

# Des soins psychiatriques très spécialisés, en lien avec le milieu de vie

■ En Belgique, environ 30 000 personnes déficientes intellectuelles font, au moins une fois dans leur vie, une décompensation psychiatrique.

■ Le Centre hospitalier Jean Titeca, à Bruxelles, a ouvert une unité pour ces patients à “double diagnostic”.

Un grand miroir est fixé dans le couloir de l'unité de soins “Les bambous” du Centre hospitalier Jean Titeca (CHJT), à Bruxelles. “Beaucoup se regardent : cela permet d'avoir une vue globale de soi”, explique Nathalie Clochard, directrice du département des soins.

Chaque année, plus de 700 patients sont admis dans cette institution psychiatrique de 255 lits répartis dans neuf unités de soins. Le centre hospitalier compte aussi 28 lits pilotes pour les adolescents souffrant de troubles mentaux qui ont commis des faits qualifiés d'infractions (des lits Fork, dans le jargon).

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018, l'hôpital Titeca propose sept lits pour les patients à “double diagnostic”. Il s'agit de personnes avec une déficience intellectuelle qui, à certains moments de leur vie, font des décompensations psychiatriques. Cette problématique, mal connue, touche pourtant, potentiellement, 30 000 personnes...

On estime qu'entre 2 et 3 % de la population belge (environ 300 000 personnes) présentent une déficience intellectuelle. Un tiers d'entre elles (soit 100 000 d'entre elles) développent en plus dès l'enfance ou, plus souvent, entre 15 et 20 ans, une maladie mentale plus ou moins grave: psychose, troubles de l'attachement, troubles de l'humeur, dépression profonde...

**Au moins une fois au cours de leur vie**

Pour ces patients et pour leurs familles, le quotidien est souvent très dur. Il peut devenir carrément ingérable quand la personne traverse des phases de crise aiguë. Une situation de stress ou un imprévu peut déclencher des réactions parfois très violentes face auxquelles les proches ou les institutions où résident ces personnes handicapées mentales sont tout à fait désarmés.

“Environ un tiers d'entre elles présentent, au moins une fois au cours de leur vie, un épisode de troubles sérieux du comportement”, indique le docteur Pierre Titeca, président du conseil d'administration du

## Contexte

**Saturation.** Les services de psychiatrie des hôpitaux bruxellois sont complètement saturés depuis plusieurs mois. Mardi, l'hôpital Brugmann a dû faire face à une situation délicate, rapportait BX1 : quatre patients à gérer pour seulement trois lits disponibles. Depuis plusieurs mois, le service psychiatrie se plaint du manque de places disponibles pour soigner les patients qui ont besoin de traitements spécifiques. Une réalité presque quotidienne, selon Caroline Depuydt, psychiatre et présidente de la commission psychiatrie de l'Absym.

Dans ce contexte, la prise en charge de patients qui présentent un double diagnostic est d'autant plus difficile.

CHJT et psychiatre au sein de l'hôpital. “Ce qui veut dire qu'en Belgique, environ 30 000 personnes nécessiteront, à un moment de leur vie, une prise en charge très spécialisée.”

Du côté francophone, jusqu'en octobre, on orientait les patients vers l'unité 23 du Centre psychiatrique de Manage, dans la province de Hainaut, le service hospitalier de “double diagnostic”, censé couvrir les besoins de Bruxelles et de la Wallonie. Mais les 25 lits affichent toujours complet et la liste d'attente est longue. Un autre service “double diagnostic” existe à la clinique des frères Alexions Henri-Chapelle, à Welkenraedt – le bout du monde pour les Bruxellois.

**Intervention rapide du réseau**

Au sein du Centre hospitalier Jean Titeca, le docteur Evelyne Peeters, psychiatre spécialisée dans le suivi des patients à double diagnostic, sensibilisait déjà le conseil d'administration à

cette problématique depuis plusieurs années. En 2013, Titeca développe le projet “Maya”, la première équipe mobile “double diagnostic” à Bruxelles. “Il est clair qu'une personne déficiente intellectuelle qui décompense est plus stressée par son environnement et davantage susceptible d'être

débordée par ses troubles psychiatriques”, explique Nathalie Clochard. Il faut d'abord pouvoir identifier rapidement le problème.”

Pour stabiliser les personnes en crise, l'intervention rapide du réseau et d'une équipe mobile de soins peut suffire dans de nombreuses situations. Mais il y a des cas pour lesquels une hospitalisation temporaire dans une unité spécialisée s'impose. “On s'est appuyés sur l'expérience, en interne, de notre équipe mobile Maya, ne pouvaient faire face à toutes les situations, et devaient pouvoir faire appel à une unité de soins hospitaliers en cas de décompensation psychiatrique grave. Il semblait naturel que l'hôpital mette sa pierre à l'édifice”, argumente le docteur Titeca.

Au bout d'un long parcours (lire ci-contre), les sept premiers lits "double diagnostic" ont donc été créés à Bruxelles début octobre, au sein de l'unité "Les bambous" (22 lits). *"Un service spécifique ne peut se réduire à lui-même, insiste la responsable du département des soins, Nathalie Clochard. Il faut un maillage entre médecins généralistes, les équipes mobiles, les maisons de soins psychiatriques... Cette unité est une nouvelle solution alternative pour le réseau de soins qui peut dès lors mieux s'organiser pour répondre aux besoins des personnes concernées."*

Les sept lits ont été immédiatement tous remplis. Le financement complémentaire ne permet pas encore d'atteindre la norme d'encadrement nécessaire pour prendre en charge les situations les plus

complexes, explique le docteur Titeca (lire par ailleurs). *"On se limite actuellement aux décompensations psychiatriques modérées, pour éviter de mettre en péril la qualité et la sécurité des soins, dit encore le médecin. Il faut que les patients soient, un minimum, capables de vivre avec les autres, de supporter la frustration et d'avoir accès à la parole."*

#### Éviter la boucle de l'institutionnalisation

L'expérience est évidemment toute récente. Les patients sont assez jeunes, en dessous de la trentaine, relève la responsable du département des soins. *"On doit les accompagner dans tous les actes de la vie quotidienne, stabiliser le trouble mental et potentialiser leur autonomie. La collaboration avec le milieu de vie est le fil rouge."* Le travail, de façon soutenue, vise à limiter la durée d'hospitalisation à un maximum de trois mois – éventuellement renouvelable – *"pour éviter d'entrer dans la boucle de l'institutionnalisation chronique"*, précise encore Nathalie Clochard.

Les personnes déficientes intellectuelles ont du mal à mettre les maux en mots: leur prise en charge en cas de crise doit être tout à fait particulière. *"Il est essentiel d'avoir du personnel qui développe une expertise et qui soit formé à la fois au handicap mental et au trouble mental. Il s'agit de soins sur mesure qui nécessitent une formation hyperspécialisée. Les ponts entre les deux secteurs se renforcent depuis quatre ou cinq ans. L'expertise est en cours de développement."*

Annick Hovine

*"Cette unité est une nouvelle solution alternative pour le réseau de soins."*

**Nathalie Clochard**

Directrice du département des soins

## Sept lits au bout d'un long parcours

En 2013, l'équipe du centre hospitalier Jean Titeca a rejoint le groupe de travail "Double diagnostic" de l'Association nationale d'aide aux handicapés mentaux (rebaptisée Inclusion) présidée par Claude Meyer, vice-président de l'ASBL Constellations, à l'initiative de la construction de lieux de vie pour personnes avec un handicap mental. Ce groupe a mené un intense travail de sensibilisation du monde politique pour qu'une unité de soins hospitaliers comportant des lits "double diagnostic" voie enfin le jour à Bruxelles.

Un premier pas était franchi le 18 mars 2014: le Sénat adoptait, à l'unanimité, une résolution déposée par le CDH André du Bus. En décembre 2015, deuxième avancée: le Conseil supérieur de la santé publie un avis sur les besoins en matière de "double diagnostic" qui recommande la mise en place d'unités de traitement hospitalier spécialisées disposant d'une norme d'encadrement équivalente à 1,35 équivalents temps plein (ETP) par lit.

#### Une concertation "peu banale"

Trois: la ministre fédérale de la Santé, Maggie De Block (Open VLD), débloque, dès 2016, un budget structurel de 3 millions d'euros. Cet argent permet de renforcer l'équipe mobile Maya, qui bénéficie aussi d'un financement accordé via la Cocof (Commission communautaire française) par Céline Fremault (CDH), ministre bruxelloise en charge des Personnes handicapées. Quatre: les ministres bruxellois Guy Vanhengel (Open VLD) et Didier Gosuin (Défi) décident, via la Cocom (Commission communautaire commune), de prendre, à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2018, le relais du fédéral pour financer l'équipe mobile. Ce qui permet de réorienter le budget fédéral vers l'ouverture de lits hospitaliers.

Le projet d'unité pour personnes à "double diagnostic" se concrétise à Bruxelles: sept lits sont ouverts depuis octobre au centre hospitalier Jean Titeca. *"Il résulte d'une volonté et d'une concertation peu banale entre les pouvoirs fédéral, communautaire et régional à financer les différents aspects"*, se félicite Pierre Titeca. En 2020, une fois le projet de reconstruction de l'hôpital terminé, l'unité devrait compter entre 15 et 21 lits.

An.H.

# Il faudra aussi des unités de soins intensifs pour ces patients

Si des jalons importants ont été posés pour la prise en charge des personnes à "double diagnostic", il reste plusieurs défis à relever. Pour soutenir le réseau et maintenir les patients dans leur milieu de vie, il faudra développer, à moyen terme, un centre de consultation spécialisé, estiment les responsables du Centre hospitalier Jean Titeca.

Et il faudra aller plus loin pour gérer les situations de crise les plus compliquées. Les normes actuelles d'encadrement à l'unité "Les bambous" ne permettent pas une prise en charge intensive des décompensations psychiatriques les plus sévères. Ce n'est possible que dans une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), où les normes d'encadrement (1,35 ETP par lit, selon les recommandations du Conseil supérieur de la santé) doivent être respectées si on veut assurer à la fois la continuité et la sécurité des soins, souligne le docteur Titeca. Il faudrait donc un subside complémentaire pour que "Les bambous" puissent atteindre cette norme K.

Aujourd'hui, face à une crise aiguë, les familles n'ont pas d'autres choix que de réagir dans l'urgence : appeler la police et de-

mander une mise en observation. Cela ne règle rien. Après la crise, les patients sont renvoyés en famille ou dans leur lieu de vie. Jusqu'à la suivante. Beaucoup, jugés ingérables, se font exclure de leur institution.

Il arrive qu'on trouve une place, pour un court séjour, dans un hôpital psychiatrique – où les "double diagnostic" constituent 10% des patients. Mais les soins n'y

sont pas appropriés. Ces personnes se retrouvent parfois en psychiatrie pour de longs séjours, qui atteignent 44 mois en moyenne, précise le docteur Titeca. *"Pour la moitié, la durée de séjour dépasse même 6 ans!"* Cette hospitalisation chronique n'est

## 44

**mois, la durée moyenne d'hospitalisation**

Dans les services psychiatriques pour les patients à "double diagnostic".

pas une solution pour des patients qui, encadrés et accompagnés, peuvent très bien vivre en institution en dehors des phases aiguës de crise.

La non-prise en charge adéquate des personnes handicapées mentales en crise psychiatrique entraîne d'autres conséquences, dramatiques. *"Certains décompensent à un point tel qu'ils commettent des délits, souvent mineurs, et se retrouvent internés en prison. C'est une situation humaine et éthique très problématique."*

An.H.