

Roger Consbruck

La psychiatrie au Grand-Duché en 2010

De retardataire à élève modèle ? ... la réforme a-t-elle passé le cap ?

Pourquoi fallait-il une réforme de la psychiatrie ? On sait aujourd'hui que les troubles psychiatriques sont très répandus dans les pays développés et touchent en moyenne 10 % de la population. L'OMS¹ prédit qu'en 2020, les dépressions seront la 2^e source du fardeau global des maladies, l'alcool et les drogues ainsi que leur cortège de conséquences indésirables étant déjà actuellement à un stade endémique.

Mais on sait aussi que grâce aux progrès de la prise en charge et notamment de la pharmacologie depuis les années 1950, les troubles du comportement, à de rares exceptions près, peuvent être traités sans éloigner les malades de leur environnement normal.

Alors que l'Italie fermait ses hôpitaux psychiatriques dès la fin des années 1970, rares étaient à cette époque les malades souffrant d'affections psychiatriques ou de démences qui échappaient au Grand-Duché à l'internement à l'asile psychiatrique d'Ettelbruck. En 1970, 1 200 malades y étaient suivis par trois médecins-fonctionnaires – on devine aisément qu'il ne pouvait guère s'agir de prises en charge individuelles et que celles-ci se résumaient plutôt à du gardiennage et à la mise à l'abri de « situations honteuses ».

Dans « Notre archipel du Goulag » (*Lëtzeburger Land*, 30.7.1976), Mario Hirsch² écrit : « Dans cet univers clos, les malades sont condamnés à ressasser leurs obsessions, leurs échecs. Isolés, désormais, rien ne les prépare à se réadapter à une vie normale. Signe révélateur la comparaison avec la prison ne joue guère en faveur

En 1970 à l'asile psychiatrique d'Ettelbruck, 1 200 malades étaient suivis par trois médecins-fonctionnaires.

d'Ettelbruck. Les prisonniers transférés à Ettelbruck regrettent pratiquement tous l'atmosphère du Grund. Ce n'est pas l'institution prise en elle-même, mais tout un réseau de complicités, de négligences, de fuites devant une responsabilité écrasante, bref une conspiration du silence qui jette l'opprobre sur notre société dans son ensemble. » Cette société, en les enfermant, croyait-elle vraiment pouvoir s'affranchir d'une misère et de drames humains qui lui étaient insupportables ?

Les rapports Sunier (OMS, 1958) et Aujaleu-Rösch (OMS, 1970) avaient déjà dénoncé cette situation ; toutefois, malgré

les efforts individuels des premiers militants de « décentralisation », une réforme devenue surannée se faisait attendre.

Pourtant, elle s'imposait pour de multiples raisons :

- depuis longtemps, les traitements à l'asile ne répondaient plus aux acquis de la science ;
- ce mode « de prise en charge » stigmatisait les malades à vie jusqu'à provoquer la désolidarisation de leur proches et à les laisser dans leur solitude miséreuse ;
- mais surtout, il existait d'autres possibilités, plus efficaces, moins onéreuses, moins traumatisantes...

Ne pas réformer la psychiatrie était devenu injustifiable, irresponsable, contraire à toutes les valeurs sociétales et de notre système de santé.

C'est donc en 1989 que le gouvernement se décida enfin à prendre à bras le corps ce problème aux effluves de scandale, en commanditant le rapport Haefner, dont les recommandations pouvaient être résumées ainsi :

Roger Consbruck est conseiller de gouvernement au Ministère de la santé et coordinateur de la Plate-forme de psychiatrie.

- décentraliser la psychiatrie et éviter l'institutionnalisation chronique des malades ;
- traiter les patients souffrant de troubles mentaux conformément aux acquis de la science ;
- éviter ou du moins réduire leur stigmatisation en les réintégrant rapidement et dans de bonnes conditions dans leur milieu de vie naturel.

En déclinant ces recommandations en objectifs opérationnels, il se dégageait qu'il fallait pouvoir assurer, par subsidiarité aux prises en charge en psychiatrie libérale, que :

- les traitements aigus (y compris les placements) soient assurés dans les hôpitaux aigus ;
- les réinsertions soient assurées le plus rapidement possible dans le milieu de vie habituel des patients, sinon dans une structure extrahospitalière adaptée, encadrée par des professionnels compétents (traitements, logements, travail et loisirs encadrés) en passant, le cas échéant, par une réhabilitation stationnaire dans un établissement spécialisé.

Tribulations autour de la mise en place de la réforme

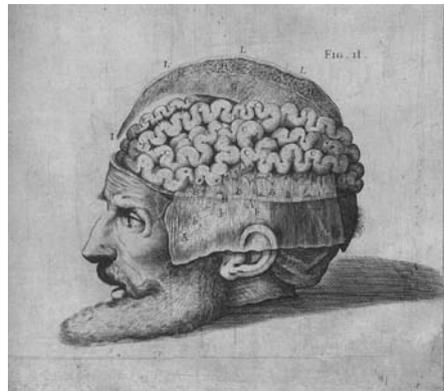
Or, en 1993, les prémisses pour un tel changement de paradigme n'étaient que crocus en février.

Il fallait abandonner les chemins battus et non seulement redessiner le circuit de prise en charge des patients, mais aussi créer les structures nécessaires, comme les services spécialisés dans les hôpitaux, et développer les services extrahospitaliers. Il fallait réagencer et réaligner les rôles des différents prestataires dont la majorité s'était acclimatée à une situation qu'ils jugeaient peut-être regrettable, mais qui les préoccupait moins que le changement qui allait les attendre. Il y avait beaucoup d'ambivalences qui ne pouvaient être clarifiées que par le dialogue et la recherche de consensus autour des valeurs du nouveau paradigme.

Si des devoirs préparatoires tels que l'introduction de la création de services spécialisés dans les hôpitaux aigus au plan hospitalier de 1994 et la mise en place progressive de structures extrahospitalières

de thérapie, de travail et de logements, voire de loisirs encadrés, ainsi que la révision de la législation de l'Hôpital neuro-psychiatrique (CHNP) en 1998 avaient encore pu se faire sans grandes résistances, il n'en était pas de même du dialogue avec les acteurs.

Mais une réforme ne s'impose pas. Elle ne peut réussir qu'en faisant adhérer ceux qui doivent la mettre en œuvre sur le terrain autour d'un consensus sur un concept qu'ils peuvent partager. Comme ce processus traînait, il fallait bien que le gouvernement revienne à charge dès 2000 pour mettre en place un dialogue avec les acteurs



clés afin de traduire, pas à pas et en recherchant les consensus nécessaires, les recommandations de l'expert.

Ainsi, pour décentraliser et réformer la psychiatrie, le ministre de la Santé mit en place dès 2000 un groupe de travail composé d'*opinion leaders* des prestataires des hôpitaux et du CHNP qui, sur base des recommandations du rapport Haefner, s'accordent sur le consensus autour des axiomes et objectifs suivants :

- mettre en place une politique de prise en charge cohérente concrétisée par une chaîne/filière préhospitalière, hospitalière et posthospitalière qui se donne les moyens de ses ambitions ;
- éviter que les services de psychiatrie ne deviennent des « fourre-tout bienvenus » pour ventiler toutes sortes d'autres problèmes « qui dérangent » ;
- limiter les prises en charge des problèmes en rapport avec les pathologies relevant de la psychiatrie dans d'autres structures ou

services, surtout quand ces derniers ne disposent ni des moyens ni des compétences suffisants et adéquats pour garantir un travail sérieux et échappent à toute évaluation des résultats ;

- à défaut de pouvoir éviter la chronicité de certaines pathologies psychiatriques, il y a lieu de tout mettre en œuvre pour que les malades qui en souffrent bénéficient tout au long de leur vie d'une chaîne de prise en charge encadrée visant une existence aussi normale que possible ;
- pour dédramatiser, tant pour le malade que pour la société, le cortège des effets liés à ces affections, il y a lieu d'organiser une prise en charge qualifiée de sorte à réduire

au strict minimum les épisodes d'hospitalisation dans des services aigus ; ceci implique l'existence de structures adéquates de prise en charge pour pouvoir les éviter.

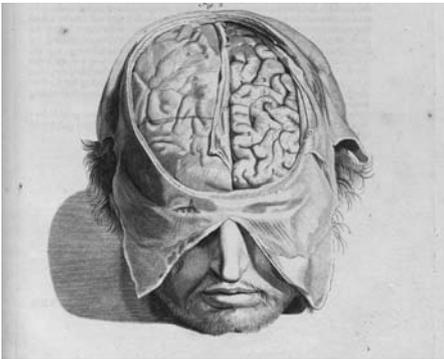
Ils proposent comme stratégie :

- de poursuivre la décentralisation de l'ancienne structure asilaire et de créer des services de psychiatrie spécialisés dans les hôpitaux généraux de garde ;
- d'y admettre toutes les urgences et crises via le service d'urgence des hôpitaux de garde et de décider au centre de crise des suites à donner, afin d'éviter dans la mesure du possible ou d'avoir soin de raccourcir les hospitalisations, en envisageant dès le départ la réinsertion dans un cadre de vie approprié moyennant une collaboration structurée avec les consultations, respectivement l'hôpital de jour et les structures du secteur extrahospitalier (centres de jour et de rencontre, travail et logements encadrés) ;
- d'encadrer cette évolution par une politique systémique volontariste, d'en sur-

veiller l'évolution des résultats (carte sanitaire) et de prévoir un ou des comités scientifiques/de guidance dans le cadre d'une politique afférente plus proactive.

Le plan hospitalier 2001 est adapté en conséquence et la nouvelle coalition gouvernementale de 2004 soutient ce concept. Elle s'entoure de l'expertise externe du Pr. Rössler, co-auteur du rapport Haefner.

La décentralisation est poursuivie ; des sections ouvertes et fermées sont créées dans les hôpitaux et les structures et services extrahospitaliers sont renforcés via



Les urgences sont admises au service spécialisé de l'hôpital de garde. Ce passage s'est fait sans qu'aucun incident n'ait été signalé ; au contraire, les internements et privations de liberté ont diminué ou durent moins longtemps. En collaboration avec les autorités judiciaires, la législation sur l'hospitalisation et les traitements sous contrainte a été réformée fin 2009 et s'aligne parfaitement sur les recommandations du Conseil de l'Europe et des organisations militant pour le droit des malades. Dans le cadre du contrôle externe des lieux privés de liberté, l'inspection des services de psychiatrie a été confiée au médiateur.

Après 150 ans, l'ère de l'asile a définitivement pris fin. Désormais, les traitements aigus, qui de par leur nature ne peuvent se faire en consultation libérale ou en hospitalisation de jour, se font dans les services spécialisés des hôpitaux aigus.

gement des prises en charge ambulatoires. Les Centres de jour se sont structurés selon un modèle consensuel ; le nombre de logements protégés a quasi doublé en quelques années et les postes de travail protégés et les structures de loisir pour malades chroniques répondent à la plupart des besoins. Le CHNP à Ettelbruck a entamé sa métamorphose. L'institution a été transformée en établissement de réhabilitation stationnaire, qui décentralisera et modernisera ses infrastructures dans les années à venir. Partout, l'arsenal des moyens de prise en charge, notamment aussi pour les jeunes, s'est considérablement étoffé et diversifié.



la création régionale d'unités de thérapie stationnaires et ambulatoires. La volonté de moderniser et de décentraliser le CHNP est réaffirmée. Le ministre de la Santé s'engage personnellement à faire de la concrétisation de cette réforme un des chevaux de bataille de son mandat et met en place une plate-forme de coordination élargie avec les acteurs de tous les secteurs, à laquelle sont intégrés des représentants des patients, des financiers (caisses de maladie) et des organisations militant pour les droits humains.

Dans son rapport fin 2004, l'expert Rössler, co-auteur du rapport Haefner, confirme les orientations de base et approuve en gros la méthodologie de sa mise en œuvre, mais il constate et stigmatise des retards notables dans son opérationnalisation, et exhorte d'accentuer la réforme surtout au niveau de la structure de réhabilitation.

2010 : l'heure d'un premier bilan

Depuis le 1^{er} juin 2005, plus aucun patient n'est admis directement au CHNP.

Enfin, après 150 ans, l'ère de l'asile a définitivement pris fin. Désormais, les traitements aigus, qui de par leur nature ne peuvent se faire en consultation libérale ou en hospitalisation de jour, se font dans les services spécialisés des hôpitaux aigus. Les services de psychiatrie sont parfaitement acceptés dans les hôpitaux, il n'y a plus d'« apartheid » pour les malades souffrant de troubles psychiques. Comme pour tous les autres patients de l'hôpital, ces malades entrent et sortent par la même porte et leurs prises en charge sont devenues conformes aux acquis de la science, à tel point que les services spécialisés de psychiatrie se lancent désormais dans des comparaisons internationales et peaufinent leurs démarches qualité.

Les réinsertions sont assurées le plus rapidement possible et, chaque fois que possible, dans le milieu de vie habituel des patients.

Les structures extrahospitalières ont pu se développer grâce notamment à l'intervention des caisses de maladie dans le finan-

Les principales causes de stigmatisation sont éliminées, la paix sociale a pu être maintenue. La Plate-forme joue son rôle, le dialogue entre les prestataires est établi et la coordination entre les acteurs sur le terrain est définitivement entamée.

L'évaluation externe est confiée au Pr. Rössler, expert de renommée et fin connaisseur de la scène nationale. Il résume ainsi son compte rendu de mission : « Du point de vue structurel la réforme touche à sa fin. Elle a pu être déployée dans un contexte de prospérité économique, mais doit essentiellement son succès grâce au dialogue franc et institutionnalisé avec les acteurs et surtout à la volonté politique soutenue et cohérente des coalitions gouvernementales successives et à l'engagement du Ministre de la Santé.

S'il s'agit de combler encore du retard dans certains secteurs, il y a lieu maintenant de continuer le travail en profondeur, d'harmoniser les procédures et de mesurer les résultats pour pouvoir les comparer avec les acquis de la science et les performances

des meilleurs. Mais il convient également d'intensifier les efforts en amont et de travailler sur la promotion de la santé mentale ainsi que sur les détections et interventions précoces.

Pourquoi laisser exclure d'abord, pour réintégrer difficilement par la suite ?

Le Grand-Duché est parmi les pays qui investissent le plus dans ce domaine, il lui incombe de démontrer, en accentuant d'avantage la transparence et la recherche appliquée, que ses efforts indéniables mais à poursuivre constituent une vraie plus value à de nombreux égards. »

Perspectives et défis

La réforme a bien passé son premier cap. Le changement de paradigme et sa mise en place concrète se sont passés sans incidents notables jusqu'à présent ; une position de non-retour semble bien acquise. La volonté politique du gouvernement a bien été traduite et le programme de la coalition gouvernementale en place soutient indubitablement cette lancée.

Le travail en profondeur a commencé, on s'attelle plus que jamais à la promotion de la santé mentale, notamment chez les jeunes ; là aussi, beaucoup de ressources et de moyens sont en place, mais l'état des lieux récent commandité par le ministère de la Santé au CRP-Santé illustre clairement que les actions, nombreuses et relevant de différentes tutelles, sont trop souvent éparses et manquent de coordination pour produire des effets plus synergiques.

Ici aussi, il convient d'intégrer tous les acteurs dans une démarche commune aux objectifs clairement centrés sur le devenir de ceux à prendre en charge.

En s'inspirant de la démarche adoptée pour la décentralisation de la psychiatrie adulte, il y a déjà prise de conscience et sensibilisation des acteurs ainsi qu'assurance de l'engagement des tutelles politiques pour optimiser les collaborations en réseaux et centrer sur les bénéficiaires et les résultats plutôt que sur les différentes structures et leurs prérogatives respectives ; néanmoins, malgré ces bonnes prédispositions, les recommandations du rapport

précité restent à être concrétisées et mises en œuvre.

Mais, dans un domaine aussi délicat, il n'y a pas de garantie pour être à l'abri de revers. Le moindre incident ou sentiment d'insécurité, notamment lorsqu'ils sont maladroitement relayés par les médias, peuvent provoquer un retour de balancier dans l'opinion publique. Il restera toujours le problème des placés judiciaires et des jugés irresponsables, du risque de passage à l'acte et de violences qui, de façon parfaitement compréhensible, émeuvent l'opinion publique ; il n'y a aucune garantie pour se mettre définitivement à

**Ne pas réformer la psychiatrie
était devenu injustifiable,
irresponsable, contraire à toutes
les valeurs sociétales et de
notre système de santé.**

l'abri d'incidents et, partant, de constructions d'amalgames susceptibles d'intenter un « mauvais » procès à la réforme de la psychiatrie.

Si, jusqu'à présent, les professionnels concernés ont réalisé un travail exemplaire, il faudra persévérer et continuer à rester vigilant en permanence, à l'écoute de l'opinion publique.

Tout n'est pas parfait, mais les prédispositions et la volonté existent, une dynamique quasi contagieuse s'est mise en place, il s'agit de l'entretenir ; tous les acteurs y mettent du leur, même si certains secteurs et sujets ont mieux pu avancer que d'autres.

Il reste pourtant des héritages du passé. Il y a notamment la situation de ces personnes qui sont restées de trop nombreuses années à l'asile et qui, après maints échecs de réintégration, y sont toujours ; il faudra trouver des solutions dignes pour elles...

Mais de nouveaux problèmes émergent également. Les structures mises en place pour la prise en charge des jeunes sont débordées, notamment du fait de l'accroissement constant des placements en psychiatrie par les juges de la jeunesse, faute

peut-être d'alternatives et de politiques plus proactives...

Cette réforme n'est pas terminée ; elle reste un chantier à plus long terme. Or, dans une période de restriction de la prospérité, la répartition des moyens disponibles est davantage jalouée – et le lobbying n'est pas le fort de ceux qui sont touchés par des problèmes psychiques, loin s'en faut ; la peur et le risque de stigmatisation, même en sourdine, restent latents.

Mais les progrès accomplis sont indéniables et on a le sentiment que tous s'accordent à le reconnaître. Après de trop longues tergiversations, nous avons bien su avancer en unissant nos forces au profit d'un intérêt supérieur, celui des malades concernés. Il ne s'agit point de s'endormir sur ses lauriers, mais c'est avec une certaine confiance que nous pourrions et devons entamer les prochaines échéances et nous soumettre aux prochaines évaluations pour en apprendre davantage et pour encore mieux faire. ♦

1 « Vers la fermeture des hôpitaux psychiatriques » ; Gilles Vidon, dans Gestions hospitalières, décembre 2008, p. 703-707

2 CHNP 150 Joer, 1855-2005 ; Broschüre, Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique Ettelbruck

Sources documentaires :

Gemeindepsychiatrie ; Grundlagen und Leitlinien ; Planungsstudie Luxemburg 1993 ; Rössler, Salize, Haefner, VIP-Verlag ; ISBN 3-85184-004-6

Psychiatrie Luxemburg ; Planungsstudie 2005, Rössler, Koch ; Auftragsbericht, Ministère de la Santé, Luxembourg

Psychiatrie Luxemburg 2009 ; Stand der Umsetzungen der Empfehlungen der Planungsstudie 2005, Rössler, Auftragsbericht, Ministère de la Santé, Luxembourg

Rapport de recommandations ; Pour une stratégie nationale en faveur de la Santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg, rapport commandité par le Ministère de la Santé au CRP-Santé-CES, en voie de publication

Santé mentale, Psychiatrie et réforme de la psychiatrie au Grand-Duché : www.sante.public.lu