chez des personnes plus âgées), puis, en 2009, une équipe complète a été engagée autour de la même clinique que celle où nous exerçons aujourd'hui.

Nous avons répondu à l'époque à un appel à projet pour le protocole 3 de l'INAMI qui proposait une alternative au fait d'ouvrir de nouveaux lits en maison de repos et de soins. L'INAMI ayant alors ouvert un appel à projets pour des initiatives novatrices auprès des personnes âgées vivant à domicile. A présent, Dionysos est financé par Iriscare et ce, depuis juin 2019.



RB : Qui fait normalement appel à Dionysos ? (plutôt la personne aidée, son entourage, un médecin, ...)

FE : Chacun et chacune qui s'inquiète pour une personne âgée fragile. C'est

parfois la personne elle-même, mais c'est plutôt rare. Généralement, c'est le réseau professionnel, que ce soit un médecin, un service d'aide à domicile, un administrateur de biens ou alors un membre de la famille, du voisinage qui s'inquiète pour une personne âgée qui se fragilise et pour laquelle la situation devient difficile. C'est souvent lors d'un moment de crise où, finalement, le réseau a déjà essayé plusieurs choses et ne s'en sort plus ; Soit parce que la situation devient trop limitée au niveau de l'autonomie à domicile ; Soit par des effets complexes comme la question de la démence qui crée de la confusion dans le réseau. C'est souvent, en tout cas, un moment qui fait crise. Parfois, c'est suite à une hospitalisation et l'hôpital nous contacte pour un projet de retour à domicile ou une personne qui a été hospitalisée plusieurs fois successivement et où ça capote au retour à la maison...

RB : Les temps étant ce qu'ils sont, comment voyez-vous le futur de Dionysos ?

FE : C'est un projet dans lequel on croit tous ici dans le service.

Je pense que l'on est dans une période où l'on a senti à quel point il est important de soutenir les personnes âgées fragiles, qu'elles soient en maison de repos ou à domicile.

Notre équipe a montré les compétences qu'elle sait déployer pour soutenir les personnes âgées et leur réseau.

Nous croyons fermement à la pérennisation de notre travail.

Nous sommes subsidiés aujourd'hui par IRISCARE. Nous ne sommes pas encore tout à fait un service « installé », mais nous sommes très positifs par rapport à cette question.

RB : La pandémie a-t-elle un impact sur votre travail ?

FE : Elle en a un, certainement, un peu comme pour tout le monde. On doit encore plus veiller aux personnes pour lesquelles on travaille.

C'est sûr qu'on a adapté notre façon de travailler de façon à privilégier le soutien, tout en évitant de risquer d'infecter la personne dont on prend soin. Mais ça, c'est pour tous les soignants, finalement.

RB : Pensez-vous que la taille de votre équipe est suffisante pour pouvoir couvrir l'entièreté du territoire Bruxellois ?

FE : Actuellement, non ! Mais nous sommes encore en train d'engager des travailleurs...

C'est aussi par vagues : il y a des moments plus tendus et des moments où il y a moins de demandes, en fonction de la période de l'année, etc.

RB : J'ai moi-même fait un jour appel à votre équipe pour aider une connaissance. J'ai été franchement époustouflé par le changement rapide que j'ai pu apercevoir chez cette personne après deux ou trois visites. Qu'est-ce qui constitue pour vous une intervention « réussie » et son contraire, pour autant que l'on puisse parler en ces termes dans un contexte humain ?

FE : J'avais envie de vous retourner la question par rapport à la situation dont vous parlez, cette personne que vous connaissez : Qu'est-ce qui vous a, vous, marqué par rapport à elle. A part le fait que ça changeait pour cette personne, qu'est-ce qui vous a marqué

dans notre style de travail, dans notre approche ?

RB : Cette personne tombait franchement dans une grosse déprime (le mot « dépression » est peut-être un peu exagéré). Elle m'avait contactée pour que je devienne le témoin pour sa déclaration de non réanimation et d'euthanasie. J'étais un peu mis à mal par cette demande, même si j'en comprenais le sens. Je voyais bien qu'elle venait d'arrêter de travailler à 83 ans, elle venait de perdre l'autre moitié de son couple, elle était seule, avait des problèmes physiques et rien n'allait plus... J'ai donc appelé Dionysos, laissé un message sur le répondeur et on m'a recontacté assez rapidement. J'ai expliqué le cas, l'équipe a demandé d'abord à la personne en question si elle était d'accord de la recevoir. L'équipe s'est rendue chez elle et tout de suite, son entourage, sa famille ont été contactés. Il y a eu des concertations pour savoir ce que l'entourage dans son ensemble pouvait faire en plus ou mieux pour l'aider et comment. Un dialogue s'est mis en place assez rapidement et, en fait, je l'ai vu revivre. Vraiment, je n'exagère pas, à la 3ème réunion, nous nous sommes tous regardés et on s'est dit « ça y est, ce n'est plus la même personne ».

FE : Ce que vous dites, c'est que ça a mobilisé quelque chose, et chez votre ami et dans son entourage. Et je pense que c'est vraiment ça : pour moi, notre travail est avant tout une écoute professionnelle et empathique par rapport à ce qui se dit et à la crise qui se vit. Tout d'abord envers le demandeur, parce que le demandeur est une personne en souffrance avec une situation qui le préoccupe. Il est pour nous essentiel de comprendre pourquoi la personne vient, ce qu'elle nous demande, ce qu'elle ne nous demande pas aussi, qu'est-ce qu'il faut lire entre les lignes dans les difficultés, et de renvoyer déjà quelque chose à ce demandeur au moment où il fait appel à nous. Des pistes de réflexion autour de ce qu'il amène, une revalorisation aussi, par rapport à ce qu'il fait. Je pense notamment à des situations d'intervenants qui sont en difficulté et qui nous contactent. Il est utile de leur redonner quelque chose de ce qu'ils apportent déjà à la personne âgée. Il y a vraiment une écoute qui est hyper-importante dans notre boulot et une relecture de la situation avec différents points de vue.

Une fois qu'on a reçu la demande, effectivement, on va rencontrer le patient avec le demandeur. Là, il y a tout un travail d'alliance qui se crée avec la personne âgée, parce qu'on a toujours besoin de son accord pour aller plus loin et parce qu'on a envie de comprendre son problème. Il est très important de se mettre dans le point de vue de la personne, de comprendre en termes de diagnostic aussi, où la personne se trouve. S'agit-il d'un problème de démence, d'une perte de mobilité, d'une période de dépression, y aurait-il un problème médical qui ferait que la personne est confuse ? C'est aussi pour cette raison que nous avons dans l'équipe un médecin psychiatre et un médecin généraliste. Nous analysons donc toute la demande, la situation et cherchons une alliance avec la personne. Nous expliquons ce que nous faisons et demandons son accord pour contacter son réseau.

Ensuite, nous contactons le réseau et proposons à chaque membre de celui-ci d'expliquer comme il voit les choses, ce qui l'inquiète, ce qui se passe plutôt bien dans la situation. Ensuite, nous proposons de réunir une partie ou l'ensemble du réseau. Ceci dépend bien sûr de la situation sanitaire, mais aussi de la situation de la personne. Il ne faut pas non plus toujours aller trop vite et vouloir rassembler trop de monde. Là, on prend ensemble la température et on demande comment cela se passe à cet instant pour le patient. Avec quoi chacun lutte, quelles sont les inquiétudes des uns et des autres, quelles

sont les ressources présentes dans le réseau, ce qui fonctionne moins bien, qu'est-ce que la personne âgée veut bien supporter comme changements, ce que le réseau peut supporter comme changement. On tente donc de manier un peu toutes ces dimensions-là pendant les concertations.

Et puis, nous proposons des pistes ou juste un état des lieux. Ici, ça dépend vraiment d'une situation à l'autre. Chaque situation est approchée sur mesure.

Après cela, nous produisons toujours un PV de concertation qui devient un peu le fil rouge d'une réunion à l'autre.

Nous apportons un regard de seconde ligne. Étant une équipe de deuxième ligne, nous n'allons jamais faire des démarches directement pour le patient. Par contre, nous soutenons le réseau de première ligne dans sa mobilisation autour de tout cela. Nous essayons d'avoir vraiment un regard neutre vis-à-vis de tout le monde. Nous ne sommes pas liés à un service en particulier, nous n'avons pas d'intérêts particuliers, nous restons donc neutres par rapport au réseau et par rapport au patient.

Nous mettons donc le réseau « en route », en accord, autour d'une situation.

Ceci peut avoir un effet soutenant pour une personne âgée qui vivrait un moment plus dépressif, de sentir qu'il y a ce réseau qui se mobilise, qui s'interroge, qui réfléchit avec elle, etc. Tout ça peut avoir un effet très contenant pour la personne âgée.

Ça peut parfois avoir un effet stressant aussi, il faut donc doser les choses...

Donc, si vous demandez ce qu'est une « opération réussie », c'est très compliqué. Il faut voir la situation et être à l'écoute de ce qui se passe. Que ça porte ses fruits par rapport à un maintien à domicile ou pas, il s'agit de remettre de l'humain, entendre les impossibilités et tenter de remobiliser le réseau et de faire en sorte que le réseau se connaisse. Même des situations qui n'aboutiraient pas à un suivi avec des concertations etc, peuvent être vues de manière positive. Déjà le soutien donné lors du premier coup de fil peut déjà être un premier pas important.

RB : Un dernier mot ?

FE : Qu'est-ce que je pourrais bien dire ?

La situation sanitaire a un peu tendance à cliver les choses : ceux qui se protègent, ceux qui ne se protègent pas, qui est sacrifié ? Ce sont les jeunes ! Non, ce sont les vieux !

Il faut avoir un regard complet et le plus large possible sur les situations.

Et ça reflète bien notre manière de travailler aussi.

Tout n'est pas noir ou blanc, arrêtons de cliver.

RE : Merci beaucoup !



Protocole 3 de l'INAMI :

Suite de projets visant à proposer des formes alternatives de soins aux personnes âgées.

IRISCARE :

Iriscare est un organisme d'intérêt public (OIP) bicommunautaire qui est responsable, depuis fin 2017, de la gestion des compétences transférées dans le cadre de la 6e réforme de l'Etat.

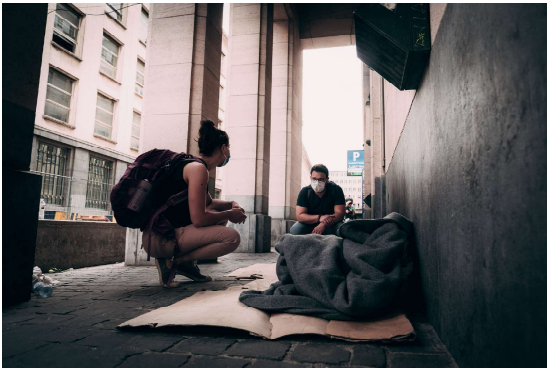
C'est le point de contact privilégié pour les citoyens et les professionnels pour tout ce qui concerne la protection sociale en Région bruxelloise.

Iriscare est compétent pour l'assistance aux personnes âgées et aux personnes atteintes d'un handicap, les maisons de repos ainsi que les maisons de repos et de soins, les centres d'accueil, les services d'aide à domicile, les fauteuils roulants, les soins de première ligne ... à Bruxelles.

Témoignage: Une infirmière de rue

Joséphine travaille depuis six ans comme infirmière au sein de l'asbl « Infirmiers de rue ».

Elle nous parle de son travail au quotidien: Accompagnée d'une collègue infirmière ou assistante sociale, j'effectue quotidiennement des maraudes. Il s'agit d'arpenter les rues de Bruxelles et d'aller à la rencontre des personnes sans-abri. Pour certains, il est



question d'une première prise de contact qui ne dure parfois que quelques secondes. Avec d'autres, nous avons entamé un processus d'accompagnement depuis plusieurs semaines/mois dans le but de les reloger durablement.

Qu'il vente, qu'il pleuve, qu'il gèle ou qu'il fasse très chaud, la vie en rue est rude, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique.

Une alimentation souvent pauvre et un manque d'hygiène, accompagnés d'une terrible absence d'intimité et d'une grande insécurité, privent de sommeil et affaiblissent considérablement la santé. Lors de la prise en charge des situations les plus graves (beaucoup souffrent de problèmes de santé mentale), notre médecin intervient sur le

terrain pour nous conseiller et surtout renforcer le lien vers les infrastructures médicales les plus adaptées.

Sans la volonté du patient de s'en sortir, notre champ d'action reste très limité. Nous ne précipitons pas les choses!

Au contraire, nous prenons le temps qu'il faut pour redonner confiance, motiver chaque personne. On ne sort pas du jour au lendemain de la rue...

Une fois relogés, les patients continuent d'être suivis régulièrement, car un retour à la rue est toujours possible et nous voulons à tout prix éviter cela.

En renforçant chez nos patients leurs points positifs, leurs ressources, nous fixons ensemble des objectifs en fonction de leurs envies et capacités. Chaque défi atteint, petit ou grand, est une vraie victoire pour la personne. Cela signifie qu'elle reprend le contrôle sur sa vie et ça lui permet de se projeter, d'être dans l'action. Ça la valorise et lui redonne une dignité humaine.

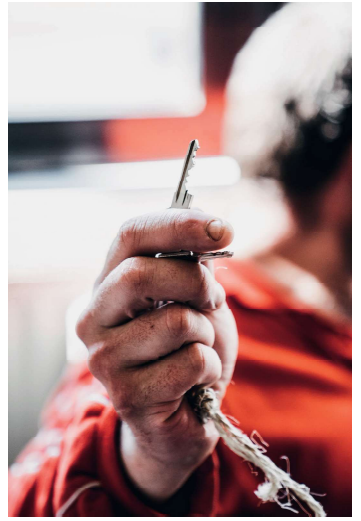
En 15 ans d'existence, nous avons relogé plus de 140 personnes.

Nous espérons, à terme, parvenir à mettre fin au sans-abrisme, ensemble avec tous les acteurs de la société.



Soutien et info: www.infirmiersderue.org

PY. Jortay



Témoignage: Une personne suivie par une équipe mobile

Propos recueillis par René Bartholemy

RB : Pouvez-vous brièvement vous présenter ?

Jeanne : Oui, je m'appelle Jeanne, j'ai 59 ans et j'habite sur Bruxelles. Que dire si ce n'est que pendant des années, j'ai eu une profession très prenante et que j'aimais vraiment beaucoup. J'ai trois enfants, que j'ai souvent élevés seule. Et puis, j'ai été diagnostiquée de la maladie bipolaire. C'est une maladie complexe qui ne facilite pas les choses ni au quotidien, ni dans la vie globale. J'ai eu différents types de soutiens...

RB : Comment en êtes-vous arrivée à prendre contact avec une équipe mobile ?

Jeanne : Je me suis toujours dit dans ma vie, même avant d'être patiente, en tant que travailleuse, que femme, etc. que ce qui manquait dans l'aspect thérapeutique psychologique des choses, c'est que souvent, les personnes ont besoin d'être aidées au moment où elles ne sont plus capables de pouvoir faire des démarches, aller vers et trouver... Elles se trouvent souvent dans une situation de « paralyse », et devoir faire la démarche et aller vers une institution qui a pignon sur rue, c'est très compliqué. J'ai toujours un peu rêvé de ce type de service et je me suis renseignée, via des recherches sur la toile et là, j'ai vu qu'on parlait d'Équipes Mobiles et d'autres informations. J'en ai parlé avec ma psychiatre qui m'a confirmé l'existence de ces projets qui ont été mis en place il y a quelques années et qui existent dans l'ensemble du pays. C'est ainsi que j'ai téléphoné à l'Équipe Mobile de mon territoire de Bruxelles, TE.L.A. Nous avons rapidement pris rendez-vous et les personnes sont venues à la maison. Et heureusement parce que je n'étais en état d'y aller par moi-même, même pour aller chez la psychiatre, je

prenais un taxi social alors que j'ai une voiture... C'était vraiment un manque d'énergie total. J'étais donc très satisfaite de savoir que les personnes allaient venir chez moi.

RB : Et comment cela s'est-il passé après cette prise de contact sur place ?

Jeanne : Pendant la toute première prise de contact, comme le nom le dit, il fallait un peu qu'on se découvre. Donc j'ai expliqué ma situation, à ce moment-là j'étais sortie de l'hôpital psychiatrique pour avoir fait une phase maniaque et j'étais rentrée chez moi en janvier. Je crois que c'est en mars, début mars qu'elles sont venues pour la première fois. Là, j'étais encore dans une phase de grande dépression, c'est-à-dire que je restais couchée toute la journée, je ne savais pas manger, je ne savais pas me laver, vraiment la larve quoi ! Donc, j'ai un peu expliqué mon parcours, qui j'étais (un peu plus qu'au début de l'interview, évidemment!). Elles ou ils sont généralement deux personnes, en l'occurrence, là, il y avait une psychologue et une assistante psychologue. Elles m'ont toutes les deux expliqué, d'une manière globale, ce que c'était qu'une Équipe Mobile, à quoi ça servait, quel type de service elles pouvaient offrir et elles se sont présentées aussi, l'une et l'autre. Ce que j'ai appris et qui était confortant pour moi était que ça pouvait dépasser l'entretien psychologique et être aussi parfois dans des résolutions de problèmes très concrets. Du genre : établir un budget, répondre à un rappel de facture (c'est vrai qu'à ce moment-là, moi, je me noyais un peu et c'était une bonne idée de me faire émerger...)

Donc, il y a tout l'aspect psychologique, mais il peut aussi y avoir tout l'aspect administratif et puis toute la transmission d'outils pratiques de la maladie bipolaire.

RB : Quelle était votre première impression



suite à la première visite ?

Jeanne : C'était une impression, au départ, un peu de crainte. Comme en plus, je ne savais rien faire dans mon appartement, j'avais quand même essayé que ce soit le plus accueillant possible. Et puis l'impression était très favorable parce que ce sont des personnes très à l'écoute.

À la première visite, on a un peu fait le tour, de tout (ma vie, le diagnostic, l'anamnèse, etc.) ensuite, on a pris rendez-vous et l'idée était de se voir toutes les semaines. Ensuite, ça s'est espacé à tous les quinze jours, parfois un peu plus, tout dépendant de l'état dans lequel j'étais.

RB : Au besoin ?

Jeanne : Au besoin, oui ! Mais un suivi programmé !

RB : Comment se déroule une visite d'équipe mobile ?

Jeanne : Les gens s'installent. En général, ça se faisait ici, dans le salon. On a bien eu quelques rencontres dans la salle à manger lorsque le salon était pris. La première chose que nous abordons est mon état, ici et maintenant. Comment ça va pour moi, comment s'est déroulée ma semaine ou les quinze jours précédents. Dans quel état émotionnel je me trouve. Ce sont d'abord eux qui sollicitent mon état général. Après, ça peut être un rappel de ce qu'on a pu faire précédemment, ou l'ouverture vers une question nouvelle : est-ce qu'il y a quelque chose que je souhaiterais aborder aujourd'hui ? Ou bien, ils viennent avec un « souvenez-vous, de la fois passée, nous avons parlé de ceci, est-ce que vous avez eu le temps de prendre un peu de distance avec ça, est-ce que vous avez eu des éléments nouveaux à apporter ? » Ça se passe dans un contexte très « privilégié » dans le sens où ils sont dans la douceur, dans la compréhension, dans le non-jugement, dans le soutien. Ce qui est important aussi, c'est qu'à un certain moment, il y a une mini-synthèse, un recadrage pour vérifier si l'on est encore sur

la même longueur d'onde par rapport à ce qui s'est dit. Il y a eu des moments où, comme j'avais de temps en temps des soucis avec l'un de mes enfants ou même tous mes enfants, ils les ont aussi rencontrés, mes enfants. Ça s'est fait parfois avec l'un de mes enfants ou les trois et en ma présence. Je trouvais que ça les soulageait, mes enfants, de savoir que j'étais suivie, soutenue par une Équipe Mobile. Je trouvais bien qu'ils puissent se rencontrer pour savoir de quoi il s'agissait. Je pense que ça les a aidés. Ils ont pu parler aussi de leur souffrance, car dans ce type de maladie, les proches souffrent presque autant que les patients. C'est aussi une démarche que j'ai bien appréciée. Dans une logique plus systémique des choses, je trouvais ça très bien.

Alors, ce qu'il faut savoir aussi, c'est que dans les quinze jours ou le premier mois de rencontre, le psychiatre de l'Équipe Mobile vient également. Il vient voir comment ça se passe, s'il y a des questions plus précises, présenter un petit peu l'ensemble des objectifs, ...

RB : Et lors des visites suivantes, qu'est-ce qui a, selon vous, fait soin ? Qu'en retirez-vous ?

Jeanne : Ce qui fait soin aussi, c'est que, de mon côté, j'ai pas mal lu sur cette maladie et je connaissais quelques outils vraiment spécifiques et ils sont venus compléter mes outils avec leur boîte à outils. On a donc pu vraiment échanger des choses. Ce qui fait moins soin, mais ça ne dépend que de moi, c'est que, parfois, ils me donnent des outils qui sont intéressants, je les mets



dans ma farde et je n'y reviens pas... Suite à mes crises, le courage et la motivation me manquent souvent... Encore maintenant, je me dis que cette farde est à reprendre et que je m'y mette. Il y a plein de ressources qu'on peut utiliser qu'ils m'ont proposées. Je cite l'exemple de la méditation, d'adresses de lieux où je pourrais aller, des groupes de parole, des jeux pour stimuler ma mémoire, ...

Intellectuellement, je sais que tout ça est très intéressant, mais je ne parviens pas à faire le pas.

RB : Aujourd'hui, le suivi par l'équipe mobile a pris ou prend fin. Va-t-il vous manquer et pourquoi ? Des regrets ?

Jeanne : Le regret de ne pas toujours mettre en place les conseils et les outils qu'on me donne ou que je trouve par moi-même. Évidemment, on est dans une période assez difficile, le ou la (comme on dit maintenant) Covid : je me sentais quand même nettement mieux avant que cette histoire ne

commence...

Ce qui est aussi important à vous dire, c'est qu'à un moment donné, je me sentais vraiment suffisamment bien (*sur une échelle de 1 à 10, j'étais à 5 ou 6*) et donc, les séances se sont passées chez eux. Pendant quelques mois ça s'est passé ici et puis je me suis rendue à TELA. Une autre chose est qu'à un certain moment, on a décidé de se voir tout à fait autre part qu'à mon domicile ou chez eux : faire une rencontre dans un café, etc. C'était peut-être pendant la période où TELA déménageait. J'ai pu choisir un endroit où les rencontrer.

RB : Parfois, un endroit neutre est plus intéressant ?

Jeanne : Oui, c'est propice à la créativité et cela sort un peu du cadre « médical ».

Pour y revenir : oui, le suivi a pris fin, je dois encore les rencontrer une seule fois. On verra ! Il est tout à fait normal que cela prenne fin, l'aide ne peut pas devenir éternelle. Un moment donné, il faut que j'arrive à me

débrouiller seule. Et puis je trouve que c'est un service tellement chouette qu'il faut que d'autres personnes puissent en bénéficier. Je pense que si vraiment, il y avait quelque chose qui n'allait pas, on ne me fermerait pas les portes.

RB : Le fait qu'on arrête devient en soi une bonne nouvelle ? Ça sous-entend que vous allez mieux ?

Jeanne : Oui ! Avant le Covid et avant ma rechute, j'étais mieux.. Mais là, je sens (*et eux aussi*) qu'on a fait un bon bout de chemin et qu'un moment donné, ça doit finir. Les choses qui n'ont pas de fin... Par contre, si vraiment, j'ai un souci important (*J'espère que non ! Mais imaginons que dans un an, ça n'aille plus...*) et que j'en ressens le besoin, je peux reprendre contact avec eux.

RB : Un dernier mot ?

Jeanne : (*Rire!*) Il faut savoir que pendant

mon parcours avec l'Équipe Mobile, j'ai pris aussi rendez-vous avec une psychologue. J'ai bien un psychiatre, mais c'est vraiment pour les aspects de médicaments. J'ai donc rencontré une très chouette psychologue, il y a un peu moins d'un an. L'idée était que, si c'était terminé avec l'Équipe Mobile, je restais suivie par la psychologue.

Un dernier mot ? Ben oui, le fait que j'ai maintenant la possibilité de faire appel à un pair-aidant et que je ne suis pas toute seule dans la nature. Voilà, c'est une autre façon d'aborder les choses, la maladie, puisque le pair-aidant est passé par des moments de sa vie qui ressemblent à mes moments, et c'est sur cette base-là que l'échange peut se passer...

RB : Merci beaucoup !

Jeanne : Merci à vous et à « mon équipe mobile ».

Lieux de Bruxelles 2: L'ancienne «Maison des Insensés», «Simpelhuys» ou «Dulhuys»



Lieux de Bruxelles est une rubrique qui présente des endroits qui, aujourd'hui ou dans les méandres des temps passés, ont ou ont eu une relation avec la santé mentale. Cette relation peut être franche et directe et parfois fort ténue.

Le congénère de l'époque n'étant pas très tendre envers ces personnes, la suite du texte utilisera des termes parfois durs, mais traduisant bien la mentalité du temps.

Introduction

Un peu d'histoire de la santé mentale – simplifiée à l'extrême – avant de commencer : Si à la préhistoire on trépanait parfois les souffrants pour permettre aux mauvais esprits de sortir de la tête du patient, à l'antiquité, sous Hippocrate et Galien, on tentait de réconcilier les 4 humeurs (la bile jaune, d'où l'expression « être bilieux » et « ne te fais la bile » ; la bile noire qui donne en grec le mot « mélancolie » ; la lymphe, qui nous a donné le mot « lymphatique » (nonchalant, phlegmatique) et le sang, qui fait de nous quelqu'un de sanguin, de jovial). Au Moyen Âge, sous l'influence de l'Église catholique, l'idée était plutôt de voir le problème de santé mentale comme une sorte d'emprise de l'esprit par le mal, le Malin, le diable en personne ! Dieu envoie maladie et folie à ceux qui se détournent de lui.

Un fou était donc d'office un possédé ! Il faut donc tout mettre en œuvre pour libérer l'esprit du souffrant !

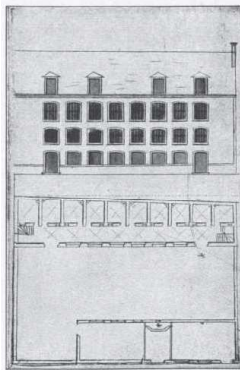
À Bruxelles, les simples d'esprit doux étaient gardés dans le cercle familial. Il étaient souvent enfermés dans des caves, des cabanons dans le jardin ou des greniers, la honte empêchant la famille de risquer que le malade soit vu par le voisinage. Et comme Michel Foucault l'écrit dans « Histoire de la folie », « [les] fous alors avaient une existence facilement errante. Les villes les chassaient volontiers de leur enceinte ; on les laissait couvrir dans des campagnes éloignées, quand on ne les confiait pas à un groupe de marchands et de pèlerins. »

Mais les fous dangereux (ou « fous furieux ») se voyaient enfermés dans les portes de la première enceinte de la ville, devenues inutiles après la construction de la seconde enceinte, il s'agissait de la porte de Cologne (nom ancien de la Porte de Scharbeek), de la Steenpoort (située au début de la rue Haute) et de la Verloren Cost-poort (située à la hauteur de la Chaussée de Flandre).

Là, les bonnes âmes de l'époque tentaient d'exorciser ces pauvres martyrs. Cela se passait parfois à l'aide de rituels très violents qui avaient parfois comme résultat la mort du patient.

La Maison

Le 31 mars 1590, la ville de Bruxelles prit la décision de faire construire un édifice spécial pour les « simples d'esprit ». Cette « Simpelhuys » devenait



biens vite un assez grand complexe avec des corps de logis séparés par des cours. Côté rue se trouvaient des cuisines, la brasserie, la réserve, le lavoir et la boulangerie. Elle comptait 60 cellules pour les fous. Entre des deux premières cours s'élevait une chapelle ayant deux oratoires distincts, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes.

La maison a connu plusieurs remaniements. En 1741, certaines cellules disposaient de commodités donnant directement sur l'égout, mais n'étaient toujours guère grandes (2,5m sur 2,2m). Elles étaient munies d'un guichet dans la porte.

L'ensemble était situé près de ce qui est actuellement le KVS (Koninklijke Vlaamse Schouwburg), sur le coin de la Rue de Laeken

et du petit Ring, et remplaçait les fours à chaux de la ville, tombés en ruine.

Conditions inhumaines

Les fous internés vivaient souvent dans des conditions inhumaines et ne pouvaient pas faire bien plus que d'attendre la mort. Il n'y avait pas de personnel soignant, seuls quelques gardiens (un seul au début!) mal payés veillaient à ce que les possédés ne s'enfuient pas.

En 1768, l'état du bâtiment était tel que l'atmosphère des cellules devenait « étouffante et empestée ». Les prêtres apportant les derniers sacrements aux pensionnaires en péril de mort doivent renoncer à accomplir leur mission jusqu'au bout...

Ce qui suit est tiré d'un document de 1941 du Professeur P. Bonenfant (Professeur à l'Université de Bruxelles et Archiviste de l'Assistance publique de Bruxelles) intitulé « L'Ancienne 'Maison des Insensés' ('Simpelhuys') de Bruxelles » :

[... Dans un rapport de T.-P. Caels du 14 frimaire an III (4 décembre 1794), on peut lire :] « Le rez-de-chaussée, n'est pas assez élevé au-dessus du sol ; il est même au-dessous du niveau du pavé de la rue ; il est si humide que le feu même n'est pas capable de le sécher. Pour épargner dans la superficie, on a multiplié les étages ; il y en a trois au-dessus du rez-de-chaussée. » Ce qui rend redoutable le danger d'incendie, car les escaliers sont en bois. Ce danger est encore accru par le fait que les cours n'ont qu'une sortie, « et qu'on ne trouve point une pompe d'incendie dans cette maison ». A chaque étage, un corridor « a sur ses côtés diverses chambres ou plutôt des trous, où ces malheureux sont renfermés, pour ne pas dire étouffés par le défaut d'air et par l'infection des latrines qui s'y trouvent. La plupart de ces loges n'ont point de fenêtres, on n'y respire l'air qu'à travers une ouverture faite dans la porte et qui n'a que 6 pouces de haut sur 9 à 10 de large : il y a un petit volet qu'on ferme ordinairement pendant la nuit. Quand on ouvre ces boîtes le lendemain, on rencontre une vapeur chaude et infecte, qui est sensible à l'œil. »

C'est à peine, nous dit un autre rapport, si « une chandelle peut s'y tenir allumée ». On va même jusqu'à affirmer que certains pensionnaires ont « les nerfs des genoux si retirés qu'à force de demeurer enfermés dans leurs cachots qu'il ne savent plus marcher

que sur leurs mains et sur leurs pieds, comme des bêtes ».

Ceux qui ne sont pas en cellule sont également groupés parfois « dans des chambres qui ne sont pas assez spacieuses, qui n'ont point de fenêtres opposées les unes aux autres pour renouveler l'air et qui par cette raison sont aussi très malsaines ». L'infirmerie est dans le même cas : « l'on pourrait à plus juste titre l'appeler le tombeau des fous ».

C'est qu'en effet la « Simpelhuys » revêt entièrement le caractère d'une prison : elle est essentiellement un établissement de police. Il est vrai qu'un médecin et un chirurgien y sont attachés, mais ils n'ont point pour mission de tenter la guérison des détenus. C'est ainsi qu'on constate en 1794 que « l'usage des bains et des douches, remède presque spécifique dans plusieurs espèces de démences, y est inconnu ». La raison en est fort simple : c'est que la folie n'est pas considérée comme une maladie, mais « comme un effet de la magie ».

De nombreux abus résultent, d'autre part, du mode d'administration de l'établissement : celui-ci, en effet, n'est pas géré directement par la ville, mais donné en ferme au « concierge » ou directeur. Celui-ci contracte généralement pour dix ans et reçoit de la ville une somme déterminée, calculée par jour et par tête d'aliéné. Moyennant quoi, il doit pourvoir ceux-ci de tout le nécessaire.

Il avait aussi le droit d'admettre des pensionnaires payants, non pas à proprement parler dans l'établissement, mais dans une maison contiguë lui appartenant et dite « Ryke Simpelhuys ». Ce système de l'affermage avait produit à la fin de l'ancien régime ces inconvénients habituels : d'abord, l'entretien des fous laissait énormément à désirer. Une dénonciation (anonyme, il est vrai, mais dont certains détails à tout le moins paraissent dignes de foi) nous apprend qu'en 1791 « la soupe que mangent ceux qui sont à charge de la ville n'est guère meilleure que ce que mangent les pourceaux ». Les pensionnaires payants ne sont d'ailleurs pas beaucoup mieux lotis : ils n'ont à leur dîner, trois jours par semaine, qu'une soupe « assez mauvaise » et deux tartines avec des fruits et du fromage. Il doivent payer leur vin en sus et on le leur compte à un prix exorbitant. La bière est mélangée de bière blanche ou

d'eau. Le thé, le café, l'eau de vie, le tabac sont également frelatés. Les fous qui ne reçoivent pas de secours de leurs parents « vont presque tout nus » et, s'il est fait don d'habit neufs à leur attention, on remplace ceux-ci par des guenilles. Ce qui est plus grave encore, c'est que, dans le même but de lucre, le directeur ne libère pas toujours ses pensionnaires lorsqu'ils recourent la raison : une inspection, faite en 1791, à la suite vraisemblablement de la dénonciation que nous venons d'analyser,

révèle l'existence de 33 aliénés guéris parmi ceux détenus aux frais de la ville et 11 parmi les pensionnaires payants. Ceci suffit à démontrer combien l'inspection régulière de la maison, fonction qui incombait aux trésoriers et inspecteurs de la ville, laissait à désirer.

Pendant longtemps aussi, les formalités de colocation avaient été d'une facilité qui permettait tous les abus : il suffisait d'un simple ordre des mêmes trésoriers et

receveurs, accordé sans aucune forme judiciaire, sur demande des parents ou des voisins accompagné d'un certificat médical. Ce n'est que le 27 juin 1771 que le magistrat décida qu'il faudrait à l'avenir une ordonnance rendue par lui dans les formes judiciaires. En 1794 la maison renfermait 94 hommes et 123 femmes.

Aujourd'hui

Aujourd'hui, il ne reste plus rien de la « Sijpeldhuys », si ce n'est quelques

revoir, ni pour apaiser ni pour partager une proximité.

Les souffrances s'expriment parfois avec colère et tristesse en même temps.

Des interrogations et des questionnements aussi. « *Qu'est-ce que je fais là ? Que me veut-on ?* » disait un Monsieur emmené par la Police pour une expertise psychiatrique demandée par le Parquet. La souffrance humaine rassemblée sous toutes ses formes dans un lieu où l'on accueille, où l'on aide et où l'on soigne sans trop juger, en laissant une place importante à l'écoute.

J'ai vu des soignants touchés par les récits et les parcours de vie des patients.

J'ai vu aussi ces mêmes soignants insultés par des patients sous l'emprise de l'alcool ou de drogues de toutes sortes.

Je n'oublie pas non plus ces soignants qui parviennent à manier avec doigté un langage teinté de beaucoup d'humour pour détendre l'atmosphère et se donner du baume au cœur face aux situations graves qu'ils affrontent.

J'ai vu des patients désespérés, rejetés, seuls et oubliés par leur famille.

J'ai vu des jeunes femmes marquées à vie par la violence des hommes.

Une souffrance qui empêche d'imaginer un avenir, des jours meilleurs.

J'ai croisé beaucoup de patients en errance et précarisés dont le seul lieu de vie est la rue ou le centre d'accueil d'urgence.

La souffrance psychique ne se retrouve certes pas seulement chez les personnes en situation d'exclusion et de précarité. Toutefois, cette détresse psychique revêt chez elles une importance considérable, elle met à mal tous les efforts de réinsertion dans la société. Comme l'écrit le sociologue Serge Paugam², ces personnes sont désqualifiées. Cela marque notre époque.

Et puis, il y a aussi celles et ceux qui ont déjà fait

stigmatiser, peut lui faire perdre les pédales, mais peut aussi libérer, peut mettre de l'ordre dans des choses qui étaient auparavant désordonnées et peut donner de l'espoir aussi : savoir que l'on souffre d'un vrai problème est le tout premier pas vers le rétablissement, non ? Et puis, n'est-il pas plus facile d'accepter son problème si l'on sait à quoi on a affaire ?

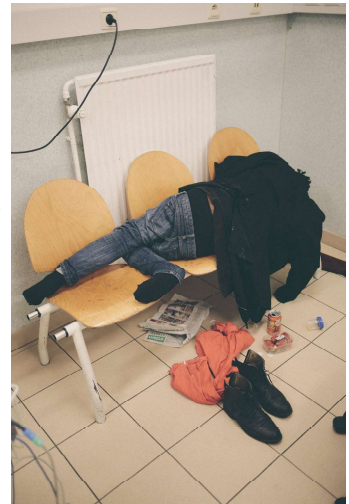
Donner un nom, une cause à un problème est couramment vu comme une bonne chose. Pourtant, au moins deux points de vue à ce sujet existent : certains psychiatres donnent le

CAS : Charles Antoine Sibille, je suis psychiatre. Je travaille au Service de Santé Mentale à Schaerbeek et dans deux Équipes Mobiles. La première est TELA qui est une Équipe Mobile 2b bruxelloise et qui travaille sur l'est de Bruxelles et une autre Équipe Mobile qui s'appelle 107 Précarité et qui, elle, a pour public cible des gens qui en situation de grande précarité, souvent mal logés ou habitants de la rue et qui ont des difficultés de santé mentale ou en tout cas un comportement

documents écrits qui se réfèrent à cet endroit impur. En 1803, le gouvernement de l'Ancien Régime décide d'envoyer tous les internés à Gheel.

De 1803 à 1819, l'endroit servit de prison, puis fut revendu et morcelé.

René Bartholomey



tous les hôpitaux de la ville, ceux qui vivent avec des hauts et des bas et qui sont mouvants du point de vue psychique. Ceux pour lesquels l'hôpital est un lieu pour se renforcer, pour s'apaiser et retrouver des forces.

Le service des urgences psychiatriques est un lieu singulier où on peut entrevoir la qualité de vie de notre société et ses limites. C'est le commentaire qui accompagnait en 2020 la diffusion d'un film tourné en immersion aux urgences psychiatriques et dans l'unité de crise d'un autre hôpital bruxellois. On sait qu'en psychiatrie on ne soigne pas et que la plupart du temps on ne peut qu'accompagner.

« *Je ne peux guérir toutes les souffrances que vous avez vécues mais je peux vous aider à vivre avec* ».

Le service des urgences psychiatriques est un lieu intense dans les relations humaines où l'on touche ce qu'il y a de plus intime en l'être humain.

En côtoyant les soignants pendant ces heures, j'ai pu observer et ressentir combien le patient aux urgences psychiatriques est véritablement le sujet du soin et non l'objet du soin.

Luc Detavernier

1: MICHAUD S. Place de l'infirmière de santé mentale aux urgences, 2013

2: PAUGAM S. La désqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté, PUF, 1994 (1991)

diagnostic, d'autres préfèrent éviter de le faire.

Nous avons posé quelques questions à un psychiatre afin d'éclairer notre lanterne à ce sujet.

Nous avons également demandé à deux patientes de nous donner une idée de comment elles avaient vécu leur diagnostic et de l'importance qu'il a eu sur leur vie.

René Bartholomey

ou des pensées qui dérangent certains, ou qui peuvent être considérés comme « à la marge ».

RB : Nous en présentons une dans ce journal et l'autre est l'auteur de l'explication sur les Équipes Mobiles. Après lecture de l'introduction à cette rubrique, quelle est, selon vous, la valeur d'un diagnostic ?

CAS : Je trouve que le texte d'introduction est très bien écrit et je trouve que cette valeur est

Thème brûlant: Immersion aux urgences psychiatriques du CHU Saint-Pierre



Une immersion au service des urgences psychiatriques du CHU de Saint-Pierre

« Dans l'imaginaire collectif les urgences des hôpitaux sont vécues comme un lieu fournissant une aide immédiate et de surcroît la guérison. Que la crise soit d'origine somatique ou psychiatrique, l'arrivée aux urgences est accompagnée d'une inquiétude, d'une angoisse. Quel que soit le motif déclenchant, qu'il y ait ou non une pathologie catégorielle associée, l'urgence se présente comme intense, massive et douloureuse, et le patient se sent dans une impasse. »¹

J'ai passé quelques heures aux urgences psychiatriques du CHU de Saint-Pierre à observer les allées et venues des soignants et des patients.

Quelle belle leçon d'humilité face à la détresse d'hommes et de femmes marqués par la vie.

Le service des urgences est un espace où alternent, jours et nuits, agitation et silence, tristesse et

déraison, larmes et rires, silences, cris et chuchotements.

Un lieu au centre-ville de Bruxelles où se croisent les regards perdus et d'autres en recherche de compréhension, où s'expriment les peurs et les propos incohérents, où l'on dépose ses peines, ses douleurs et ses épuisements. Un lieu où parfois on se retrouve à bout de souffle et au bout d'une longue course.

Un lieu particulièrement singulier, où se concentrent désespoir, colère, mélancolie, tristesse, peurs, incompréhension et chagrin.

Psychologues, psychiatres, infirmiers, médecins, assistants sociaux agissent en équipe. Les informations s'échangent avec justesse, avec humanité. Les regards des soignants se croisent, des regards qui en disent long sur la gravité, sur la souffrance humaine.

Au fil des heures, le temps s'écoule dans les petits cabinets et les salles de consultation, les mots se mettent doucement sur les choses, les émotions se livrent, les tensions s'apaisent, les larmes glissent sur les visages abîmés.

Les masques obligatoires effacent une grande partie du visage de chacun. Seul le regard est perceptible et seuls les mots se partagent.

On ne se touche pas, ni pour dire bonjour, ni pour dire au



Nouveau thème : La question du diagnostic



Entendre votre psychiatre vous donner son diagnostic, quelle que soit la maladie, est très souvent une expérience majeure dans une vie. C'est sans aucun doute un moment clef pour un très grand nombre de patients. Dans un grand nombre de cas, on peut franchement parler d'une vie

avant et après le diagnostic.

Vu par le patient, recevoir son diagnostic peut être traumatique en soi, peut déclencher un grand nombre de choses, peut lui donner l'impression qu'il n'est que sa maladie et rien d'autre que celle-ci, peut l'amener à s'auto-

Interview : La question du diagnostic vue par un psychiatre



Interview du Docteur Charles Antoine Sibille

Propos recueillis par René Bartholomey

RB : Pouvez-vous brièvement vous présenter ?

toujours ambivalente. C'est-à-dire qu'à la fois, ça peut apporter des choses et à la fois, ça peut – au contraire – enfermer aussi bien la personne qui le reçoit que son entourage et ses soignants, dans une perspective dans laquelle le dialogue semble un peu réduit par cette question d'un diagnostic arrêté. C'est une question très large et difficile à traiter comme cela.

RB : Certains médecins psychiatres éclairent le patient sur leur diagnostic. Quels sont, selon vous, les bienfaits de cette pratique ? Les aspects moins positifs ? En sachant que vous avez déjà abordé le sujet dans la question précédente.

CAS : Les bonnes raisons que certains trouvent pour donner un diagnostic, sans vouloir travestir la pratique de mes confrères, sont que, globalement, on se dit que quand il y a un diagnostic, il est plus facile de savoir ce qui se déroule, que c'est plus facile de se rattacher à une histoire clinique et que c'est plus facile aussi, du coup, d'avoir des perspectives de traitement aussi bien du point de vue médicamenteux que du point de vue plus psycho-thérapeutique. Ceci avec toute une mouvance qui a tendance à proposer alors, en association avec le diagnostic, une psycho-éducation qui apprend donc aux gens ce que c'est que de souffrir de telle ou telle maladie. C'est pour moi un modèle qui est tiré du modèle médical où diagnostique – pronostique – traitement sont étroitement associés. Or, je trouve que c'est un peu un abus de langage que d'appliquer cela à la question de la santé mentale qui, pour moi, est en général plus complexe que ça.

RB : Vous venez de répondre en partie à ma prochaine question, mais je vais la poser tout de même : Si le travail d'un psychiatre peut être vu comme un dialogue avec le patient, est-ce que donner un diagnostic ne freine pas ce dialogue ? « *Tout est dit, donnez-moi mes pilules et on n'en parle plus.* »

CAS : Sur la question du dialogue, je trouve la question très intéressante, parce que ça va déterminer la posture réciproque de la personne professionnelle de soins en santé mentale et la personne qu'elle a en face d'elle. C'est sûr que quand on utilise le diagnostic comme un label permettant de nommer ce qui se déroule pour la personne qu'on a en face de soi, je trouve que ça a tendance à fermer cette question du dialogue, puisqu'on part du principe qu'il y a un savoir sur ce qui se déroule pour la personne qu'on a en face de soi, auquel cette personne n'aurait pas nécessairement accès.

RB : Quels sont les biais – si l'on ne compte pas celui qui dit que l'humain est faillible – qui

pourraient sous-tendre à un diagnostic incorrect et, selon vous, ces diagnostics incorrects sont-ils fréquents dans votre métier ?

CAS : Dans la question historique de la psychiatrie et la question historique du diagnostic, on a malheureusement de tristes jalons. Aussi bien pendant la deuxième guerre mondiale que pendant la lutte pour les droits civiques des jeunes noirs américains où il a été très clairement démontré que le diagnostic de schizophrénie qui, auparavant, était plutôt un diagnostic donné aux femmes blanches, était tout d'un coup donné plutôt aux jeunes hommes noirs. Évidemment, ça s'inscrit dans un contexte d'une lutte de ces jeunes hommes pour un accès à des droits, à un accès à des choses qui n'étaient pas considérées à l'époque comme allant de soi et donc ça souligne la possibilité d'une dérive très franche. On peut aussi parler du « *diagnostic* » de l'homosexualité qui, d'un DSM à l'autre, à navigué dans des catégories qui tenaient plus des catégories moralistes que de quoi que ce soit d'autre, et puis, un moment donné, sous la pression de l'opinion publique qu'on peut bien entendu bien comprendre, ce diagnostic a disparu de la question de la maladie mentale et n'est plus considéré comme telle. On voit donc bien que le diagnostic est quelque chose d'éminemment lié à la culture et au contexte dans lequel on évolue et que ce côté très fermé d'un diagnostic est assez dangereux en ce qu'il permet de fermer des questions aussi importantes que l'accès aux droits civiques d'une partie de la population ou au droit à une orientation sexuelle quelconque.

RB : Existe-t-il des diagnostics à la mode ? On a parfois l'impression que *tout le monde et son voisin* est bipolaire, HP, autiste, hyper-actif, etc. etc.

CAS : Je suis un jeune psychiatre, je n'ai pas encore eu beaucoup de modes, mais c'est sûr qu'il y a des tendances à parler d'un trouble plutôt qu'un autre. Je trouve cette question assez intéressante parce que ces tendances sont déterminées autour d'un savoir psychiatrique, mais aussi par la société toute entière. Elle permet de décaler la question du diagnostic au simple psychiatre vers une question plutôt sociétale qui est de savoir comme on appréhende la souffrance psychique ou les comportements et pensées inhabituels. Je prends pour exemple le premier qui me vient en tête : le burnout. Le burnout est une notion assez à la mode qui vient souligner une situation d'épuisement qui, pour les psychiatres, à des critères relativement bien définis d'épuisement professionnel (*même si ça tend à s'élargir par exemple à la question du burnout parental*), mais qui, dans le discours général, est passé plutôt dans une sorte d'euphémisme

voulant dire « *tristesse* » ou « *fatigue* », ou simplement « *écrasement par la machine sociétale qui nous entoure* », ... Finalement, « *burnout* », faut-il parler de mode ou faut-il parler de phénomène ?

RB : D'ailleurs, on ne dit plus jamais que l'on est déprimé, on est directement « *dépressif* »... C'est cette tendance à vouloir augmenter l'importance de ce qu'on ressent : de déprimé, on passe à dépressif et de là à « *burnout* » parce que c'est encore plus « *fort* ».

Que dire à un patient qui a souffert d'une maladie pendant 30 ans avant d'être diagnostiqué et qui, pendant tout ce temps, a pris sa souffrance comme « *sa normalité* », et puis voit celle-ci s'effondrer ?

CAS : (Hésite)

RB : Dur, dur ?

CAS : Mais, c'est d'autant plus dur que, personnellement, j'essaie de ne pas travailler ou du moins le moins possible avec cette question du diagnostic. Et donc, j'adhère plus facilement au principe selon lequel sa réalité et sa souffrance ont été son quotidien et que sa créativité ainsi que ses ressources ont été au centre de ce qu'il a pu en faire. J'adhère bien plus facilement à cette notion-là qu'à cette notion de « *nous savons ce que vous avez, vous avez telle maladie ! Il y a quelque chose qui cloche pour vous.* » C'est sûr qu'en disant ceci, je me rends compte que ça pourrait être pris aussi comme une manière détournée d'enfermer les gens dans leur souffrance et de refuser un accès à une certaine bienveillance et à une certaine structure de soins. Mon objectif n'est pas non plus de me dire qu'en travaillant sans diagnostic, on travaille aussi sans structures soutenant pour les gens qui sont en difficulté. Il y a une pression à donner un diagnostic qui est mise par les mutuelles, les médecins du SPF handicap, des assurances, parfois même les structures sociales telles que certains CPAS et des logements d'accueil d'urgence, qui me semble délétère parce que cela pousse le psychiatre et la personne qui vient le voir à devoir choisir entre le fait de faire valoir des droits sociaux fondamentaux et le fait de qualifier ce que cette personne vit en termes de processus qui s'inscrit dans une histoire. Et les implications en termes de pression à la prise d'un traitement médicamenteux sont énormes. On en vient à entendre des menaces du type : « *tu prends les médicaments psychiatriques ou tu seras à la rue* », c'est terrible.

RB : La question du diagnostic à donner ou non au patient est-elle récente ? (« *old school* » versus « *new school* »)

CAS : Est-elle récente ? Non ! Elle est aussi vieille que l'humanité. La folie a toujours existé

arrivé. J'ai pu mettre des mots sur ce que j'avais vécu et je crois que cela m'a permis de me rétablir. Je me suis rendu compte que je n'étais pas ma maladie, et que ce que j'avais pu faire, les comportements inappropriés que j'avais eus, venaient de quelque part. Cela m'a rassuré.

La connaissance que j'ai de la maladie m'a permis de m'adapter et de faire attention à plusieurs facteurs tels que les heures de sommeil que je dois respecter scrupuleusement, ma vie qui doit être la plus stable possible et les personnes qui m'entourent qui doivent s'adapter à mon rythme de vie. Je ne peux par exemple pas faire la fête plusieurs jours d'affilée jusque quatre heures du matin ; mes proches et mes amis le savent et le respectent.

Selon moi, connaître son diagnostic permet

et les noms et le sens qu'on lui a donné a très fort varié en fonction des contextes culturels et historiques. Donc, pour moi, le diagnostic n'est rien d'autre que de donner un nom à quelque chose de « *fou* » qui demande à être décrit d'une manière ou d'une autre. Je ne pense donc pas que ce soit récent. Maintenant, dans l'occident moderne et postmoderne, je pense qu'il y eu beaucoup de mouvements, et parmi les psychiatres : il y a ceux qui adoptent une posture très médicale et qui partent du principe que ce que traversent les gens est une maladie comme une autre et qu'à ce titre-là, elle peut être nommée (*comme une appendicite ou une pancréatite*). D'autres psychiatres, avec un versant plutôt psychothérapeutique, vont utiliser d'autres systèmes de référence pour nommer cette « *folie* » d'une autre manière. Ils ne vont pas nécessairement utiliser leur diagnostic dans le sens de le partager avec la personne qu'ils ont en face d'eux. Il y a aussi des psychiatres qui ont abandonné cette idée d'être médecin avant tout pour devenir des thérapeutes dans le sens de le partager avec la personne qu'ils ont en face d'eux. Il y a aussi des psychiatres qui ont abandonné cette idée d'être médecin avant tout pour devenir des thérapeutes avant tout. Ceux-ci prescrivent très peu ou de manière parcimonieuse et s'inscrivent plus dans une mouvance où la psychothérapie est l'outil principal pour faire soin. Ce qui est important à souligner, c'est que l'air du temps pour le moment est plutôt à la psychiatrie qui s'appuie très fort sur le « *Manuel Statistique et Diagnostique* », donc le DSM, pour soigner les gens en fonction d'une pathologie avec des unités sur-spécialisées dans tel ou tel type de problématique et avec des essais cliniques et des études qui sont spécifiquement attribués à ces publics cibles sur-spécifiques pour essayer de créer des prises en charge scientifiques validées.

RB : Merci beaucoup !

CAS : Merci à vous aussi, c'est une très chouette occasion de s'exprimer sur une question très épineuse et qui m'a permis de réfléchir à tout ça ! Et il y a encore mille choses à en dire, oui !



Témoignages : Le diagnostic vécu par deux patientes



J'ai fait une décompensation à mes 17 ans

Je suis passée de phases hautes en phases basses pendant 2 ans. Suite à cela, j'ai rencontré mon psychiatre actuel. Celui-ci m'a prescrit et mis en place une médication et je me suis rétablie 3 ans après ma première crise.

Mon psychiatre ne m'a pas tout de suite donné

un diagnostic : il a d'abord établi un climat de confiance et il a été très rassurant. Petit à petit, il a préparé le terrain et il m'a parlé de la bipolarité.

Le jour où j'ai reçu le diagnostic, je me souviens que je n'ai pas trop compris sur le moment ; je ne connaissais rien de la maladie psychique. Je crois que j'ai eu peur de ne pas avoir une vie normale, de ne pas avoir de boulot, d'avenir. Cependant, ce diagnostic m'a quand même permis de mieux comprendre ce qui m'était

d'éviter les rechutes. Il existe des aides spécifiques et des outils pour les personnes vivant avec un trouble bipolaire. L'ASBL « le Finambule », par exemple, peut me soutenir ; je sais aussi qu'il existe des applications spécifiques sur téléphone pour aider des personnes avec un trouble bipolaire ; il existe des carnets de l'humeur, des vidéos de témoignage, ... Comment entreprendre ces démarches et utiliser ces outils sans connaître son diagnostic ?

Se sentir différente est vraiment dur et entraîne beaucoup de solitude. Le diagnostic permet d'avoir un sentiment d'appartenance. Et même si la maladie est stigmatisante, le fait de se sentir seule est bien plus difficile. Quand j'ai rencontré d'autres personnes avec un trouble bipolaire, j'ai commencé à me sentir plus légère, car je n'étais plus seule. Je pouvais parler : médication, effets secondaires, fatigue, honte, ... avec des personnes qui me comprenaient.

Plus j'ai échangé avec des personnes vivant avec un trouble bipolaire, plus j'ai appris à me connaître et plus j'ai pu en parler autour de moi.

C'est parce que la maladie est tellement innommable que certains psychiatres ne donnent pas le diagnostic ? Comment lutter contre la stigmatisation si on ne se dit pas que « trouble bipolaire », « schizophrénie », ce sont juste des mots ? Plus ces mots seront dits, communiqués et partagés, plus les personnes arrêteront d'en avoir peur. C'est la méconnaissance qui fait peur, pas le trouble en lui-même.

Lula

Dire ou ne pas dire

Lettres de nos lecteurs: Thomas nous écrit



J'ai 19 ans et je voulais vous partager mon vécu pendant cette crise sanitaire.

Après 5 ans d'études en Boulangerie au Ceria, j'ai opté à la rentrée de 2019 pour le CEFA et j'ai travaillé comme apprenti auprès d'un boulanger à Mouscron. Même si je suis passionné par ce travail difficile de boulanger et que mes résultats en cours théoriques étaient bons, j'ai vécu beaucoup de stress au travail. Cela a conduit à une forte décompensation et j'ai dû être hospitalisé et suivi dans une unité d'adolescents pendant de longues semaines.

Puis le Covid s'est installé et a complètement bouleversé notre quotidien. L'hôpital a dû libérer ses lits pour faire face à l'arrivée de patients atteints par le virus. Je suis rentré et puis quelques semaines plus tard, comme je faisais une rechute avec des angoisses et des peurs, je suis retourné en urgence à l'hôpital.

Pas facile ce parcours. Tests Covid avant de rentrer, seul dans les couloirs pour arriver à l'unité sans les parents, isolé pendant 2 jours sans téléphone et dans l'attente des résultats du test, sans possibilité de visites des familles, interruption des cours à l'Ecole Robert Dubois pendant l'hospitalisation.

C'était difficile pour moi. Les rencontres entre jeunes étaient réduites. Des ruptures de lien avec les copains que l'on se fait.

Il fut un temps où je pensais que l'annonce du diagnostic était une chose terrible. Je reçus en 2006 celui de « psychotique ». J'avais alors 33ans. Je ne vous passe pas la manière dont celui-ci m'a été asséné par un psychiatre sans doute peu versé à la chose, débutant dans le métier, d'orientation bio-médicale plutôt que thérapeute ou alors tout simplement maladroit. Je ne sais pas.

Ce que je sais est qu'il a comparé ma situation de « *malade potentiellement chronique* » à celle du mathématicien Nash dans le film Beautiful mind. J'avais vu ce film et il m'avait terriblement impressionné. Ce psychiatre se reconnaîtra peut-être. Déjà, je ne l'écouais plus, j'étais tétanisée. Je me remémorais les délires de Nash dans le film et soudain, les choses prenaient un sens. Je repérais des similitudes à mon état depuis des mois. C'était donc cela... J'étais psychotique, voire schizophrène... mon esprit galopait et atteignait le summum de l'horreur. Il a bien fallu que je quitte la pièce à un moment.

Et je me retrouvais seule à ressasser ces sombres pensées. Comment allais-je continuer en sachant cela ?

Toutes ces études et plans de carrière que j'avais faits ? Tout cela tombait donc à l'eau ?

En ¼ d'heure d'entretien, ma vie était devenue vide de sens et se résumait à une maladie affreuse avec laquelle j'allais devoir composer.

C'est là que je tombai en dépression profonde. Il me fallut quitter mon appart, je ne supportais plus de vivre seule. Accueillie chez ma mère, je restai là plusieurs mois, ne sachant plus me lever ni prendre une douche... me nourrissant à peine.

Un beau jour, je repris mon téléphone pour appeler ce psychiatre et lui asséner à mon tour

que je ne voulais plus de suivi et surtout pas avec lui, que je ne prendrais plus cette médication et que d'ailleurs je n'étais pas psychotique, que cela n'était pas possible. Cette colère me faisait du bien. Le voir comme un bourreau également...

C'est là qu'il me prévint : les crises pouvaient devenir plus fortes avec le temps et la récupération être plus longue et difficile....

Et en effet, elles se sont reproduites, ces crises. Qu'à cela ne tienne, je n'étais pas psychotique. Je repris alors contact avec un ancien psychiatre qui m'avait suivie de 1999 à 2003 et nous nous mîmes d'accord sur le fait que j'avais un trouble de la personnalité de type schizoïde.

Ce psychiatre-là ne m'avait jamais ni diagnostiquée ni médiquée. J'avais pourtant atterri dans son cabinet en 1999 après un passage aux urgences psychiatriques. Il était donc déjà bien clair que je ne tournais pas rond. Alors ? Ne pas diagnostiquer, ne pas médiquer ? Était-ce un bien ?

En 1999, j'avais 27 ans, la vie devant moi, plus de temps pour traverser la tempête, plus de temps pour me reconstruire... Au lieu de cela, j'ai continué à vivre avec « *je ne sais quoi ni n'allait pas chez moi* », à fonctionner tant bien que mal et plutôt mal que bien... Je délirais en sourdine et personne ne s'en rendait compte, enfin pas moi en tout cas.

Et ça me compliquait l'existence cette parano permanente : l'impression d'être sur écoute, que l'on chipotait à mes données informatiques au travail. Je voyais et j'entendais des choses bizarres et j'étais préoccupée en permanence. Donc était-ce un bien ? A me lire, on se dira : elle en veut à celui qui l'a diagnostiquée et médiquée ; elle en veut à celui qui a tenté de la laisser vivre sa vie « *normalement* ».

Hé bien non, j'ai 47 ans et je n'en veux plus à

personne.

Il m'a fallu 20 ans pour vivre ma maladie et m'en sortir mais je n'en veux plus à personne. La psychiatrie n'est pas une science exacte : savoir que faire ? quand faire ? Comment faire ?

Une personne n'est pas l'autre non plus. Personne ne réagit de la même façon.

Un chemin de rétablissement n'est pas l'autre non plus. Il peut être court, il peut être long. Ce que l'on a à vivre, suivant son « *type de personnalité* » justement.

J'ai beaucoup appris de mon parcours et j'apprendrai encore.

« *Non, rien de rien... Non... je ne regrette rien... ni le bien qu'on m'a fait, ni le mal, tout ça m'est bien égal.* »

Sylvie



En sortant de l'hôpital, une chose était certaine, je ne voulais plus reprendre les cours et l'apprentissage boulangerie. Trop de souvenirs de harcèlement, de stress, trop d'idées noires.

J'ai eu très vite la chance extraordinaire de travailler comme bénévole pour le CPAS de Berchem-Sainte-Agathe. Un tout grand merci à eux de m'avoir fait confiance. J'aidais chaque jour à confectionner des colis alimentaires pour les plus démunis. Nous allions à la banque alimentaire, attendre notre tour pour nous approvisionner en produits. Ensuite, au CPAS on préparait les colis.

Parfois je pouvais assister les jardiniers dans le jardin collectif du CPAS. Je créais des liens et j'aimais me rendre utile pour les autres. Ce bénévolat m'a permis de retrouver confiance en moi. Je me rendais compte que je n'étais pas le seul à avoir des difficultés et à vivre des souffrances.

Durant l'été 2020, une place au centre de jour Imago d'Anderlecht m'était proposée. Ce n'était pas facile de m'y insérer et de comprendre ce que j'allais y faire. Petit à petit j'ai lié des liens avec d'autres jeunes adultes qui comme moi cherchaient à se reconstruire et à trouver leur voie.

Ensuite à la rentrée de septembre, avant la deuxième vague du Covid 19, j'ai eu l'opportunité d'un deuxième bénévolat auprès d'une organisation de transport de personnes handicapées et à mobilité réduite. Je pouvais combiner le bénévolat avec mon séjour dans le



centre de jour. Là, à Solumob, j'ai bénéficié d'un accueil chaleureux de la part des responsables, d'une bienveillance aussi de la part des chauffeurs avec lesquels je pouvais rouler.

J'ai retrouvé une place parmi les autres, je me sens utile et j'aime rendre service aux personnes âgées que nous accompagnons à l'hôpital ou chez leur médecin. J'écoute et je m'intéresse à leurs histoires. Je fais de mon mieux pour les aider. Et maintenant, après 5 mois de bénévolat, la société de transport Solumob m'a proposé un contrat d'insertion professionnelle.

J'ai arrêté de fréquenter le Centre de jour tout en restant lié d'amitié avec mes « *potes du*

centre ». Je combine aujourd'hui travail d'accompagnement et formation d'ambulancier. Chaque jour, quand je me lève, je suis heureux d'aller travailler et de retrouver mes collègues. Je vais beaucoup mieux grâce à ce travail et à la bienveillance des collègues.

On n'est jamais au bout de ses souffrances, mais on avance et on peut vivre avec. On ne me juge pas là où je suis, on agit avec moi comme avec les autres.

Le bénévolat m'a reconstruit petit à petit et je voulais vous dire que malgré cette crise sanitaire compliquée, je découvre chaque jour dans mon travail des personnes attachantes et que je suis heureux d'accompagner. D'ailleurs, je prépare régulièrement des petits biscuits et des pains pour mes collègues et les patients réguliers que nous transportons. La boulangerie et la pâtisserie restent un plaisir à partager avec les autres.

Je poursuis aussi mon bénévolat deux fois par mois avec la Cellule du cœur. Nous distribuons des colis, des vêtements et des couvertures aux sans-abris du centre de Bruxelles. Si vous avez des savons, des brosses à dents, des gels pour la douche, des produits d'hygiène, des eaux de toilette, des sous-vêtements, des serviettes, des bonnets, des écharpes, vous pouvez me les faire parvenir (*via la Plateforme bruxelloise en santé mentale*). Je les mets dans mon caddie et je les redistribue avec mon équipe de bénévoles.

Merci à vous si vous publiez mon histoire dans votre journal Schieve Niouz !

Je ferai lire le journal à mes collègues et mes amis !

Thomas de Bruxelles