

Hors les murs !

NAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE EXTRAHOSPITALIERE

L'EQUIPE

Association sans but lucratif

HISTOIRE ET PHILOSOPHIE

Dossier édité sous la direction de

Jean VERMEYLEN, Psychiatre, Directeur Médical
Lucette SCHOUTERS-DECROLY, Vice-Présidente

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----|
| Préface (Jean Vermeyleen, Lucette Schouters-Decroly)..... | 5 |
| I. La parole est à Jean Vermeyleen, Directeur médical | |
| Naissance et illustration des structures intermédiaires..... | 7 |
| II. La parole est à l'historien Serge Boffa | |
| Avant-propos..... | 24 |
| <i>Chapitre 1</i> | |
| Introduction historique générale..... | 25 |
| <i>Chapitre 2</i> | |
| Naissance de la Fondation Julie Renson et son rôle dans le développement des soins extrahospitaliers en Belgique..... | 34 |
| <i>Chapitre 3</i> | |
| Création et activités du Secteur d'Anderlecht (1960-1961)..... | 46 |
| <i>Chapitre 4</i> | |
| La naissance de «l'Équipe» et du Centre de Réadaptation Sociale et Professionnelle (1962-1964)..... | 57 |
| <i>Chapitre 5</i> | |
| Les premières années du Centre de Réadaptation de l'Équipe (1964-1971)..... | 70 |
| <i>Chapitre 6</i> | |
| Défense et illustration du rôle thérapeutique du Centre de Réadaptation de l'Équipe..... | 74 |
| <i>Chapitre 7</i> | |
| La création du Centre de Réadaptation et d'Intégration au Travail - CRIT (1972)..... | 92 |
| <i>Chapitre 8</i> | |
| Le Secteur d'Anderlecht de 1971 à 1973..... | 98 |
| <i>Chapitre 9</i> | |
| Le reconditionnement du Foyer et la création du Centre de Jour (1970-1977)..... | 103 |
| <i>Chapitre 10</i> | |
| Les crises de croissance à l'Équipe (1972-1979)..... | 114 |
| <i>Chapitre 11</i> | |
| De l'ancien au nouveau Foyer, l'Hôpital de nuit (1978-1981)..... | 123 |
| <i>Chapitre 12</i> | |
| Le Centre Occupationnel de l'Équipe : CODE (1978-1982)..... | 127 |

| | |
|--|-----|
| <i>Chapitre 13</i> | |
| Évaluer pour améliorer | |
| I. Le projet d'«évaluation du résultat du traitement des patients»..... | 132 |
| II. Le service d'Orientation Psychologique Spécialisée - OPS (1982-1986)..... | 135 |
| <i>Chapitre 14</i> | |
| Les multiples projets de l'Équipe (1982-1985)..... | 140 |
| <i>Chapitre 15</i> | |
| Les appartements protégés (de 1984 à nos jours)..... | 150 |
| <i>Chapitre 16</i> | |
| Les réformes de la législation (1986-1990)..... | 156 |
| <i>Chapitre 17</i> | |
| Un nouveau projet : le Centre résidentiel pour toxicomanes psychotiques (1993)..... | 163 |
| <i>Chapitre 18</i> | |
| Les dernières grandes réformes administratives de l'Équipe (1987-1995)..... | 167 |
| <i>Chapitre 19</i> | |
| Aperçu synthétique sur l'Histoire de l'Équipe..... | 172 |
| Bibliographie..... | 177 |
| Abréviations..... | 186 |
| III. La parole est aux soignés et aux soignants. | |
| Images des Institutions (Kathleen Davis, Nadine Vermeylen)..... | 189 |
| <i>Chapitre 1</i> | |
| Présentation de la Recherche..... | 190 |
| <i>Chapitre 2</i> | |
| Exposé des résultats..... | 195 |
| <i>Chapitre 3</i> | |
| Bilan au départ des réflexions des soignants..... | 200 |
| <i>Chapitre 4</i> | |
| Le secteur d'Anderlecht (Kathleen Davis)..... | 205 |
| IV. Quelques réflexions en guise de postface (Jean Vermeylen)..... | 213 |

PREFACE

L'année 2001 sera, en Belgique, consacrée à une réflexion sur la Santé Mentale, quarante ans après que le même thème ait été retenu par l'année mondiale de la Santé Mentale.

Notre pays, en 1960, n'était pas resté étranger à l'élaboration d'un programme visant à donner une impulsion nouvelle à la mise en pratique des principes d'hygiène mentale et à une approche ouverte et humaniste de l'assistance psychiatrique déjà évoquée dans le *Projet d'organisation de l'assistance psychiatrique* publié, en 1959, sous l'égide de la Fondation Julie Renson.

C'est de ce mouvement que sont nés, en 1961, le Secteur psychiatrique d'Anderlecht suivi, en 1963, de l'association l'Équipe et, en 1964, de sa première réalisation, le «Foyer de Post-Cure».

Rappeler les circonstances de la naissance de l'Équipe et les étapes qui ont marqué le développement de cette institution dans le domaine de la psychiatrie extrahospitalière présente, nous semble-t-il, un intérêt qui dépasse l'histoire anecdotique d'une initiative ponctuelle.

D'indiscutables progrès dans la conception et la pratique de l'assistance psychiatrique ont marqué ces quarante dernières années. Les dispensaires d'Hygiène Mentale, nés dans quelques grandes villes après la Première Guerre mondiale, se sont transformés en un large réseau de Centres de Guidance, le traitement de la maladie mentale ne nécessite plus obligatoirement l'hospitalisation, la réintégration du patient peut se poursuivre grâce aux Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques et, surtout, la prise en charge financière du diagnostic, du traitement et de la réadaptation est maintenant couverte par l'assurance maladie obligatoire après que, pendant des décennies, elle ait été considérée comme relevant d'une assistance spéciale gérée par le Ministère de la Santé Publique.

De ces conquêtes –car il s'agit bien du résultat d'une lutte tenace– et de leur évolution, on trouvera la trace dans l'histoire de l'Équipe dont la présentation ne relève donc nullement, comme on pourrait le craindre, de l'autosatisfaction de ses promoteurs mais de leur désir d'apporter une pierre –si modeste soit-elle– à l'histoire de la médecine en Belgique.

Le travail comporte trois parties.

Dans la première partie, après avoir rappelé comment sont nées les structures intermédiaires, le docteur Jean Vermeylen définit la philosophie qui a inspiré les diverses réalisations de l'Équipe dont il faut souligner que chacune a poursuivi son chemin dans une grande autonomie et développé un modèle original tout en restant dans la ligne générale d'un humanisme cher aux pionniers et maintenu par leurs successeurs.

La deuxième partie donne la parole à l'historien, Serge Boffa, qui a patiemment fouillé les archives et relaté les faits avec probité et rigueur. Qu'il en soit remercié!

Mais si les documents sont la source indispensable pour étayer l'objectivité du chercheur, ils ne suffisent pas à rendre compte de tous les aspects de l'histoire, œuvre des hommes et des femmes qui la construisent au jour le jour avec leurs espoirs, leurs forces et aussi leurs faiblesses.

Dans la troisième partie, la parole a donc été donnée aux soignants et aux soignés dont le vécu –subjectif sans aucun doute– a été recueilli par Nadine Vermeylen, psychologue clinicienne et Kathleen Davis, psycho-sociologue.

De cette écoute naissent des réflexions, regard sur le passé mais aussi ouverture vers l'avenir. À quoi, en effet, un bilan peut-il être utile si ce n'est à dégager un enseignement appelé à perfectionner l'outil de travail.

Le retour sur les péripéties d'un itinéraire qui ne fut pas sans éviter les échecs contribuera, nous l'espérons, à conforter l'institution dans son identité propre. Il sera aussi un encouragement pour tous ceux qui pensent que «l'on peut toujours quelque chose» pour marcher sur la voie du progrès et qu'il faut parfois oser entreprendre sans craindre les écueils.

Puisse le lecteur trouver profit et plaisir à refaire avec nous la route sur laquelle nous nous sommes engagés il y a quarante ans, avec une confiance et un enthousiasme non dénués, faut-il le dire, d'une certaine inconscience !

Mais Virgile ne disait-il pas déjà *Audaces fortuna juvat* !

Jean Vermeylen

Lucette Schouters-Decroly

I. LA PAROLE EST À JEAN VERMEYLEN,
DIRECTEUR MÉDICAL

NAISSANCE ET ILLUSTRATION DES STRUCTURES INTERMÉDIAIRES

Je me sens dans la peau du pépé à qui ses petits enfants demandent de leur raconter des histoires de l'ancien temps. Pourquoi pas. J'ai bien conscience que deux générations ont succédé à celle des pionniers qui ont créé en Belgique, au début des années soixante, loin des hôpitaux psychiatriques et en révolte contre la dimension ségrégationniste et asilaire d'alors, les premières institutions extrahospitalières. Mais il n'est peut-être pas inutile que les jeunes psy et aussi les fonctionnaires qui élaborent les politiques de santé mentale redécouvrent les itinéraires passés et certaines impasses dont on peut faire l'économie aujourd'hui.

Premières expériences de travail psychiatrique extrahospitalier

Rappelons brièvement les premières expériences de travail psychiatrique en équipes pluridisciplinaires en dehors des murs hospitaliers.

- En 1933 déjà, l'URSS crée les premiers centres de jour fondés sur le principe du maintien du patient dans son milieu de vie habituel.
- Dès le début des années trente aussi, la **municipalité d'Amsterdam**, sous l'impulsion de Querido, son psychiatre en chef, quadrille progressivement la ville en secteurs où une équipe de psychiatres mobiles (30 en 1939) développe des consultations et des soins à domicile et où naissent des maisons d'accueil. Il s'agit déjà de mieux assumer les problèmes de prise en charge des psychotiques en dehors des hôpitaux (hôpitaux psychiatriques) surpeuplés et de faciliter leur réintégration dans la vie ordinaire.
- En **Grande-Bretagne**, le National Health Service qui garantit les soins gratuits pour tous est créé en 1946. Bierer, personnage truculent et charismatique, fonde alors un des premiers hôpitaux de jour. Une de ses idées originales est de diluer le transfert massif des psychotiques par le biais justement d'une équipe pluridisciplinaire.
En 1959, naissance du «National Mental Health Act» qui permet, à l'initiative et sous la responsabilité des autorités locales, la création de centres de santé mentale sectorisés, d'hôtels protégés («halfway houses») de 15 à 20 places, accueillant des malades mentaux stabilisés à court ou long terme, d'ateliers protégés dont certains envoient de petits commandos de patients travailler dans les entreprises, de clubs mêlant parfois les malades et une population de quartier.

J'avais été frappé, lors d'une tournée que j'avais faite en 1962, par la diversité des initiatives qui fleurissaient partout dans un esprit d'ouverture et de convivialité inconnu chez nous.

- **En France**, les arrêtés historiques de 1960 sur la sectorisation invitent fermement les hôpitaux psychiatriques, souvent peu motivés à sortir de leurs murs et mal préparés à un travail sur le terrain, à s'ouvrir vers la communauté et à créer des secteurs psychiatriques desservis par le personnel hospitalier. Celui de Paumelle dans le 13^e arrondissement de Paris en a été la vitrine et comme l'exemple inaccessible avec ses réalisations multiples (structures intermédiaires, clubs, puis hôpitaux psychiatriques gérés par les mêmes équipes) dont les centres de santé mentale pour enfants et adultes, brisant l'hospitalo-centrisme qui a continué de régner ailleurs, étaient le centre de gravité. Ces réalisations étaient portées par le courant idéologique nouveau de la psychiatrie sociale qui récusait, avec violence parfois, l'hôpital asilaire de l'époque, pratiquant uniquement l'isolement et le gardiennage. Il prônait le travail extrahospitalier, la prise en compte du milieu de vie du malade, la collaboration avec l'entourage et les responsables sociaux dans la communauté et des stratégies nouvelles de réinsertion socioprofessionnelle. Cette conception était favorisée par des facteurs convergents : l'apparition des neuroleptiques, le développement de la thérapie institutionnelle et des psychothérapies de psychotiques, mais aussi la demande de main-d'œuvre dans la période des «golden sixties» et la motivation des gestionnaires de la santé mentale à diminuer le nombre de lits et les coûts de traitement.
 - **Aux USA**, le message de Kennedy au Congrès en 1963 «On mental illness and retardation» allait dans le même sens de la critique des hôpitaux psychiatriques assortie du projet d'une désaffectation progressive (mal baptisée désinstitutionnalisation) par le développement d'équipements nouveaux dans la communauté centres de santé mentale sectorisés, foyers de postcure, ateliers protégés, appartements coopératifs... Cette politique était (et est toujours) fondée sur une conception défectologique de la psychose. Elle développait donc des techniques comportementalistes de reconditionnement à un bon fonctionnement social, de réentraînement programmé au travail notamment dans des emplois protégés, qui étaient fort différents des ambitions psychothérapeutiques généralement nourries dans nos pays. Ces techniques trouvaient une application privilégiée dans les programmes de communautés pour toxicomanes («day top») démarqués de l'appareil soignant officiel.
- Plus récemment l'Italie a fait parler d'elle par une mesure révolutionnaire de fermeture des hôpitaux psychiatriques et la création parallèle de structures d'accueil et de soins intégrées dans la communauté. Cette

initiative n'a pas fini de susciter des réactions en sens divers et je dirai seulement qu'elle ne me semble pas avoir exorcisé le danger de recréer de nouveaux lieux de chronification.

En Belgique

En Belgique, on peut dire que le nouvel âge commence à la fin des années cinquante, lorsque la Fondation Renson qui, depuis, a continué de jouer un rôle important, à la fois moral et financier, dans la mise en œuvre d'expériences pilotes et dans la recherche en santé mentale, a réuni plusieurs groupes de travail dans les différentes disciplines psychiatriques avec mission de réfléchir aux carences et aux réformes nécessaires de notre organisation. Le «Projet d'Assistance Psychiatrique en Belgique», publié en 1960, allait être à l'origine d'initiatives nouvelles, notamment dans le champ particulièrement pauvre de l'extrahospitalier.

L'initiative qui prit naissance en 1961 à Anderlecht et se développa par la création, en 1963, de l'association sans but lucratif l'Équipe nous interpelle tout particulièrement.

Le travail historique méticuleux de Serge Boffa en rapporte par le menu les péripéties.

Je n'y reviendrai donc pas si ce n'est pour rappeler brièvement les espoirs que nous avons mis dans la création du **Secteur d'Anderlecht**: réseau extrahospitalier de prévention, de soins et de réadaptation qui devait éviter les collocations inutiles et lutter contre la chronicisation des psychotiques.

L'efficacité du dispositif s'est manifestée rapidement, particulièrement dans le domaine sensible des hospitalisations et surtout des collocations qui dès la première année ont baissé spectaculairement.

Nous avons vite pris conscience que les psychotiques, majoritaires dans la file active des consultations du secteur, requéraient non seulement un accompagnement médico-psychologique et social évitant de nouveaux épisodes critiques mais impérieusement des programmes de réinsertion sociale et professionnelle que l'équipe de secteur, pourtant mieux placée et motivée que l'hôpital, ne pouvait assumer seule. De nouvelles institutions permettant un travail thérapeutique plus global et plus continu paraissaient indispensables.

Premières structures intermédiaires

En 1963, l'asbl l'Équipe inaugurait, grâce encore une fois à l'aide de la Fondation Renson relayée, après plusieurs années de vaches (très) maigres, par une convention avec l'INAMI, un foyer de postcure mixte pour jeunes psychotiques. Ce foyer, conçu comme une extension du réseau de secteur et

indépendant, comme lui, de l'organisation hospitalière avait des ambitions thérapeutiques, qui le distinguaient du foyer de l'Élan mis en route dans le 16^e arrondissement de Paris par Amiel, mais le rapprochait fort de ceux que Demangeat avait créés à Bordeaux à la même époque.

Quant à nous, nous avons puisé notre inspiration dans les communautés thérapeutiques anglo-saxonnes dont Maxwell Jones avait été l'initiateur et qui avaient été pour moi une découverte passionnante remontant au début soixante.

J'en résume les principes:

- **toute l'institution** engendre une action thérapeutique diffuse et permanente et tous ses membres, malades ou non, jusqu'à la femme d'ouvrage et la cuisinière détiennent un potentiel thérapeutique favorisant l'apprentissage social.
- la vie communautaire est planifiée en fonction d'un programme thérapeutique dont un temps fort est le **groupe communautaire quotidien** réunissant soignants et soignés, ceux-ci participant aux prises de décisions. Les membres de la communauté sont considérés à la fois comme individus et comme parties du groupe et aussi bien les problèmes relationnels individuels que la dynamique de groupe sont analysés en commun.

À la même époque, en France, sous l'impulsion de Daumezon, Tosquelles à St Alban, Oury à Court-Cheverny, se développent une réflexion et une expérimentation autour de ce que l'on appelle la psychothérapie institutionnelle création dans le tissu institutionnel même de petites institutions partielles ou clubs engageant les patients dans un ensemble de relations et d'activités thérapeutiques.

Modèles conceptuels

Dans l'évolution de l'Équipe, les référents conceptuels se sont enrichis, mais le référent principal est resté psychanalytique, à la fois comme grille de déchiffrement du fonctionnement psychotique et comme levier thérapeutique.

En effet, notre ambition n'était pas seulement de faire accéder les psychotiques à une meilleure intégration communautaire par l'apprentissage de conduites sociales adaptées, mais surtout, grâce au champ des relations institutionnelles assorti d'une psychothérapie analytique poursuivie à l'extérieur, de créer les conditions d'un changement dans un fonctionnement mental profondément perturbé.

Nous le savons, le psychotique, dans un mouvement d'identification projective, tend à introduire une part de sa vie psychique, de ses affects et de sa personne dans le monde extérieur, et les différentes formes de relation thérapeutique qui

devront prendre en compte à la fois la réalité extérieure et sa réalité psychique, s'efforceront de la rapatrier en lui.

De ce fait, le milieu de vie institutionnel doit répondre à deux exigences difficiles à concilier. Celle de se mettre au niveau du besoin très archaïque d'être soutenu dans ce «holding» nécessaire au nourrisson. Celle aussi de l'aider à accéder au rang de sujet distinct (le travail de personation de Racamier) vivant ses affects, capable de confronter ses désirs à la réalité et d'agir pour modifier celle-ci. Équilibre difficile dans le travail institutionnel où il faut éviter le piège tendu par le patient lui-même d'une relation transférentielle «positive» où il n'est plus que le prolongement narcissique du thérapeute ou de l'institution.

La deuxième référence fut celle de l'analyse des petits groupes (groupes de discussion et d'activités divers, groupe communautaire...) dont la dynamique - identifications croisées, alliances, conflits avec les pairs ou l'autorité, intégration ou rejet - est exploitée, notamment dans la relation privilégiée que chaque pensionnaire entretient avec un membre de l'équipe qu'il a librement choisi : son «répondant» selon la terminologie de l'époque.

L'approche systémique des interrelations entre tous les membres de la microsociété du Foyer, vulgarisée à la suite des travaux de Palo Alto, était déjà introduite avant la lettre (et le nom) grâce aux supervisions collectives de notre travail par Siegi Hirsch. Grille de lecture et de décodage de la vie institutionnelle indispensable pour l'équipe jeune et inexpérimentée que nous formions alors, cette supervision fut aussi un inestimable instrument d'analyse appliquée aux relations avec le milieu extérieur et particulièrement l'entourage familial.

Maxwell Jones expliquait déjà qu'une équipe ne peut négocier ses relations avec ses malades dans un autre registre que ses relations avec le contexte social de leur milieu d'origine.

Mais soutenir jour après jour cette politique d'ouverture que nous voulions absolument, quelle gageure et quelle épreuve renouvelée! Rencontrer régulièrement et longuement tout le groupe familial avec le patient, proposer hebdomadairement aux familles qui le souhaitaient (et elles étaient nombreuses) de venir discuter avec les autres familles et les membres de l'équipe dans un groupe "multi-familial", cela nous donnait l'impression parfois d'introduire le loup dans la bergerie... et la tentation du repli dans un isolat institutionnel plus confortable.

Tout au long de son évolution et de sa diversification (ateliers du CRIT, Centre de Jour, Centre Occupationnel du CODE, Appartements Supervisés...) l'Équipe a fait une place variable, souvent mise en question ou boudée, à une **dimension comportementaliste** que nous appelions orthopédagogique : apprentissage des conduites sociales, participation aux tâches de la vie quotidienne, adaptation aux

situation de travail... J'ai résumé ailleurs notre philosophie sur ce point important: «la réadaptation à une existence normale ne peut avoir d'effets bénéfiques et durables que si l'apprentissage de ses règles est fondé non pas sur le seul reconditionnement, mais sur des changements psychodynamiques intérieurs permettant à l'intéressé de trouver un sens aux données de la vie sociale et ainsi de les intégrer».

Enfin, nous avons toujours accepté le recours aux psychotropes et particulièrement aux neuroleptiques bien que cela ait été contesté, comme toute la dimension médicale du reste, par certains dans nos équipes. Leur usage, continuellement supervisé répond à notre souci de prévenir ou d'endiguer par ce moyen complémentaire de l'approche psychologique, les épisodes critiques qui interrompent la relation thérapeutique et se terminent trop souvent à l'hôpital.

Ces différentes voies d'approches thérapeutiques restent, selon nous, toujours d'actualité.

Composition et qualification des équipes

Au Foyer, la petite équipe de départ était remarquablement hétéroclite et, en dehors du psychiatre qui la dirigeait, sans qualification psychiatrique: un couple d'éducateurs, une régente ménagère, un peintre... on ne peut s'empêcher de penser à l'inventaire de Prevert !

Un peu comme si après avoir, grâce au secteur, arraché nos patients à l'hôpital, nous avions espéré, sans trop le dire, les sortir –dès l'entrée– de la psychiatrie et de la médecine !

Cette illusion-là, nous n'avons pu la garder longtemps - la première équipe a été progressivement remplacée par du personnel diplômé, éducateurs, psychologues, assistants sociaux, infirmières, ergothérapeutes qui, se plongeant dans un modèle de travail totalement neuf, se formaient sur le tas avec la supervision médicale étayée par celle d'un superviseur extérieur.

De l'imaginaire à la réalité

Nous portons tous en nous, et non pas seulement ceux qui ont créé de nouvelles institutions, des «institutions fantômes», représentations imaginaires, idéales inévitablement démenties par l'épreuve de la réalité. Parfois, dans un mouvement révolutionnaire qui nous ferait introduire un saut qualitatif dans l'évolution institutionnelle, nous avons l'illusion de pouvoir les rejoindre.

Après dix ans de fonctionnement du Foyer caractérisés par l'intensité des investissements narcissiques, aussi bien psychotiques que névrotiques des soignés comme des soignants –un signe en était la tentation fusionnelle toujours présente– une situation de crise s'installe. Elle n'est pas à proprement parler

révolutionnaire, mais comme l'exacerbation et le gauchissement, certainement influencés par l'idéologie antipsychiatrique et les remous de mai 1968, de notre modèle initial de communauté thérapeutique.

Le syndrome, d'autres institutions l'ont vécu dans la suite, est assez connu :

- effacement des différences entre soignants et soignés et des rôles spécifiques dans l'équipe au profit de la polyvalence, aplatissement de la hiérarchie vers un égalitarisme qui nourrit l'illusion d'une direction collégiale avec prises de décisions par l'ensemble du groupe communautaire, patients compris.
- remise en question de la notion de maladie mentale et partant de la psychiatrie, des psychiatres et de la dimension médicale (diagnostic, traitements médicamenteux) dans l'aide aux «malades désignés».

On retrouvait là l'utopie généreuse et fascinante d'une communauté libre antipsychiatrique, d'une microsociété nouvelle organisée en défense mutuelle contre la société extérieure. Elle voulait offrir un cadre matriciel sécurisant à la poursuite d'une métanoïa individuelle.

Y entraîner les psychotiques en manque de structuration de leur vie intérieure, de frontières claires entre celle-ci et le monde objectal et d'un garant de la loi et des limites, est à l'évidence paradoxal et dangereux !

Dans sa logique propre, cette dérive vers une destruction des repères institutionnels a créé un climat d'insécurité et d'angoisse : passages à l'acte nombreux et divers, scissions internes chez les soignants, méfiance et prises de pouvoir occultes.

La réaction fut brutale : éviction d'une partie du personnel, restructuration de la maison sur un mode d'organisation plus traditionnel. Selon le slogan : chacun à sa place et les malades seront bien soignés, nous nous retrouvons à leur service enfin au lieu de les utiliser. Si nous avons fermé nos oreilles au chant des sirènes soixante-huitardes, certains, dont je suis, gardent un peu de nostalgie pour cette période adolescente pleine de passions, d'espoirs et de créativité. Au moins, la chronification n'était pas à nos portes...

Définir une philosophie

Cette expérience nous a fait réfléchir sur le rôle essentiel que jouait une philosophie clairement définie, dans l'élaboration non seulement de nos stratégies thérapeutiques, mais dans celle de nos mécanismes de défense institutionnels pour assurer notre cohésion interne et notre sentiment de sécurité face à l'extérieur, sinon trop facilement vécu comme persécuteur.

Je voudrais donc revenir sur les trois principaux modèles conceptuels que j'ai rencontrés :

- 1) Le comportementalisme (behaviourisme) qui met en œuvre un réapprentissage de la vie sociale dans un milieu analogique, reprenant des éléments de la réalité aménagés et maîtrisables par le psychotique. Il s'agit de lui permettre un bon fonctionnement dans une société qui n'est pas mise en question et qu'après tout, nous psy n'avons pas mission de réformer. Normalité et normativité se confondent donc. La nécessité de susciter des changements psychodynamiques plus profonds qui, eux, permettraient au psychotique de donner sens aux données du système social (et notamment au travail) est niée. Il s'agit de corriger des erreurs comportementales et ainsi de permettre au patient de retrouver une place dans la communauté, mais non sa place de sujet désirant et capable de choix.

Nous avons toujours récusé, sinon certaines applications partielles, du moins l'utilisation globale de cette théorie comme référent unique.

- 2) À l'opposé, une certaine idéologie à laquelle j'ai déjà fait allusion, tient la société, intolérante à la différence et à la déviance, pour responsable de la maladie mentale ou la créant de toutes pièces. Dans une visée politique, psy et malades mentaux se donnent pour objectif de fonder une microsociété alternative, une contre-culture : la vie communautaire devient une alternative à la vie familiale, la communauté (thérapeutique ?) remplace l'institution psychiatrique. Paradoxalement, c'est un monde psychotique qui se constitue avec ses défenses caractéristiques : clivage, identification projective, morcellement, fusion soignants-soignés... contre les persécuteurs extérieurs classiques famille, école, travail. Le cercle vicieux est bouclé par le clivage et le rejet mutuel entre ce petit monde fermé et la société.
- 3) Le modèle de la communauté thérapeutique, celui que nous avons adopté à l'Équipe, puis aménagé progressivement et complété, reprend à petites doses certaines techniques comportementalistes mais en se démarquant de sa philosophie. Après la crise du Foyer, elle a cherché à déjouer les pièges de la fermeture du deuxième modèle en dépassant celui-ci par une politique d'ouverture vers les partenaires extérieurs qui nous paraissait le seul moyen pour le psychotique d'échapper à la relation duelle avec l'institution en développant des relations triangulées.

J'ai décrit ailleurs un essai de théorisation reprenant des concepts kleinien et lacaniens et justifiée dans la mesure où il intègre certaines données de l'expérience et étaye des stratégies d'intervention. Très brièvement résumé, il postule que la mère du psychotique n'ayant jamais pu faire référence au père comme porteur d'une loi extérieure à elle, empêche son enfant de s'inscrire dans une chaîne symbolique comme sujet entier et différent : il restera comme un prolongement narcissique d'elle et revivra sur d'autres scènes – l'institution ou le

thérapeute peuvent reprendre pour lui la place de la mère toute puissante– le drame de la triangulation manquée.

L'aide thérapeutique que nous voulons lui apporter doit contribuer à ce qu'il se constitue, à travers des triangulations diverses en sujet de son histoire, capable de relations intersubjectives et de choix personnels. Une des plus opérantes parmi ces triangulations est celle qui devrait se jouer entre l'institution, autre sujet de sa propre histoire, le patient lui-même reconnu dans son statut de sujet et de sujet souffrant et les groupes sociaux extérieurs dont le principal est la famille qui doit pouvoir être reconnue aussi comme sujet et partie prenante dans ce jeu de relations triangulées.

Qu'il soit demandé au patient de poser et de discuter sa candidature, d'accepter ou de refuser l'entrée et de passer un contrat de travail avec les représentants de l'équipe, même s'il ne peut encore assumer authentiquement ces démarches, est une reconnaissance implicite et nécessaire de ce statut.

Si l'institution (ou le thérapeute individuel), excluant consciemment ou non les tiers, constitue un espace fermé d'expression et d'interprétation des fantasmes, le psychotique se retrouve confronté à une image maternelle toute puissante qui ne représente pas la loi, mais le cerne sans recours. Le réseau social extérieur, la famille, ne sont ni écoutés ni respectés, mais disqualifiés dans leurs demandes. Il m'a toujours paru essentiel –mais combien difficile à mettre en pratique!– d'inclure les systèmes sociaux dont le psychotique fait ou a fait partie dans le projet thérapeutique qui le concerne afin que, même absents, ils existent dans nos échanges avec lui. Nous développons trop souvent le même mécanisme d'exclusion, de disqualification ou de négation vis-à-vis des autres institutions par lesquelles le patient a pu passer, en le niant aussi comme sujet de cette histoire là.

Je soulignerai au passage la difficulté pour les institutions soignantes, quelles qu'elles soient, de reconnaître et d'accepter qu'elles sont une partie seulement d'un ensemble thérapeutique plus large et qu'elles ne peuvent jamais apporter qu'une contribution partielle, complémentaire et limitée dans le temps.

Modèle et spécificité des structures intermédiaires

Dans les années septante, les structures intermédiaires se sont multipliées, centres de jour, de nuit, appartements supervisés... petits ensembles communautaires insérés le mieux possible dans le tissu social et assurant un séjour de transition, le plus souvent à visée thérapeutique, dans les situations de rupture avec la vie ordinaire.

J'ai tenté, il y a quelque temps déjà, d'en définir la spécificité en reprenant leur principales caractéristiques:

- **Population:** elle est constituée en majorité de psychotiques et d'états - limites qui ont traversé une ou plusieurs périodes de crise gérées le plus souvent à l'hôpital.
Dans un temps toujours limité, l'ambition est de faire usage d'une expérience de vie communautaire aménagée et largement ouverte vers l'extérieur pour renforcer l'identité sociale, permettre une vie plus autonome dans l'interdépendance et suffisamment valorisante, augmenter la qualité de la vie dont parle si bien Céline Mercier, en permettant que chacun redevienne sujet de son histoire et habitant de la cité.
- **L'équipe thérapeutique:** elle est pluridisciplinaire et les membres exercent à la fois un rôle spécifique lié à leur formation de base et une activité sociothérapeutique commune.
Le médecin, directeur de l'équipe et responsable des orientations et du fonctionnement de l'institution vis-à-vis de son pouvoir organisateur, a essentiellement des fonctions spécifiques : décisions médicales d'entrée, de sortie, d'hospitalisation, prescriptions médicamenteuses, rapports médicaux... et parfois un rôle sociothérapeutique. S'il prend bien sa place, il peut apporter à l'équipe une contribution originale dans le domaine de la psychopathologie et de la psychiatrie clinique.
J'ai vécu la tendance, fréquente dans nos équipes, à vouloir nier le fait psychopathologique et jusqu'au concept de maladie mentale et d'écarter ainsi la sémiologie et la nosographie au profit d'un impressionnisme qui dissout les différences diagnostiques, ne permet guère de pronostic et uniformise les stratégies d'intervention.
Dans le droit fil de ce nivellement, l'autorité du médecin directeur et le savoir du psychiatre sont contestés, parfois avec sa complicité. C'est là un exemple de l'aplatissement d'une triangulation –interne cette fois– pourtant nécessaire au bon fonctionnement de l'équipe.
- **Les deux pôles thérapeutiques.** Celui du traitement d'abord visant des changements psychologiques à travers les interventions individualisées et l'intégration dans les échanges et la dynamique des groupes institutionnels. L'autre pôle est celui de la réadaptation d'une personnalité pathologique aux exigences de la vie sociale. La sociothérapie institutionnelle exploite la rencontre d'un sujet possédant un certain niveau de structuration psychique et de maturation et d'un milieu analogique reprenant des éléments aménagés de la réalité sociale.

La psychothérapie adaptée extérieure

Les patients sont encouragés à entreprendre ou à poursuivre à l'extérieur (centre de santé mentale ou psychothérapeute en ville) une psychothérapie adaptée allant

de l'accompagnement médical et psychologique de soutien à une psychothérapie analytique de psychotique, menée par un psychothérapeute «au long cours».

J'y vois deux avantages importants. D'abord préserver pour le psychotique un lieu de parole indépendant de l'institution en maintenant avec celle-ci une triangulation nécessaire. Ensuite, créer et maintenir un lien thérapeutique, un repère humain durable à travers tous les avatars des trajectoires psychiatriques individuelles.

Évolution - Obstacles et pièges

Très tôt, certaines de nos ambitions se sont heurtées aux démentis sévères de la réalité. Il nous a bien fallu reconnaître, pour bon nombre de nos patients, nos illusions thérapeutiques concernant la sortie à moyen terme des trajectoires et des institutions psychiatriques, la prévention de la chronification ou la déchronification. Le concept médical de guérison n'est guère utilisable dans ce domaine et nous pouvons distinguer dans la population qui nous concerne trois types d'évolution :

- 1) un épisode critique avec parcours psychiatrique bref, ou sans hospitalisation, suivi d'un retour à une vie normale avec accompagnement psychologique dans certains cas;
- 2) la crise nécessite une posture en structure intermédiaire d'hébergement, de jour ou de nuit, suivie du retour comme ci-dessus;
- 3) la posture conduit à des essais de vie plus autonome suivis de rechutes et installation d'une existence socialement appauvrie avec un filet d'assistance médicale, psychologique et sociale. Nos projets de réadaptation socioprofessionnelle ont dû être revus à la base pour certains qui nécessitent de longs parcours protégés. D'autres solutions d'accompagnement institutionnel doivent être trouvées en dehors des contrats de réadaptation à temps limité dans le cadre des conventions INAMI.

Relevons au passage une autre illusion, celle de croire à la progression obligée d'une institution de passage à l'autre : la spirale ascendante se transforme facilement en trajectoire circulaire, signe de chronification à l'œuvre !

L'écueil de la chronification

Parlons donc de chronification, spectre et réalité que nous évitons si péniblement. Et soyons de bon compte, certains qui arrivent dans nos structures sont marqués déjà par une évolution personnelle et un parcours institutionnel (hôpitaux psychiatriques, Centres de Santé Mentale, autres structures intermédiaires) qui les ont déjà engagés sur ce chemin.

Parlons aussi des institutions chronifiantes et chronifiées. Nous n'en avons certes pas le monopole. Toute institution sociale : la famille, l'école, le bureau ou l'atelier... si les règles qui la conservent et la régissent n'évoluent pas, est menacée de devenir un système dysfonctionnel évoluant vers la fermeture et l'entropie. Les signes sont les mêmes, perte de créativité, appauvrissement de la qualité et de la quantité des échanges, intolérance et inadaptation aux changements extérieurs et intérieurs. Selon l'expression de Racamier, «Éros est en déroute et Narcisse en perte», chez le personnel comme chez les patients.

Pour ces derniers, à côté de la limitation du champ social, relevons le rétrécissement affectif et existentiel, l'absence de conscience morbide, d'angoisse (ou alors inopérante) et donc de motivation au changement, l'attitude de démissionnaire, la dépendance par rapport aux personnes et institutions tutélaires, la perte de la notion de temps. Enfin, au niveau épidémiologique, on a relevé les disparitions des différences de carrière psychiatrique et de traitement.

À partir du moment où une symptomatologie est vécue de part et d'autre comme définitive, un processus d'adaptation bilatérale se développe et les bénéfices secondaires apparaissent. Le patient consolide son statut de malade assisté et protégé et développe un savoir-faire social, non pas dans le monde qu'il redoute, mais à l'intérieur du système institutionnel de soins. Les thèmes délirants, les hallucinations sont plus ou moins consciemment exploités (tel patient retrouve ses hallucinations dès qu'on lui parle travail...). Il en résulte non pas seulement un évitement de la souffrance, mais une forme d'équilibre, réducteur certes mais réel. Il y a des chroniques heureux, j'en ai souvent rencontrés !

Quant aux soignants, après une période d'activisme thérapeutique, ils peuvent se réfugier dans la réponse aux demandes premières, les plus apparentes, la prescription médicamenteuse par exemple.

Patients et soignants se rejoignent dans la recherche de relations conflictuelles de dépendance passive qui tendent à s'éterniser. Le temps perd ses limites, les projets thérapeutiques sont épuisés et ces patients qui semblent n'avoir plus qu'un faible potentiel de changement, n'ont plus leur place dans nos structures intermédiaires classiques. S'ils ne retrouvent pas ailleurs un cadre de vie sécurisant, ils se retrouvent rapidement en manque déstructurant d'appartenance institutionnelle et menacés, à travers leur isolement social croissant, de décompensation psychotique avec retour à l'hôpital psychiatrique. L'installation dans une vie asilaire où ils se restructurent au plus bas niveau n'est pas loin.

Prévention de la chronification

En dehors des facteurs étiologiques liés à la pathologie elle-même, les institutions soignantes jouent un rôle important dans ce processus de chronification. Que pouvons-nous faire pour prévenir ou enrayer son développement ?

Je remarquerai au passage qu'il a pu être favorisé au départ par une mauvaise gestion de la crise et par un abrasement chimiothérapeutique excessif de la symptomatologie liée à cette phase féconde de la maladie.

Pour ce qui nous concerne, je mentionnerai une ligne de conduite peu contestée, mais rudement difficile à maintenir au fil du temps:

- Nous garder de projets thérapeutiques irréalistes liés parfois à l'illusion que les psychotiques peuvent être traités et réagissent comme les névrosés que nous pensons être, vous et moi, capables d'investir un réel vécu comme extérieur à nous-mêmes et ainsi d'intégrer dans nos négociations le principe de réalité - instaurer et préserver un système ouvert de relations incluant l'environnement extérieur et toutes les personnes et groupes jouant un rôle dans la vie du patient.
Encore une fois, le jeu de triangulation avec l'extérieur est aussi important dans le processus thérapeutique que celui qui se développe à l'intérieur de l'institution. Un personnage extérieur qui, lorsqu'il existe, m'a toujours paru essentiel, c'est le psychothérapeute dont je rêve et que j'ai rencontré parfois (notamment au secteur), celui qui accompagne le psychotique dans tous les avatars de sa trajectoire existentielle et psychiatrique. Ignoré souvent par l'institution, il peut lui-même parfois s'enfermer avec son patient dans un superbe (et dangereux) isolement.
- Entendre et analyser la demande de tous les protagonistes, et y adapter les réponses. J'ai souvent été heurté par les pratiques d'institutions ou de psychothérapeutes (notamment psychanalystes ou thérapeutes de famille) qui imposent leurs réponses sans avoir écouté les questions !
- Contribuer à assurer la continuité d'un accompagnement psychologique au-delà du séjour institutionnel.

Les institutions de la troisième génération

Pour ceux qui, au sortir d'un parcours de réadaptation dans les structures intermédiaires, ne retrouvent pas une autonomie et une identité sociale suffisante, des institutions nouvelles, faiblement protégées et non psychiatriques offrent des lieux de vie, de rencontre et d'échanges.

Troisième génération institutionnelle, les clubs, resto-clubs, appartements supervisés..., cherchent laborieusement les moyens de se développer.

Certains leur reprochent de prolonger les ghettos psychiatriques en reculant interminablement le retour à la vie ordinaire. Mais si sa pathologie et les institutions psychiatriques ont fait du psychotique un malade chronique, vulnérable, apragmatique et menacé d'isolement social, comment ne pas lui donner le moyen, en respectant ce qu'il peut assumer d'autonomie et de liberté

de rester, comme on l'a dit, un habitant de la cité ? Ne nous méprenons pas, il s'agit là d'un problème social et politique dont l'importance ira croissant. Il rejoint un problème de société majeur, celui des personnes âgées menacées elles aussi de déchéance physique et psychique par la solitude et la perte des stimuli sociaux. Il est urgent que nous fassions connaître ces besoins nouveaux aux pouvoirs publics afin d'obtenir les ressources nécessaires au financement de telles structures, au reste peu coûteuses.

Je ne voudrais pas qu'on prenne ces considérations sur la chronification, par quoi je termine mon tour d'horizon, pour un constat d'échec ! Nos structures intermédiaires sont sorties aujourd'hui du stade expérimental, et si elles ont pu mesurer leurs limites et savent qu'elles peuvent perfectionner leur outil, elles ont aussi fait la preuve de leur efficacité et d'une spécificité irremplaçable dans le créneau de la réadaptation psychosociale des malades mentaux.

Très tôt, les conventions forfaitaires passées avec l'INAMI ont permis à beaucoup d'entre-elles de se développer et de se multiplier dans une orientation et une vocation communes, mais en préservant chacune son style et son originalité. Elles font aujourd'hui partie, à part entière, du dispositif de prévention secondaire et tertiaire de lutte contre la maladie mentale et ses séquelles.

Jean Vermeylen 1989-1990

Ces réflexions ont été présentées lors du colloque organisé par la Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale «Les structures intermédiaires, une psychiatrie à découvrir ».

II. LA PAROLE EST À L'HISTORIEN,

SERGE BOFFA

AVANT-PROPOS

Lors de la rédaction de ce travail, l'historien a été confronté à un problème de chronologie. Une chronologie stricte des événements aurait produit une histoire confuse car un grand nombre de structures et de projets évoluent simultanément. Une histoire thématique, centrée sur chaque événement significatif, nous aurait conduit à écrire un récit par trop intemporel. Finalement, nous avons opté pour une voie médiane. Toutes les informations concernant un même sujet sont réunies dans un même chapitre et ces différents chapitres se suivent de manière chronologique.

Le premier chapitre de cet ouvrage n'est pas une brève histoire de la psychiatrie. Il s'agit plutôt d'un résumé où sont repris les concepts et les idées qui ont permis à la psychiatrie sociale d'émerger. On y trouve aussi une description de la situation de la psychiatrie dans la Belgique d'avant-guerre.

Le deuxième et le troisième chapitre de cette histoire nous remémorent la création de la Fondation Julie Renson et l'organisation du Secteur d'Anderlecht. Il ne s'agit pas bien entendu de l'histoire de la Fondation, du Secteur ou de l'extrahospitalier en Belgique mais de la mention de deux organismes qui sont à l'origine de l'association «L'Équipe». Cette dernière association faisant partie du Secteur, nous ne manquerons pas, de temps à autre, de faire un rapide bilan de celui-ci.

Les autres chapitres sont consacrés à l'Équipe. Il ne s'agit pas à proprement dit de retracer l'histoire détaillée de chacune des structures mais d'esquisser celle de l'association dans sa généralité.

L'Équipe a conservé de nombreuses archives dont plusieurs concernent les premières années de l'association. Cela nous permet d'avoir une idée relativement claire des péripéties qui ont accompagné la création puis égrené la vie de l'association. Il est cependant illusoire de penser que toute l'histoire de l'Équipe s'y trouve révélée. Les archives sont capricieuses et ne nous livrent pas facilement leurs secrets. Le récit qui va suivre est essentiellement événementiel et doit être complété par les informations présentes dans les autres parties de l'ouvrage où des personnes, plus autorisées, analyseront en détail les autres facettes de la vie de l'association dans l'optique propre à leur discipline¹.

¹ Abréviations : FJR : Archives de la Fondation Julie Renson; AE : Archives de l'Équipe; PV : Procès verbal du conseil d'administration; RA : Rapport d'activités; RM : Rapport moral.

CHAPITRE 1

INTRODUCTION HISTORIQUE GÉNÉRALE

Quelques illustres précurseurs

Juan Gilaberto Jofre (1350-1417) est membre de l'ordre des Frères de la Merci qui se consacre au rachat des prisonniers francs et des esclaves tombés aux mains des infidèles. Cette occupation lui permet de prendre connaissance des méthodes charitables d'assistance aux aliénés pratiquées en terre d'Islam. Après avoir assisté à l'exécution d'un insensé dans les rue de Valence, il décide, le 24 février 1409, de créer une oeuvre charitable destinée à recueillir les aliénés et à les protéger. L'année suivante, l'hôpital des Saints-Martyrs Innocents destiné aux malades de l'esprit est ouvert dans cette même ville. Il s'agit du premier établissement dont on sait avec certitude qu'il a été exclusivement consacré aux malades et aux débiles mentaux en Occident. Sous l'impulsion de Juan Jofre et de ses successeurs, six autres hôpitaux vont voir le jour en Espagne à Saragosse (1425), Séville et Valladolid (1436), Palma (1456), Tolède (1480) et Barcelone. Ces fondations sont à l'origine du grand mouvement qui va doter l'Europe d'une série d'asiles aux XV^e et XVI^e siècles².

Dans ces établissements, il s'agit de protéger et de reconforter les pensionnaires plutôt que de les soigner. Au fil du temps, les motifs d'internement se multiplient, le nombre des enfermés augmente et les conditions d'internement se dégradent. De plus, la médecine, tant somatique que psychique, encore fourvoyée dans quelques chemins de traverses hérités du passé et imprégnés de conceptions antiques, ne permet guère de secourir efficacement les malades. Il faut attendre le XVIII^e siècle pour voir les premières réactions contre les tristes conditions d'internement infligées aux malades mentaux.

Dans la seconde moitié de ce siècle, William Battie (1703-1776) est l'administrateur de l'hôpital de Bedlam à Londres. La vétusté des bâtiments et le sort des malades le révoltent. Il reproche aux médecins de cet établissement de ne pas enseigner leur art et surtout de ne pas avoir foi en la guérison de leurs patients. William Battie propose la construction d'un nouvel hôpital où les patients jouiront d'un meilleur cadre de vie comme des chambres individuelles pour chacun, la présence d'un personnel qualifié et la possibilité d'accueillir les

² Rumbaut, «The first psychiatric hospital of the western World», in *American Journal of psychiatry*, 10, 1972, pp. 1305-1309.

étudiants intéressés par cette branche de la médecine. En 1751, l'hôpital Saint-Luc est ouvert non loin du vieux Bedlam.

À la fin du XVIII^e et au début du XIX^e siècle, Philippe Pinel (1745-1826) tente une réforme similaire en France. Il comprend l'importance du traitement moral dans sa dimension institutionnelle et s'efforce de supprimer le régime carcéral qui règne dans le service des aliénés de Bicêtre puis de la Salpêtrière. Philippe Pinel est imprégné de l'esprit rationaliste de son temps, des idées de réforme de la société et de l'élévation morale. Il adopte une attitude pleine d'humanité envers les malades mentaux et prône un changement de la société envers les aliénés de sorte que l'on vienne à les considérer comme de réels malades méritant des soins médicaux. Il s'intéresse aussi à l'organisation de l'institution hospitalière psychiatrique et sera le véritable précurseur de la réglementation psychiatrique française formulée par la loi de 1838.

Guillaume Ferrus (1784-1861), un élève de Philippe Pinel, visite plusieurs asiles de France et d'Angleterre et, en 1834, il publie ses conclusions et ses projets de réformes dans un ouvrage appelé «Des aliénés, Considérations : 1° sur l'état des maisons qui leur sont destinées, tant en France qu'en Angleterre; 2° sur le régime hygiénique et moral auquel ces malades doivent être soumis; 3° sur quelques questions de médecine légale et de législation relative à leur état civil». Cette étude aura une grande influence sur la loi du 30 juin 1838 qui organise l'hospitalisation dans les établissements publics ou privés et la protection des malades mentaux et de leur biens.

À partir de cette date, chaque département français doit disposer d'un asile ou de lits disponibles dans un établissement interdépartemental. L'autorité publique surveille l'administration et contrôle l'admission ainsi que le maintien des aliénés. Deux modes d'entrée sont possibles. Le placement volontaire, demandé par la famille ou les tuteurs, et le placement d'office décidé par le Préfet. Des modalités de recours contre l'internement arbitraire sont prévues et l'autorité judiciaire peut à tout moment intervenir. Le malade interné qui perd une partie de sa capacité civile est protégé par des administrateurs contre une éventuelle spoliation. La loi de 1838 est à l'origine du développement du système asilaire en France ainsi que dans d'autres pays.

De son côté, Jean-Baptiste Parchappe de Vinay (1800-1866) essaye de dresser les plans de l'asile idéal. On y sépare les riches des pauvres ainsi que les malades des deux sexes. Il s'oppose cependant à une ségrégation entre curables et incurables et souhaite des établissements de capacité modérée, des dortoirs plus que des cellules et des lieux de réunion et de détente. Malheureusement, le système asilaire va progressivement s'alourdir. L'asile va devenir une société hiérarchisée, dont le climat autoritaire et paternaliste favorise la chronicisation des internés.

En Angleterre, John Conolly (1794-1866) va tenter à l'asile d'Hanwell, dans le Middelsex, la méthode du *no restraint* et de l'*open door*, c'est-à-dire l'abolition totale de la contrainte, de la contention mécanique et du renfermement. Selon John Conolly, la contrainte est synonyme d'abandon du malade et un substitut des soins que nécessite son état. Sa méthode suppose, bien entendu, un personnel important et bien formé.

En Allemagne, Johan Christian Reil (1759-1813) fait la promotion du théâtre thérapeutique et réclame des hôpitaux accueillants permettant les échanges moraux tandis que Wilhelm Griesinger (1817-1868) introduit les principes de John Conolly dans les hôpitaux prussiens.

La psychiatrie au début du XX^e siècle

Au début du XX^e siècle, la psychiatrie est à peu près semblable à celle du siècle précédent. On ne parle que d'asiles, établissements qui veulent imiter les hôpitaux. Les entrants sont alités et l'on procède à des prises de sang, à des analyses d'urine et même à des ponctions lombaires. On traite les malades mentaux avec les anti-infectieux dont on dispose alors comme l'Uroformine et le Collargol. L'origine syphilitique supposée de bien des troubles fait user largement d'arsenicaux et de produits mercuriels. En fait, l'essentiel de l'activité médicale consiste à alimenter les catatoniques et autres «négativistes» à l'aide de sondes nasales, et à traiter les escarres provoquées par l'alitement prolongé. La mortalité est grande, due surtout à la tuberculose et à des infections pulmonaires et intestinales. Prenant l'effet pour la cause, on imagine volontiers que les aliénés sont particulièrement sensibles aux infections. Une théorie alors très en vogue attribue à la tuberculose la démence précoce.

L'ère thérapeutique s'annonce. On a remarqué l'effet favorable de méthodes de choc encore rudimentaires comme l'abcès de fixation à l'huile de térébenthine, les injections intramusculaires de lait ou les injections d'huile soufrée et de sels d'or. En 1922, à Vienne, Wagner von Jauregg (1857-1940) réussit les premières cures grâce à la malariathérapie. Cette méthode, bien que mystérieuse dans son mécanisme, répond à un modèle médical. D'autres méthodes suivent comme l'utilisation du Cardiazol avec Joseph von Méduna (1896-1964), de l'Insuline avec Joshua Sakel (1900-1957) et finalement, la pratique de l'électrochoc avec Ugo Cerletti (1877-1963).

Dans les années trente, les «aliénistes» revendiquent d'être appelés «psychiatres» et obtiennent aussi que les «asiles» soient dénommés «hôpitaux psychiatriques». Si la psychiatrie commence à naître en tant que discipline curative, les structures asilaires n'ont pas pour autant changé. Sous l'impulsion du mouvement d'hygiène mentale, des efforts sont faits pour humaniser les hôpitaux psychiatriques. Une différenciation cherche à se faire entre les malades mentaux considérés comme dangereux et incurables et ceux qui peuvent bénéficier de

méthodes thérapeutiques efficaces sans qu'il soit besoin de les colloquer. Ainsi apparaissent les premiers services ouverts. Quelques malades privilégiés peuvent désormais bénéficier de soins utiles dans un cadre généralement satisfaisant tandis que les autres restent confinés dans les asiles traditionnels souvent encombrés et pauvrement pourvus en personnel et en possibilités techniques.

La Seconde Guerre Mondiale mobilise les esprits et favorise la révolution psychiatrique des années quarante. Diverses expériences montrent que la plupart des malades mentaux ne sont dangereux que s'ils se sentent rejetés. La nocivité de l'asile traditionnel apparaît aussi à la lumière de l'expérience concentrationnaire. L'aménagement de quelques services bien équipés en personnel et en moyens de traitement permet de démontrer l'efficacité des méthodes combinées de thérapies institutionnelles, de psychothérapies et de méthodes biologiques telles que l'insuline et les cures de sommeil. Désormais une politique de sortie précoce et de réadaptation sociale met l'accent sur ce qu'on appelle l'extrahospitalier.

Dans les années cinquante, les thérapies psychiatriques progressent. La psychanalyse arrive à un degré de rigueur technique élevé, les progrès de la biologie et de la biochimie s'étendent et la découverte du Largactil en 1952 modifie toute la vie psychiatrique. Ce dernier produit ouvre la voie à une nouvelle classe de médicaments, celle des neuroleptiques. De nouveaux traitements psychiatriques voient le jour comme la physiothérapie, avec les électrochocs, ou les soins psychologiques. On commence à reconnaître l'utilité de la thérapeutique par l'activité et les loisirs, y compris ses aspects sociothérapeutiques. Désormais, non seulement le service ouvert est devenu la règle et le service fermé l'exception, mais l'activité extrahospitalière prend le pas sur le travail hospitalier. Du moins est-ce la tendance qui se dessine, tandis que le poids des structures et des traditions tend à maintenir les anciennes pratiques.

Les progrès de la psychiatrie ont amené les établissements psychiatriques à évoluer vers la notion de traitement et ils ne se contentent plus d'être considérés comme des garderies. Cela nécessite un développement de l'encadrement thérapeutique non seulement en nombre mais aussi en qualification et formation, le tout dans le but d'améliorer les conditions de vie des patients. L'hôpital devient un réel centre de cure dont le but est la guérison du malade, sa réadaptation fonctionnelle ou même pré-professionnelle et sa réintégration sociale³.

³ P. Sivadon, «Psychiatrie d'hier et d'aujourd'hui», in *La société, génératrice de troubles mentaux ?*, Bruxelles, 1978 (Fondation Julie Renson); Y. Pelicier, *Histoire de la psychiatrie*, Paris, 1971 (Que sais-je ?, 1428) et P. Morel, *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, 1996.

Particularités historiques des Pays-Bas puis de la Belgique

La Belgique peut être considérée comme un des premiers pays où s'est pratiqué une sorte particulière de traitement «social» de la maladie et ce, dès le Moyen-Âge. À Geel, où l'on a l'habitude d'héberger les malades mentaux dans les familles, à Bruges qui possède un asile, et à Poperinghe bien que l'on n'y trouve pas d'organisation spécifique.

Avant le XVIII^e siècle, à l'exception des lieux que nous venons de citer, nos régions se démarquent clairement de la France. La médecine ne se sent guère concernée par les maladies mentales et la législation, qui n'est guère développée, concerne principalement les procédures de collocation comme la surveillance à domicile ou le placement chez un nourricier. L'internement à l'asile est beaucoup plus onéreux et n'est que rarement envisagé.

Ce n'est que dans la seconde moitié du XVIII^e siècle qu'une conception plus moderne du traitement des aliénés voit le jour. On le considère enfin comme un malade. Une première application de ces idées est tentée à Bruxelles, sous le règne de Joseph II. La réorganisation de l'assistance prévue par ce souverain comporte l'établissement de «maisons de fous» en annexe aux hôpitaux. C'est ainsi qu'un quartier pour «fous et imbéciles» est créé à l'Hôpital Saint-Pierre en avril 1789. Malheureusement, quelques mois plus tard, la Révolution brabançonne en provoque la disparition. Il faut attendre la réunion de la Belgique à la France pour que les idées nouvelles puissent enfin trouver une réalisation définitive.

Au début du XIX^e siècle, sous l'occupation française, de grands changements vont intervenir. Comme la médecine a énormément évolué, on va confier le malade mental au médecin et l'hôpital va devenir un lieu de première importance. Étant donné que traitement et hospitalisation vont de pair, il est normal que les juristes envisagent l'hospitalisation forcée. La loi du 29 mars 1803 exige la mise sous tutelle du malade mental et l'enfermement de celui-ci sur décision du tribunal et sur l'avis du médecin. Le 7 septembre 1804, il est exigé que tous les malades mentaux soient enfermés. Le placement familial est officiellement supprimé. Le «grand enfermement» qui a lieu dans nos régions date de cette époque et c'est aussi depuis lors que l'on associe maladie mentale et enfermement.

Au XIX^e siècle, les malades qui présentent une certaine inadaptation sociale sont pris en charge par un institut psychiatrique qui est censé les protéger contre la société mais surtout de la protéger d'eux. Très vite, des voix s'élèvent contre ces procédures et, le 30 septembre 1815, le chanoine Triest, influencé par les travaux du docteur Joseph Guislain, libère les pensionnaires du Geraard de Duivelsteen à Gent.

Les thèses de Joseph Guislain seront à la base des discussions préparatoires à la loi du 18 juin 1850, modifiée le 28 décembre 1873. Cette loi constitue le fondement

de la législation actuelle et a pour objectif d'assurer la liberté individuelle des malades contre toute séquestration arbitraire, tout en protégeant la société contre certains malades qui pourraient lui être nuisibles. Elle définit la collocation qui permet, à la demande d'un particulier ou par décision d'une autorité communale ou provinciale, le placement d'un malade mental dans un établissement psychiatrique sans son accord et pour une durée illimitée. Le patient ne peut quitter l'établissement que si le médecin le déclare guéri ou si la personne qui l'a fait placer désire le retirer⁴.

Au siècle dernier et durant les premières décennies du XX^e siècle, l'asile, c'est la seule dénomination utilisée à l'époque et la seule qui figure dans la fameuse loi de 1850-1873 sur la collocation, est le lieu privilégié où le malade mental trouve refuge et protection.

La colonie de Geel, qui a survécu aux vicissitudes de la législation, est reconnue officiellement par les pouvoirs publics en 1850 et une institution comparable est créée à Lierneux en 1884. C'est à ce moment que la notion de soins extra-muros voit le jour dans nos régions. Du point de vue légal, il y a dorénavant deux possibilités de placement : l'intra-hospitalier et l'extrahospitalier. Cependant, jusqu'à la fin de la Seconde Guerre Mondiale, c'est l'asile psychiatrique qui aura la faveur de l'administration.

Contrairement à ce qui s'est passé dans la France de l'immédiat après-guerre, le développement de l'extrahospitalier belge n'a pas été le fait d'un intra-muros qui aurait éprouvé, par nécessité interne, le besoin de diversifier les modalités de prise en charge. La psychiatrie hospitalière belge, en écrasante majorité privée, n'a pu concevoir son évolution qu'en termes d'améliorations des conditions de vie et de travail à l'intérieur même de l'enceinte asilaire. On comprendra que les gestionnaires des établissements privés pour malades mentaux, qui doivent avant toute chose assurer la pérennité de leurs institutions, s'intéressent avant tout à la trajectoire hospitalière des patients.

Les réalisations de ce début de siècle sont marquées par l'intérêt porté aux enfants. On considère que le dépistage d'une maladie doit se faire le plus tôt possible et les adultes sont souvent considérés comme intraitables. En 1912, des lois sur les premiers principes de dépistage et de prophylaxie en matière d'anormalité sont promulguées.

Clifford Whittigham Beers, un ancien malade soigné pendant trois ans dans des établissements psychiatriques du Connecticut, est libéré en 1903. Sa clairvoyance et son objectivité lui permettent de critiquer les méthodes en usage dans les asiles

⁴ La Belgique est pionnière dans ce domaine. La France seule la précède (1838) tandis que les Pays-Bas (1884), l'Autriche (1916) ou l'Espagne (1931) se préoccupent du problème bien plus tard.

de l'époque. En mai 1908, la Société d'Hygiène Mentale du Connecticut est fondée. Ensuite, en 1909, c'est le Comité National de Santé Mentale (*National Comity for Mental Health*) qui est constitué aux États-Unis. Il se charge de coordonner l'action des associations, existantes ou naissantes, disséminées dans la plupart des états d'Amérique. La même voie sera suivie lorsque la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale sera créée en 1923 par les pionniers de la première heure que sont les docteurs Marcel Alexander, Ernest De Craene, Auguste Ley, Guy Vermeylen, les professeurs Crocq et d'Hollander, ainsi que l'infirmière Gabrielle Kaeckenbeek.

À partir de ce moment, les premiers dispensaires d'hygiène mentale, qui ne seront reconnus qu'en 1953, font leur apparition. Dès 1930, près d'une dizaine de ces établissements sont installés dans les centres urbains du pays, souvent dans les locaux de la Croix Rouge⁵.

La Seconde Guerre Mondiale est une période difficile pour les malades mentaux. Les subsides fournis par le Ministère de la Santé publique sont réduits de manière drastique tandis que les médecins sont mobilisés ou emprisonnés.

Après la guerre, le 2 août 1946, le Ministre de la Justice, dont dépend le sort des aliénés, fixe les conditions auxquelles les sections fermées doivent répondre. À dater de ce moment, on remarque une évolution vers la notion de traitement et de réadaptation. Jusqu'en 1946, il n'existe en Belgique que des établissements fermés destinés à héberger des colloqués. Les services ouverts vont être créés à cette date, mais la fonction d'hébergement reste prioritaire.

En 1948, la compétence en matière d'Établissements pour Aliénés est transférée du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé publique et de la Famille. La psychiatrie devient partie intégrante des soins de santé.

L'arrêté royal de 1953 est le premier à reconnaître les dispensaires d'hygiène mentale et ne sanctionne comme activité que le côté préventif au sens restreint. Cet arrêté royal limite pourtant à dix par an et par patient le nombre de consultations, ce qui hypothèque les possibilités de traitement. C'est toutefois une amélioration de la situation et un encouragement de la part des pouvoirs publics.

À partir de cette date et jusqu'en 1975, les dispensaires ne cesseront de réclamer une augmentation de leur subsidiation et un élargissement de leur cadre de personnel, plus en rapport avec leurs interventions et l'évolution des thérapies contemporaines.

⁵ Ces dispensaires se trouvent à Bruxelles (1923), Jumez (1923), Gand (1923), Louvain (1923), Anvers (1924), Liège (1924), Charleroi (1928), Hasselt (1934), Namur (1934), Tournai (1934), La Louvière (1936), etc.

Pour continuer cette évolution, de nouvelles normes hospitalières sont mises en place. En 1956, c'est la création du Fonds Spécial d'Assistance dont l'objectif est de supporter les frais d'entretien et de traitement de certaines catégories de malades répondant au critère d'indigence. En 1963, c'est la loi sur les hôpitaux qui définit les normes architecturales, fonctionnelles et organisationnelles à respecter pour obtenir l'agrément par l'INAMI qui accorde alors une intervention financière appelée «prix de la journée d'entretien». En exécution de cette loi, on voit apparaître, le 23 octobre 1964, les normes pour les services «P» (services neuropsychiatriques pour des patients en phase aiguë nécessitant un diagnostic et un traitement) et, le 19 novembre 1965, les normes des services «O» (services ouverts pour patients stabilisés) et des services «Q» (services pour des soins de nuit pour patients pouvant continuer une activité de jour). Le 16 février 1974, les services «K» sont prévus (services pour enfants) mais les normes d'agrément ne seront publiées qu'en 1977.

Dans la Belgique de l'après-guerre, l'aide apportée aux malades mentaux reste centrée sur l'hospitalisation en section ouverte ou en section fermée. Le manque de place dans les hôpitaux et les difficultés de coordination sur le plan administratif sont tels que très souvent le malade est hospitalisé très loin de son domicile. Cet éloignement coupe de façon plus rigoureuse encore le contact avec la famille. Les seules institutions extrahospitalières sont les dispensaires d'hygiène mentale. Ceux-ci sont trop peu nombreux, leurs services sociaux sont presque toujours surchargés et ils ont généralement des contacts insuffisants avec le milieu du malade. La liaison avec les hôpitaux psychiatriques est loin d'être généralisée. Par rapport aux pays voisins tels que les Pays-Bas, l'Angleterre ou la France, la Belgique accuse un net retard dans l'assistance psychiatrique⁶.

⁶ J. Orenbuch, «Comment organiser une psychiatrie intégrée au départ d'instances qui ne le sont pas. Le cas de la Belgique», in *Troisième séminaire européen sur les politiques de santé : Evaluation et soins de santé mentale, Luxembourg, 26-28 mars 1980*; B. Renard, «L'hôpital psychiatrique, centre actif de traitement et de guérison», communication au colloque : Trajectoire Psy, des institutions et des hommes, XX^e anniversaire du Secteur Psycho-Social d'Anderlecht, 8 pages dactylographiées, 28 novembre 1981; N. Guinotte, «60 ans d'hygiène mentale en Belgique», in *Unité dans la diversité. Rapport du symposium organisé à l'occasion du 60^e anniversaire de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale, Bruxelles, les 20 et 21 octobre 1983*, Bruxelles, 1984, pp. 25-44; H. Ronse, «Internement et législation : quelques notions d'histoire», in *Unité dans la diversité. Rapport du symposium organisé à l'occasion du 60^e anniversaire de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale, Bruxelles, les 20 et 21 octobre 1983*, Bruxelles, 1984, pp. 51-67; C. Bloch, «Introduction à la première journée», in *Unité dans la diversité. Rapport du symposium organisé à l'occasion du 60^e anniversaire de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale, Bruxelles, les 20 et 21 octobre 1983*, Bruxelles, 1984, pp. 11-13 et H. Ronse, «De l'enfermement au traitement intramural et extramural», in *Histoire et institution*, pp. 1-12.

Ce sera le mérite de la Fondation Julie Renson de susciter une analyse de la situation qui aboutira à la publication, en 1959, du «*Projet d'Organisation de l'Assistance Psychiatrique en Belgique*».^{6bis}

^{6bis} Voir infra page 23.

CHAPITRE 2

NAISSANCE DE LA FONDATION JULIE RENSON ET SON RÔLE DANS LE DÉVELOPPEMENT DES SOINS EXTRAHOSPITALIERS EN BELGIQUE

La création de la Fondation Julie Renson (1957)

Le 24 octobre 1949, Henriette-Julie Renson⁷, l'épouse du Hollandais Jacob Kok⁸, se rend devant son notaire jettois, Maître Hogenkamp, et prend diverses dispositions testamentaires. Deux préoccupations lui tiennent fort à coeur : assurer la subsistance de sa fille Gabrielle Laguerre⁹ qui souffre d'une maladie mentale incurable et créer une fondation destinée à aider les malades mentaux. Pour ce faire, elle divise son importante fortune personnelle en deux parts égales dont l'une servira de capital à la future institution. Le legs, constitué en biens meubles, est évalué à près de 35.000.000 de francs de l'époque¹⁰.

Henriette-Julie Renson disparaît le 13 mai 1956, après un séjour à la maison de repos «Sans Soucis» à Jette. Pour répondre aux vœux de la testatrice, un comité provisoire se constitue sous la présidence d'Ernest De Craene¹¹. Celui-ci est assisté du professeur Marcel Alexander, du docteur Paul Vervaeck, de Gaston de Formanoir de la Cazerie et de maître Georges Louveaux. Ensemble, ils élaborent les statuts de la nouvelle fondation.

Il faut attendre un peu moins d'un an pour que cela soit chose faite. Le 8 mai 1957, le *Moniteur Belge* publie un arrêté royal approuvant la constitution de la

⁷ Née à Lobbes le 25 juin 1871 et décédée à Bruxelles le 13 mai 1956.

⁸ Dans certaines archives ce personnage est prénommé Jean-Baptiste (FJR, Lettre de Gaston de Formanoir de la Cazerie, en date du 14 octobre 1959).

⁹ Gabrielle est issue de son premier mariage avec Léopold-Joseph Laguerre. Elle naît à Bruxelles, le 22 décembre 1891 et divorcera de Marcel Anspach (FJR, Copie du partage de la succession de Madame Henriette-Julie Renson, pp. 2-3).

¹⁰ La Fondation reçoit précisément 33.723.467,90 francs (FJR, Partage de la succession de Madame Julie Renson, veuve de Monsieur Jacques de Kok).

¹¹ Ernest De Craene était le conseil médical de la testatrice et s'est occupé de la maladie de sa fille. Il n'est donc pas étonnant de le voir apparaître ici (*La Fondation Julie Renson 1957-1967*, p. 2).

fondation¹². Dès lors, la Fondation Julie Renson a une existence légale et une personnalité civile en tant qu'établissement d'utilité publique.

Son premier conseil d'administration est composé d'Ernest De Craene, Marcel Alexander, Paul Vervaeck, Georges Louveaux et Gaston de Formanoir de la Cazerie. Malheureusement, deux de ces membres fondateurs, Ernest De Craene et Paul Vervaeck, disparaissent prématurément; ils sont respectivement remplacés par les professeurs André Dewulf et Jacques De Busscher¹³.

La seconde épouse d'Ernest De Craene, Madeleine Bijon¹⁴, travaillait quotidiennement avec son mari. Elle connaissait ainsi ses dossiers et bien que n'ayant pas fait d'études universitaires en médecine, elle fut initiée à la psychiatrie par son époux. Peu avant son décès, Ernest De Craene avait exprimé le désir que la Fondation Julie Renson occupe son épouse car, comme tous les idéalistes, il n'a pas de fortune personnelle à lui léguer, ce qui rend l'avenir de sa femme incertain.

À la fin du mois d'août 1957, le conseil d'administration est renouvelé. Gaston de Formanoir de la Cazerie est nommé président, Madeleine De Craene, directrice, maître Georges Louveaux, secrétaire trésorier, Simone Duzel, secrétaire adjoint, et François Lepouter, trésorier adjoint¹⁵. Les autres administrateurs sont les professeurs Marcel Alexander, Jacques De Busscher et André Dewulf.

Selon l'article deux de ses statuts, la Fondation Julie Renson a pour buts :

- 1) de promouvoir l'étude et les recherches scientifiques relatives aux maladies mentales;
- 2) de venir en aide matériellement et moralement aux malades mentaux dépourvus de ressources ou privés d'assistance familiale suffisante et par préférence, s'il y a lieu, aux membres de la famille de la fondatrice.
- 3) d'assurer le reclassement des malades guéris.

¹² Ultérieurement, les statuts de la Fondation se retrouveront dans les annexes du Moniteur Belge (Annexe au Moniteur Belge du 18 mai 1957, n° 2148, pp. 790-791).

¹³ Ernest De Craene décède à Bruxelles des suites de maladie le 20 mai 1957 (FJR, PV, I, pp. 2 et 6).

¹⁴ Née à Strasbourg le 2 mai 1906 et décédée le 22 décembre 1991. Dans les documents, selon les habitudes de l'époque, elle apparaît sous le nom de Madame Ernest De Craene. Dans ce travail, selon les usages modernes, elle sera appelée Madeleine De Craene.

¹⁵ Annexe au Moniteur Belge du 14 septembre 1957, p. 1197, n° 3255. François Lepouter quittera rapidement ses fonctions et sera remplacé le 23 mars 1959 par Georges Mathy (Annexe au Moniteur Belge du 16 mai 1959, p. 725, n° 2081).

La Fondation réalise son but scientifique et philanthropique par toutes voies, et notamment par l'allocation de prix ou de subsides aux savants et chercheurs et aux établissements, institutions ou revues spécialisés; par la distribution de secours aux malades mentaux, par l'organisation de soins à domicile, d'œuvres de prévention ou de toute autre manière pouvant apporter aux malades un réconfort matériel ou moral¹⁶.

Le personnel est en place et les objectifs sont définis. La Fondation Julie Renson peut enfin se mettre au travail¹⁷.

Élaboration d'un programme de travail

Avant toute chose, la Fondation Julie Renson doit organiser la gestion de son patrimoine financier ainsi que la manière dont elle va dépenser son budget. Il est rapidement décidé que les pourcentages réservés à la recherche scientifique et à la philanthropie doivent être égaux. Il est aussi stipulé qu'en aucun cas l'argent de la Fondation ne pourrait combler une carence de l'État.

Les professeurs Marcel Alexander et André Dewulf présentent chacun leur programme de travail au conseil d'administration. Le second de ces projets servira de guide à la Fondation. Les points les plus importants de ce programme sont les suivants :

- Gestion du capital et des subsides. Le capital de la Fondation ne doit jamais être entamé. Seuls les intérêts de celui-ci pourront être dépensés sous forme d'aide ou de subside. Les subsides doivent servir les buts définis par la testatrice. Ils ne peuvent rapporter aucun bénéfice pécuniaire à celui qui les utilise et ne peuvent servir à couvrir les charges qui incombent normalement à l'institution où ils sont utilisés.
- Qui peut être aidé par la Fondation? Les professeurs de psychiatrie des universités belges, ceux auxquels le Fonds National de la Recherche Scientifique a accordé des subsides, ceux qui bénéficient ou ont bénéficié de l'aide de la Fondation Universitaire, les agrégés de l'enseignement supérieur, les lauréats des concours universitaires, des bourses de voyages ou titres assimilés, ceux qui n'ont pas encore les titres cités mais qui, par la préparation d'une thèse, cherchent à les acquérir, les isolés qui travaillent sérieusement dans les domaines de la psychiatrie, les étudiants, les stagiaires déjà diplômés, les «assistants sans ambitions académiques», mais doués d'une réelle valeur, ceux qui ne sont pas médecins : assistants sociaux, etc particulièrement doués et dont il y aurait lieu de parfaire la formation et

¹⁶ Moniteur Belge du 8 mai 1957, p. 3284.

¹⁷ FJR, PV, I, pp. 2-3, 7, 9 et 14; *La Fondation Julie Renson 1957-1967*, pp. 1-2 et M. Devodder, *Ernest De Craene*, p. 15.

finalement les personnes non diplômées dévouées à la cause des malades mentaux.

- Le montant des subsides à accorder. Le montant des subsides varie selon les circonstances et les raisons de leur octroi. Les titulaires d'une chaire de psychiatrie recevront 50.000 francs¹⁸ alors que dans les autres cas aucune somme fixe n'est envisagée. Le montant du subside à accorder sera chaque fois discuté au conseil d'administration.

Il n'est pas toujours aisé de faire démarrer une entreprise de grande envergure. Heureusement la Fondation Julie Renson est composée de membres de qualité qui non seulement connaissent bien le monde de la psychiatrie mais sont aussi particulièrement actifs¹⁹.

Les premières réalisations de la Fondation Julie Renson

La jeune Fondation doit se faire connaître. Par le biais de sa très dynamique directrice, Madeleine De Craene, de multiples démarches sont entreprises auprès des personnalités et des institutions qui de près ou de loin sont concernées par les malades mentaux. Des contacts sont pris avec le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la Justice, le Ministère de l'Instruction publique, la Commission d'Assistance Publique de Bruxelles, la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale, l'Institut Psychiatrique de l'Hôpital Brugmann, l'Hôpital Saint-Pierre, etc.

De même, de nombreuses visites sont organisées afin de mieux comprendre le paysage psychiatrique du pays. Le président, la directrice ou tout le conseil d'administration se rendent par exemple à la Ferme-École de Waterloo, à l'établissement pour malades mentaux de Mons et à son École d'infirmières, à l'Institut Psychiatrique de Saint-Michel à Bruges, à l'Institut psychiatrique des Frères de la Charité à Gand, à la Colonie provinciale de Lierneux ou au service de gérontologie de la Commission d'Assistance Publique de Bruxelles dirigé par le docteur Joseph Clerens.

La visite, en France, de l'Hôpital de la Verrière dirigé par le Professeur Paul Sivadon et du Centre de Postcure l'Élan marque le début d'une série de voyages d'étude à l'étranger dont l'objectif est de comparer l'état de la psychiatrie belge à

¹⁸ A l'exception de Louvain où deux chaires de psychiatrie sont représentées. Elles recevront chacune 35.000 francs.

¹⁹ FJR, PV, I, pp. 9-12 et 16-23.

celle des pays voisins, France (1958 et 1959²⁰), Angleterre (du 20 au 30 juillet 1959²¹) ou Pays-Bas (en septembre 1960²²).

Les premiers subsides sont rapidement octroyés selon les critères du programme du professeur André Dewulf. Les titulaires des cinq chaires de psychiatrie des universités belges en bénéficient²³. D'autres sont accordés à divers services afin de leur permettre une extension médicosociale importante. Le dispensaire central de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale, la consultation du docteur Denise Louis-Bar pour les infirmes moteurs cérébraux ou le Centre d'Étude, de Traitement et de Prévention de l'Alcoolisme et de la Toxicomanie de l'Université de Gand, sont bénéficiaires de ce type de subside. L'aide à la formation du personnel paramédical n'est pas oubliée. La Fondation participe aux frais de formation de deux infirmières psychiatriques qui ont suivi une semaine de stage en France²⁴.

De plus, la réadaptation de malades mentaux au travail est au premier plan des préoccupations de la Fondation. De nombreux cas sociaux sont examinés et, quand c'est possible, le conseil d'administration intervient rapidement et efficacement²⁵.

Ces diverses réalisations sont les plus significatives mais elles sont accompagnées de beaucoup d'autres de moindre envergure qui ne sont pas pour autant dénuées d'intérêt comme la participation de Madeleine De Craene au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française à Tours ou le projet de

²⁰ Ce voyage à Paris et à Nancy a comme objectif la visite d'établissements de postcure, d'ateliers protégés, de centres de réadaptation, etc (FJR, PV, I, pp. 47-48).

²¹ Cet important voyage en Angleterre a permis à la Fondation de découvrir les réalisations d'une médecine nationalisée doublée de l'initiative privée (FJR, PV, I, p. 97; AE, Farde 1960, Lettre de R.S. Addis à M. De Craene datée du 21 mai 1959 et AE, Farde 1960, Voyage de Madame De Craene en Angleterre du 20 au 30 juillet 1959, août 1959).

²² Madeleine De Craene rencontre alors le professeur Querido ainsi que le docteur E.C. Lekkerkerker, conseiller médical de l'Association néerlandaise de Santé mentale. Lors de ce voyage, la Fondation se rend compte de la réelle efficacité de l'organisation de l'assistance psychiatrique en Hollande (AE, Farde 1960, Lettre de E.C. Lekkerkerker à M. De Craene datée du 2 septembre 1960).

²³ Lors de la réunion du 23 décembre 1957, le Conseil marque son accord sur le principe d'un subside annuel à accorder aux professeurs de psychiatrie de nos différentes universités (FJR, PV, I, pp. 33-34, 36, 38, 39-40, 70-71, 77, 80, 88...).

²⁴ FJR, PV, I, pp. 76-77.

²⁵ Dans le cadre du reclassement des malades mentaux, la Fondation intervient soit de sa propre initiative soit à la demande d'institutions comme l'Hôpital Brugmann, l'Office d'Identification ou le Dispensaire Central d'Hygiène Mentale de Bruxelles.

création d'une bibliothèque psychiatrique qui déboucha sur la réalisation d'un répertoire des ouvrages et des revues psychiatriques conservés dans les différentes bibliothèques privées et publiques du pays²⁶.

Les idées du professeur Paul Sivadon

À la même époque, Paul Sivadon, titulaire depuis le 1^{er} octobre 1959 de la chaire de psychiatrie à l'Université Libre de Bruxelles, s'efforce de répandre les idées, alors nouvelles, de la psychiatrie sociale. En France, il a déjà eu l'occasion de mettre en pratique ses conceptions tant à l'hôpital psychiatrique de Ville-Évrard qu'au secteur du XIII^e arrondissement à Paris.

En Belgique aussi, les conceptions du professeur Paul Sivadon rencontrent l'appui des plus hauts fonctionnaires du Ministère de la Santé Publique. Pour l'agglomération bruxelloise, la réforme de l'assistance psychiatrique qu'il propose se présente comme suit :

- L'adaptation de l'Hôpital Universitaire Brugmann aux exigences de la psychiatrie sociale avec notamment la création d'ateliers de réadaptation dans le cadre même de l'Hôpital.
- La création d'un «Centre Psychiatrique Universitaire» pour l'enseignement de la psychiatrie, la formation des psychiatres et de leurs collaborateurs et la recherche scientifique. Il s'agirait d'un service extrahospitalier implanté au coeur de la ville, éventuellement à proximité de la Faculté de Médecine.
- La subdivision de l'agglomération en «secteurs» d'assistance médicosociale psychiatrique représentant l'unité de base du dépistage, du traitement extrahospitalier et de la réadaptation sociale et professionnelle²⁷.

²⁶ FJR, PV, I, pp. 278-279, 285 et 298; E. Cosyns-Verhaegen, F. Goffioul et J. Bobon, *Psychiatrie et hygiène mentale. Principe de bibliothéconomie et de bibliographie*, Bruxelles, 1964-1965; E. Cosyns-Verhaegen, *Psychiatrie et hygiène mentale. Catalogue collectif des périodiques de psychiatrie, hygiène mentale et sciences connexes se trouvant dans les principales bibliothèques de Belgique*, Bruxelles, 1967, 3 vol.; E. Cosyns-Verhaegen, *Psychiatrie et santé mentale. Catalogue collectif des ouvrages. Volume A I-05 pharmacodépendance (accoutumance, toxicomanie, alcoolisme)*, Bruxelles, 1972; E. Cosyns-Verhaegen, *Psychiatrie et santé mentale. Catalogue collectif des ouvrages. Volume A VI gérontopsychiatrie*, Bruxelles, 1972; E. Cosyns-Verhaegen, *Psychiatrie et santé mentale. Catalogue collectif des ouvrages. Volume A 0 psychiatrie et psychopathologie générale*, Bruxelles, 1974 (Bibliographia Belgica, 125) et E. Cosyns-Verhaegen, *Psychiatrie et santé mentale. Catalogue collectif des ouvrages. Volume D criminologie*, Bruxelles, 1974, (Bibliographia Belgica, 126).

²⁷ AE, Farde 1962, Jean Vermeylen et Lucette Decroly, Conceptions actuelles en matière de prévention et de traitement des maladies mentales, 5 avril 1962.

Roger Amiel et son influence dans les milieux de la psychiatrie belge (8 novembre 1958)

Si Paul Sivadon s'efforce depuis quelques années déjà de répandre en Belgique ses conceptions, il faut attendre la venue de Roger Amiel pour que ces théories aient un réel impact dans le monde médical belge.

À la fin de l'année 1957, des contacts sont établis entre Madeleine De Craene et Roger Amiel et, en janvier 1958, l'idée d'une conférence donnée par ce dernier prend corps : «Le docteur Amiel serait non seulement disposé mais très heureux de venir nous faire un exposé sur la réadaptation des malades mentaux en France. Cette réadaptation est considérée actuellement comme un facteur essentiel de l'orientation nouvelle à donner à la psychiatrie.

Il lui semble plus intéressant pour la Fondation de faire cet exposé devant un auditoire réduit qui comprendrait, en plus du conseil d'administration, des personnalités en charge de fonctions des départements de la santé, du travail, des assurances sociales, de la justice.

Monsieur Paul Cornil, secrétaire général au Ministère de la Justice, le docteur Sam Halter, directeur général au Ministère de la Santé, ont tous deux exprimé l'intérêt qu'ils portent aux réalisations de la Fondation Julie Renson. Tous deux souhaitent participer à la rencontre avec le docteur Roger Amiel et ont cité des noms de personnes à inviter lors de cette réunion»²⁸.

Le 8 novembre 1958, Roger Amiel expose devant un public averti, les principes de la psychiatrie sociale. Cette communication a une énorme influence sur l'auditoire et nombreux sont les auditeurs qui demandent à en recevoir le texte et expriment l'espoir de voir se répéter des réunions regroupant toutes les personnes intéressées par les problèmes médico-sociaux. La Fondation prend la balle au bond et profite de l'enthousiasme généré par la conférence : à la fin du mois de novembre, elle fait imprimer le texte complet de l'exposé et décide de réunir mensuellement une Commission d'Étude sous la direction du savant français. Ces réunions se tiendront sous les auspices de la Fondation Julie Renson et de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale²⁹.

Le travail des groupes d'études de la Fondation Julie Renson (décembre 1958)

Après s'être fait connaître dans les milieux officiels et privés, le conseil d'administration de la Fondation juge nécessaire de maintenir des contacts étroits entre tous les organismes et tous les intervenants concernés par la

²⁸ FJR, PV, I, pp. 36-37.

²⁹ FJR, PV, I, pp. 33 et 68-69.

protection et le traitement des malades mentaux. La Commission d'Étude en est un excellent moyen. De leur côté, les médecins, les infirmières et les assistantes sociales sentent la nécessité de confronter leurs difficultés professionnelles. La réadaptation des malades mentaux pose aussi bien des problèmes éthiques que techniques. Ceux-ci relèvent principalement de la législation existante et à venir. D'où l'intérêt d'inviter à ces rencontres des hauts fonctionnaires de l'administration et des mutualités, qui sont d'ailleurs demandeurs.

La première réunion a lieu le 7 décembre 1958 et se révèle être un franc succès. Le docteur Roger Amiel et trente-deux autres participants y sont présents. La réunion suivante, le 17 janvier 1959, a pour thème de discussion la conférence du professeur français. Rapidement, l'intérêt témoigné par les pouvoirs publics à la question des malades mentaux amène la Fondation à donner à la Commission d'Étude un objectif plus défini qui dépasse l'information personnelle des participants. La tâche de la Commission d'Étude consiste désormais à faire le bilan de ce qui existe et de ce qui devrait exister pour la prévention et le traitement des maladies mentales en Belgique. L'enquête comprend également l'examen des différents types d'institutions nécessaires à ce traitement ainsi que la formation médicale et paramédicale du personnel.

La Commission d'Étude est divisée en trois groupes de recherche : «Précure et cure extra-hospitalière», «Cure hospitalière» et «Postcure». La synthèse des travaux de ces différentes sections, sous la forme d'une requête, sera déposée sur les bureaux des Ministres de la Santé, de l'Instruction Publique, du Travail, de la Sécurité Sociale et de la Justice. Ce rapport trouve également sa place dans l'enquête proposée par la Fédération Mondiale de la Santé Mentale. Voici plus précisément les axes de réflexion de chacun de ces groupes d'étude :

- Le groupe «Précure» étudie la question de l'assistance aux malades mentaux avant toute hospitalisation, ou en dehors de toute hospitalisation. Il s'agit donc des difficultés de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire, en dispensaire³⁰.
- Le groupe «Cure» analyse les problèmes liés au placement en hôpital psychiatrique, tant dans les services «ouverts» que dans les services «fermés», et à l'organisation interne de ces hôpitaux³¹.

³⁰ Les membres de la commission «Précure» sont : Francine Bigwood, Jacques Bradfer, Marie-Thérèse Callewaert, Nicole Dierkens-Dopchie, Jean Dierkens, Mademoiselle Gillet, Suzanne Gusenbourg, Denise Louis-Bar et Mademoiselle Moritz (*Projet*, p. 170).

³¹ Les membres de la commission «Cure hospitalière» sont : Claude Bloch, A. Bomboir, Pierre Burton, Hilda Braunthal, Serge Crahay, Paul De Groote, Albert De Haene, Pierre Demoulin, André Dewulf, Paul Graux, Jacques Flament, Zoja Jurzynska, Gabrielle Kolen, Marthe Krier, Annette Lempereur, Mademoiselle

- Le groupe «Postcure» s'occupe de l'assistance aux malades mentaux dans la phase de réadaptation sociale et pré-professionnelle qui fait souvent suite à une hospitalisation psychiatrique³².

Le caractère quelque peu artificiel d'une telle division est évident. En effet, ces trois secteurs de l'assistance psychiatrique se chevauchent par certains de leurs aspects, et au premier chef dans le domaine de l'assistance sociale aux malades. Par exemple, les organismes de réadaptation étudiés par le groupe «Postcure» ne s'adressent pas uniquement aux malades sortis des hôpitaux. Ils peuvent servir dans certains cas dès après la phase de diagnostic ou au cours d'un traitement extrahospitalier. Cette division de la Commission d'Étude est cependant nécessaire. Des groupes plus restreints et plus maniables, ne s'attachant qu'à un des aspects de l'assistance psychiatrique, sont beaucoup plus dynamiques et productifs³³.

Ensemble, les trois groupes totalisent environ quarante réunions dont quatre avec Roger Amiel. La Commission d'Étude comprend quarante-huit membres : vingt médecins, cinq psychologues, huit assistantes sociales, six infirmières sociales, un médecin délégué du Ministère de la Santé Publique, deux délégués du Ministère du Travail, un magistrat, deux directeurs d'école, deux membres du *Welfare* de la Croix-Rouge et un moniteur d'atelier.

Ces réunions créent une véritable dynamique parmi les participants car c'est la première fois qu'en Belgique tant de personnes de milieux professionnels, géographiques et linguistiques différents se rencontrent régulièrement et réfléchissent ensemble³⁴.

Le «Projet d'organisation de l'assistance psychiatrique en Belgique» (1959)

À la fin de l'année 1959, le travail entrepris par la Commission d'Étude se termine. Le rapport final est intitulé «Projet d'organisation de l'assistance psychiatrique en Belgique». Le 28 novembre, la Société Belge de Médecine

Nangniot, Michel Perier, Mademoiselle Torchain, Emile Meurice, Joseph Paquay et Jacques Raveschot (*Projet*, pp. 186-187).

³² Les membres de la commission «Post-cure» sont : Mademoiselle Bodarwe, Jean Cordier, Monsieur Cotroux, René Dierckx, Monsieur Geelhand, Madame Guinotte, Mademoiselle Huybrechts, Paul Marchand, Monsieur Armand Maron, Jacques Masson, Monsieur Emile Quiriny, Lucien Sorel, Mademoiselle Tits, Madame Frieda Van Laer et Jean Vermeylen. (*Projet*, p. 215).

³³ Cette division est très théorique certains membres assistent librement aux travaux de groupes différents.

³⁴ FJR, PV, I, pp. 74 et 92.

Mentale et la Société de Médecine Sociale présentent conjointement à leurs membres un résumé du travail accompli par les trois groupes. À cette occasion, le docteur Jean Dierkens remercie la Fondation Julie Renson qui a permis aux membres de la Commission d'Étude de se rencontrer en dehors de toute préoccupation politique, religieuse, philosophique ou linguistique. Ensuite, il résume le travail du groupe «Précure». Le docteur Claude Bloch présente les conclusions du groupe «Cure» et le docteur Jean Cordier celles du groupe «Postcure».

Ensuite, le rapport est publié dans les «Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica»³⁵. 2500 tiré-à-part de cet imposant article sont mis en circulation et près d'un millier sont envoyés à différentes personnalités dont le Roi Baudouin et la Reine Élisabeth, des ministres, des parlementaires et aux autorités nationales responsables de la santé et des problèmes sociaux. La Fondation Julie Renson désire que les conclusions de la Commission d'Étude soient connues par le plus grand nombre.

La qualité de cette enquête est telle que le rapport est sélectionné conjointement avec une étude française et une étude américaine par les organisateurs de l'Année Mondiale de la Santé Mentale comme base de discussion lors d'un de ses symposiums.

Une lecture attentive de ce rapport nous révèle que la notion d'assistance psychiatrique en «secteur» y est déjà présente et laisse augurer, dans un avenir proche, d'une réalisation pratique dans un secteur déterminé³⁶.

La Journée et l'Année mondiale de la santé mentale (7 avril 1959 et 1960)

Deux événements d'importance vont jouer un rôle non négligeable dans la diffusion des concepts de la psychiatrie sociale en Belgique. Il s'agit de la Journée Mondiale de la Santé Mentale qui s'est déroulée le 7 avril 1959 et de l'Année Mondiale de la Santé Mentale en 1960³⁷.

Dès le mois de janvier 1959, la Fondation Julie Renson et le Ministère de la Santé publique se concertent pour préparer la Journée Mondiale de la Santé Mentale. Sous la présidence du secrétaire général de ce ministère, le docteur Goossens, la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale, la Croix Rouge, les services éducatifs du Ministère de l'Instruction Publique et la Fondation Julie Renson établissent le programme de cette importante opération.

³⁵ «Projet d'organisation de l'assistance psychiatrique en Belgique», in *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 2, 1960, pp. 154-243.

³⁶ FJR, PV, I, p. 112, 113 et 128 et FJR, RA, 1960, p. 1.

³⁷ FJR, PV, I, pp. 91-92.

Parmi les activités proposées, nous trouvons une journée d'étude pour le personnel médico-social des dispensaires psycho-médico-pédagogiques, une conférence de presse présidée par le Ministre de la Santé, etc. Des émissions d'information à la radio et à la télévision sont organisées afin d'attirer l'attention de tous les milieux sur la nécessité de «développer et d'appliquer des principes d'hygiène mentale pour parer aux fatigues nerveuses excessives de notre époque et aux conséquences souvent tragiques qu'elles engendrent»³⁸.

La Journée Mondiale de la Santé Mentale peut être considérée comme le prélude de l'Année Mondiale de la Santé Mentale qui se déroulera l'année suivante. La Fédération Mondiale de la Santé Mentale et l'Organisation Mondiale de la Santé invitent tous les gouvernements et les organismes s'occupant des questions relatives aux malades mentaux à participer à des travaux d'ensemble. C'est le docteur Goossens, secrétaire général du Ministère de la Santé, qui organise la collaboration belge à ce programme mondial³⁹.

Comme tous les pays, la Belgique établit un vaste programme qui comporte des rencontres multiples, des réunions et des commissions d'études, permettant aux organismes privés et publics de confronter leurs expériences et leurs projets. La participation de la Fondation Julie Renson à cette grande entreprise peut se résumer en deux points :

- Le travail accompli par la Commission d'Étude est une participation importante en rapport direct avec le programme établi par la Fédération Mondiale de la Santé.
- Dans le cadre de ce même programme, la Commission d'Étude souhaiterait pouvoir passer à une réalisation plus concrète dans un proche avenir. Ce projet concerne directement notre sujet puisqu'il est défini ainsi :

«1^{er} stade : après contacts préalables avec les autorités communales et la CAP, un groupe de la commission d'Étude se propose, dans un secteur à déterminer (Anderlecht?) d'organiser une information sur la nécessité d'un dépistage précoce à tous les niveaux et les moyens de le réaliser (consultations prénatales, consultation de nourrissons, crèches, jardins d'enfants, écoles à tous les degrés, école de parents).

2^e stade : cette information se ferait d'abord, en accord avec les médecins psychiatres de la commune, au niveau du corps médical, puis du personnel en

³⁸ FJR, RA, 1959, p. 1 et FJR, PV, I, pp. 84-86.

³⁹ Le comité national belge pour l'Année Mondiale de la Santé Mentale groupe des institutions comme la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale, l'Association Catholique d'Hygiène Mentale ou la Fondation Julie Renson (FJR, PV, I, pp. 84-86 et 91-92; FJR, RA, 1959, p. 1 et FJR, RA, 1960, p. 1).

place dans les institutions et écoles. Une réunion avec tous les organismes s'occupant de l'assistance psychiatrique de la commune permettrait de faire un programme de travail de secteur (cours, conférences, etc).

3^e stade : pourrait être la création d'un dispensaire d'hygiène mentale doublé d'un foyer de postcure.

Les deux premiers stades se feraient sans grands frais. Le troisième se réaliserait avec la participation financière de la commune»⁴⁰.

Une fois de plus, la notion de psychiatrie en «secteur» apparaît dans ce passage. Nombreux sont les médecins convaincus des bienfaits d'une telle structure, malheureusement le passage de la théorie à la pratique n'est pas chose aisée.

⁴⁰ FJR, PV, I, pp. 107-108.

CHAPITRE 3

CRÉATION ET ACTIVITÉS DU SECTEUR D'ANDERLECHT (1960-1961)

Les nouveaux groupes d'études de la Fondation Julie Renson (1960)

Le travail de la Commission d'Étude ayant pleinement satisfait la Fondation; trois nouveaux groupes de recherche se constituent en 1960 :

- Le groupe «Contact».
Le docteur Albert De Haene, médecin-chef de l'Institut Saint André à Bruges, et Madame Frieda Van Laere, directrice du dispensaire d'Hygiène Mentale de Bruxelles, dirigent ce groupe dont l'objectif est de «briser les barrières entre les instituts et les dispensaires, barrières qui rendent impensable le travail socio-psychiatrique, au grand détriment des malades»⁴¹. Ils cherchent à établir un suivi des patients sortant d'instituts psychiatriques. Cette procédure ne peut se faire qu'en établissant une collaboration entre médecins d'instituts et médecins de dispensaires d'hygiène mentale. Plus tard, le groupe «Contact», sous la présidence du docteur Norbert Wauters, porte son intérêt sur les instituts et aborde la rénovation de certains services psychiatriques aussi bien du point de vue des locaux que de l'application d'une plus grande diversité de thérapeutiques devenues à cette époque indispensables.
- Le groupe «Formation».
Le docteur Émile Meurice, médecin-adjoint de la Colonie Provinciale de Lierneux crée le groupe «Formation en cours d'emploi du personnel paramédical» dans le but de former une équipe soignante plus compétente, tant en ce qui concerne les étudiants que le personnel déjà en fonction. Sous la présidence du docteur Guilmot, deux types de rencontres annuelles seront créés et institutionnalisés : les stages pour infirmiers et infirmières en psychiatrie et les journées des travailleurs sociaux. C'est aussi à l'initiative de membres de cette commission que deux écoles sociales, l'Institut d'Étude Sociale de l'État et l'École Catholique de Service Social, s'intéressent à la formation psychiatrique des travailleurs sociaux.
- Le groupe «Commune».
Sous la direction du docteur Jean Vermeylen, ce dernier groupe de recherche étudie les possibilités d'implantation d'une assistance

⁴¹J. Dierkens, *5 ans d'activité*, p. 9.

psychiatrique, sous la forme d'un centre pilote de psychiatrie sociale de secteur, dans une commune de l'agglomération bruxelloise⁴².

Les idées et les projets du groupe «Commune»

Les membres du groupe s'interrogent : Est-il possible d'appliquer à l'unité administrative autonome qu'est la commune, les formules d'assistance psychiatrique «en secteur» développées à Amsterdam par le professeur A. Querido et à Paris par le professeur Philippe Paumelle.

Il s'agit d'amener toutes les institutions publiques et privées d'un secteur géographique déterminé, depuis les consultations prénatales jusqu'aux hospices, en passant par les consultations d'hygiène mentale pour enfants et adultes, les hôpitaux, les services d'orientation, de formation et de placement professionnel, les homes et les oeuvres diverses, à collaborer étroitement entre elles pour prévenir et guérir les troubles mentaux de toute nature et de toute gravité. Il s'agit aussi, là où des lacunes apparaîtraient, de créer des services nouveaux. L'équipe médicosociale issue de cette collaboration est ainsi amenée à prendre en charge tous les malades d'un secteur, à résoudre tous les problèmes de soins et de réadaptation, sans faire appel à des organismes extérieurs. C'est là une garantie de continuité dans l'action, d'efficacité et d'économie. Toute cette structure d'assistance est axée non pas sur l'hôpital psychiatrique mais sur la consultation d'hygiène mentale qui est la base d'un service psychosocial en secteur.

Le 22 mars 1960, le groupe «Commune» envisageant l'hypothèse de réaliser à Anderlecht une expérience pilote d'assistance psychiatrique sectorisée détermine trois objectifs essentiels :

- Créer une consultation d'hygiène mentale pour adultes et adolescents; celle-ci viendra compléter ce que réalisent déjà les services communaux de l'enfance, crèche et inspection médicale scolaire qui donnent à leur travail préventif une orientation psychologique.
- Obtenir une maison où pourrait exister un club de loisirs pour malades mentaux et un foyer de postcure.
- Prendre contact avec différentes firmes dont certaines semblent disposées à s'intéresser à des ateliers protégés. Dans le cadre de ce dernier point, la création d'un centre d'orientation professionnelle spécialisée et d'ateliers d'ergothérapie est aussi envisagée.

Mais, la création de la consultation d'hygiène mentale est le premier et l'indispensable échelon au travail envisagé⁴³.

⁴² FJR, PV, I, pp. 120-121 et 128-130.

Le choix de la commune d'Anderlecht

En Belgique, la commune est une entité douée d'une autonomie et d'une personnalité administrative et sociale propres. Elle s'est donc très naturellement imposée comme le cadre idéal de l'expérience-pilote. Après avoir passé en revue les différentes communes bruxelloises, le choix se porte sur Anderlecht au début du mois de mars 1960⁴⁴. Cette commune pouvait a priori être considérée comme un milieu favorable au développement de l'assistance psychiatrique en secteur pour les raisons suivantes :

- C'est une commune étendue (217,488 km²) et en plein développement.
- Ses 100.000 habitants constituent un groupe social suffisant, sans être trop étendu, pour justifier un travail en secteur⁴⁵.
- La population anderlechtoise constitue un échantillon représentatif des différentes classes sociales.
- Les activités industrielles y voisinent encore avec des activités rurales⁴⁶.
- Il existe à Anderlecht un réseau d'institutions hospitalières et de médecine préventive publiques et privées avec lesquelles la collaboration doit pouvoir s'établir rapidement, en particulier pour le dépistage et la réadaptation des malades mentaux.
- La politique sociale progressiste dont font preuve les dirigeants de la commune fait préjuger un accueil favorable aux projets du groupe «Commune».

Il existe encore un dernier argument, mais non le moindre, en faveur de la commune d'Anderlecht. La «Clinique scolaire» où fonctionne l'inspection

⁴³ AE, Farde 1960, PV de la réunion du Groupe Commune du 22 mars 1960; AE, Rapport d'une réunion d'étude sur un projet d'assistance psychologique aux malades et à la population d'Anderlecht, 31/8/60; FJR, Farde Archives Historiques, Extra-Hospitalier, Commune d'Anderlecht-Fondation Julie Renson. Expérience-pilote d'assistance psychiatrique en secteur, (1961).

⁴⁴ Dès le mois d'octobre 1959, la commune d'Anderlecht est pressentie pour servir de cadre à l'expérience-pilote (FJR, PV, I, p. 107).

⁴⁵ L'expérience montre qu'une équipe psychiatrique ne peut prendre en tutelle un secteur de plus de 100.000 habitants (FJR, Farde Archives historiques, J. Vermeylen et L. Decroly, Conceptions actuelles en matière de prévention et de traitement des maladies mentales, 5/4/1962, p. 3).

⁴⁶ Le nombre et l'importance des industries de la commune, 28 firmes à plus de 100 ouvriers, rendent aisés la réalisation d'ateliers protégés (AE, Farde 1960, PV manuscrit de la réunion du Groupe Commune du 14 juin 1960).

médicale scolaire se transforme à cette époque en Centre de Santé polyvalent. Ceci a permis l'obtention de subsides du Ministère de la Santé Publique et l'érection de nouveaux locaux dont une partie pourrait être occupée par la consultation d'hygiène mentale⁴⁷.

Dans cette affaire, un rôle déterminant est joué par Madame Lucette Decroly, personnage central qui a d'excellents contacts avec toutes les parties concernées par l'expérience-pilote. Elle connaît bien le docteur Jean Vermeyleen⁴⁸, a été l'élève, à la section de spécialisation en médecine sociale, du professeur Ernest De Craene qui l'a honorée de son estime et connaît aussi Madeleine De Craene, la directrice de la Fondation Julie Renson. Les fonctions de direction exercées par Lucette Decroly au Centre de Santé sont à l'origine des liens entre la Fondation Julie Renson et les édiles de la commune d'Anderlecht. C'est elle, en tant que chef de service, qui présente aux autorités communales le rapport initial sur le secteur⁴⁹.

Les premières démarches auprès du bourgmestre de la commune d'Anderlecht

En juin 1960, les membres du groupe «Commune» décident de contacter personnellement les édiles communaux, des industriels, des fonctionnaires, des médecins, des professeurs, etc. pour constituer un «Comité d'Action» dont la présidence d'honneur serait confié au bourgmestre. Des contacts sont établis à cette intention avec Joseph Bracops⁵⁰ et avec Evelyne Anspach, présidente de la Commission d'Assistance Publique de Bruxelles. Il est décidé que le «Comité d'Action» comprendrait des membres des trois partis politiques d'Anderlecht⁵¹.

Plus tard, les membres du groupe «Commune» font part de leurs ambitions au bourgmestre de la commune d'Anderlecht.

Trois réalisations sont envisagées :

- 1) À l'Institut Médico-Chirurgical d'Anderlecht : service de «conseils psychiatriques» auquel pourront faire appel les médecins des différents

⁴⁷ Les travaux de rénovation doivent être terminés en 1962 (AE, Farde 1960, PV de la réunion du Groupe Commune de 5 mars 1960 et PV de la réunion du Groupe Commune du 22 mars 1960).

⁴⁸ Ils se sont rencontrés en 1948 grâce au professeur Maurice Millet qui estimait qu'ils avaient le même intérêt pour les questions médico-sociales.

⁴⁹ AE, Divers, (25/8/88).

⁵⁰ Joseph Bracops, député et bourgmestre d'Anderlecht de 1947 à 1966.

⁵¹ FJR, PV, I, pp. 128-130 et AE, Farde 1960, PV manuscrit de la réunion du Groupe Commune du 14 juin 1960.

services et consultations pour les malades qu'ils ont en traitement. Les frais seront couverts par le Fonds National Assurance Maladie, Invalidité.

- 2) Service de soins à domicile après avis du docteur Gommaire Van Looy, consultant psychiatrique de la commune d'Anderlecht : les médecins de la commune et la police pourraient y faire appel en cas de difficultés d'ordre psychiatrique en dehors de l'hôpital.

Il serait assuré par : un psychiatre, une infirmière, une assistante sociale.

La question des frais de fonctionnement est à discuter avec la CAP. En principe - les interventions du psychiatre pourraient être couvertes par le FNAMI -les interventions de l'infirmière par la CAP, en l'occurrence l'infirmière d'hygiène sociale de l'Institut Médico-Chirurgical d'Anderlecht (IMCA) -les interventions de l'assistante sociale par la Fondation Julie Renson, du moins pendant l'année d'expérience.

- 3) Embryon de consultation d'hygiène mentale pour adultes : une consultation hebdomadaire du soir à créer au Centre de Santé assurée par : un psychiatre, une infirmière, une assistante sociale.

Les frais en seraient assurés comme suit :

Les honoraires du psychiatre : à charge de la commune à raison de 200 frs l'heure.

L'infirmière : travail exercé en cumul par une infirmière attachée au Centre de Santé.

L'assistante sociale : rémunération par la Fondation Renson pendant l'année d'expérience⁵².

On s'en rend compte, il s'agit d'un projet concret et ambitieux.

La campagne d'information

Après l'accueil favorable du projet par les autorités communales, une vaste campagne d'information sur les problèmes de santé mentale est déclenchée. Cette opération doit d'abord toucher tous ceux -fonctionnaires, médecins, magistrats, éducateurs, chefs d'entreprises, directeurs d'institutions médicales et sociales- appelés à aider des personnes psychologiquement troublées. Par la suite, on cherchera à éduquer le public en modifiant certains de ses préjugés à l'égard des affections mentales et de la possibilité de les soigner tout en l'incitant à recourir spontanément aux services de l'équipe médicosociale du secteur.

Le premier octobre 1960, A. Querido, professeur de médecine sociale et directeur des services médicaux d'Amsterdam, donne une conférence sur l'organisation psychiatrique en secteur de la ville d'Amsterdam; elle a lieu à la maison d'Erasmus devant le conseil d'administration de la Fondation Julie

⁵² FJR, PV, I, pp. 157-158.

Renson, le bureau de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale et les édiles de la commune. Le 5 du même mois, lors d'une séance présidée par le bourgmestre d'Anderlecht, un exposé du professeur Paul Sivadon initie un public plus large de médecins, de pédagogues et d'hommes d'oeuvre de la commune aux conceptions actuelles de la psychiatrie sociale. Ces deux séances contribuent largement à établir d'excellentes relations entre les autorités communales et le groupe dirigé par le docteur Jean Vermeulen.

Le docteur Jean Vermeulen contacte alors les différents services hospitaliers et médicaux de la commune et y organise des conférences d'information. En septembre 1960, à la demande de Willy Cloetens, médecin-chef de l'Institut médico-chirurgical d'Anderlecht, devant le président de la CAP, des médecins, des adjoints, des infirmières et des assistantes sociales, le docteur Jean Vermeulen expose le projet d'assistance psychiatrique en secteur. La discussion qui suit fait apparaître la nécessité d'adjoindre à l'hôpital un psychologue pouvant aider à résoudre des problèmes psychosomatiques ou psychosociaux. Le jeudi 22 décembre 1960, le docteur Vermeulen est invité à s'exprimer sur le même sujet devant les médecins et infirmières de la clinique Sainte Anne⁵³.

Le Secteur d'Anderlecht et la consultation d'hygiène mentale (1961)

La consultation d'hygiène mentale pour adolescents et adultes située au Centre de Santé d'Anderlecht ouvre ses portes le 9 mars 1961 alors que se dissout le groupe «Commune» qui n'a plus de raison d'être. La consultation hebdomadaire du jeudi soir, de 18 à 21 heures, est assurée par le docteur Jean Vermeulen et Annette Hargot, assistante sociale psychiatrique. L'équipe médicosociale s'est rapidement constitué une nombreuse clientèle et dès le mois avril, une seconde consultation hebdomadaire est envisagée.

Bien que la consultation d'hygiène mentale soit ouverte, la campagne d'information continue. L'équipe médicosociale rencontre le service des oeuvres sociales, les médecins du Centre de Santé, les médecins psychiatres chargés par le collège échevinal d'examiner les malades en vue d'une éventuelle collocation, etc. Leurs discussions portent essentiellement sur la prise en charge des malades pour lesquels la collocation n'a pas été décidée. Pour ceux-ci, un service de soins à domicile sera créé.

Une autre réunion regroupe cette fois un grand nombre de médecins habitant la commune d'Anderlecht. Leur collaboration avec l'équipe médicosociale est discutée et bien définie. Cette réunion est un succès et lors de la première année

⁵³ FJR, PV, I, pp. 134-135, 141-142, 145 et 154; AE, Farde 1960, PV de la séance du 1^{er} octobre 1960; AE, Farde 1960, PV de la séance du 5 octobre 1960 et J. Vermeulen, *Une expérience*, pp. 6-7.

d'activité de la consultation d'hygiène mentale, 36 patients (soit 16 % du nombre total de malades qui ont fréquenté la consultation) y ont été envoyés par leur médecin traitant.

Des visites et des voyages d'étude sont au programme. L'équipe médicosociale accompagnée de personnalités de la commune visite le foyer pour épileptiques «La Cordée» dont la direction médicale est assurée par le docteur Lucien Sorel. Désirant compléter les informations prises aux Pays-Bas en 1960, l'équipe médicosociale effectue, au mois d'octobre, un voyage à Paris où elle visite différentes institutions extra-hospitalières et des organisations sociales aux préoccupations semblables⁵⁴.

À la fin de l'année 1961, le docteur Pierre Van Reeth qui fait alors partie de l'équipe médicosociale entreprend avec Nadine De Geynst, psychologue, une enquête auprès des médecins de la commune et des médecins attachés aux deux hôpitaux du secteur, l'IMCA et l'Hôpital Sainte Anne, concernant leur attitude vis-à-vis de la psychiatrie et leur opinion vis-à-vis de l'équipe médicosociale travaillant à Anderlecht⁵⁵.

Les difficultés de financement de la consultation

À la suite de la conférence du professeur A. Querido le 1er octobre, Georges Sanders, président de la CAP, tire les conclusions de cette séance en regrettant que les initiatives généreuses et humanitaires soient si souvent entravées par les lourdes charges financières pesant sur les communes⁵⁶. On ne pouvait mieux décrire les ennuis qui frapperont bientôt les membres de l'équipe médicosociale.

Dès le mois de septembre 1960, sur proposition de Madeleine De Craene, la Fondation Julie Renson octroie à la commune d'Anderlecht, comme appoint de démarrage pour un service social dans le cadre des activités du groupe «Commune», le montant du subside de 75.000 francs accordé précédemment à

⁵⁴ AE, Farde 1961, Création d'une consultation d'hygiène mentale pour adultes dans le cadre de l'expérience pilote d'assistance psychiatrique en secteur à Anderlecht, (1961); AE, Farde 1961, Administration communale d'Anderlecht. Organisation en secteur de l'assistance psychiatrique dans un groupe de population, (1961); AE, Farde 1962, Expérience-pilote d'assistance psychiatrique en secteur. Service psychosocial d'Anderlecht. Rapport des activités durant la première année (9 mars 1961-9 mars 1962), (1962), p. 3; FJR, PV, I, pp. 162, 170-171 et 196-197 et FJR, RA, 1962, pp. 14-15.

⁵⁵ Les premiers résultats de cette enquête sont lus à Genève par le professeur Paul Sivadon devant un comité d'experts de l'O.M.S. réunis en collège en vue d'étudier les problèmes de relation de la médecine générale et de la psychiatrie (FJR, PV, I, p. 198).

⁵⁶ AE, PV de la séance du 1^{er} octobre 1960.

l'École Catholique de Service Social pour l'année 1959-1960 et qui n'avait pas été demandé par cette institution. Cette somme s'avère vite insuffisante et dès l'ouverture de la consultation d'hygiène mentale, les problèmes financiers surgissent. Le 14 février 1961, le Parlement adopte le projet de «loi d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier» connue sous le nom de «loi unique». Il en résulte pour les communes l'interdiction de changer quoi que ce soit aux cadres existants, la situation des collaborateurs de la consultation d'hygiène mentale reste floue, spécialement en ce qui concerne le docteur Jean Vermeylen.

Pour tenter d'y remédier, le président de la Fondation Julie Renson et le bourgmestre d'Anderlecht sollicitent une entrevue avec le Ministre de l'Intérieur, afin de lui exposer la situation du Centre de Santé Mentale. En attendant qu'une solution intervienne, la Fondation avance au docteur Jean Vermeylen une somme de 10.000 francs à charge pour la commune d'Anderlecht d'en faire ristourne à la Fondation.

Heureusement, l'État autorise rapidement la commune d'Anderlecht à constituer les cadres de l'équipe médicosociale. Ainsi la situation d'Annette Hargot, l'assistante sociale psychiatrique, peut être régularisée et le docteur Jean Vermeylen est rétribué par la commune avec effet rétroactif pour les quinze mois de prestation qu'il a assurés avec désintéressement. De plus, la commune est autorisée à élargir les cadres de l'équipe selon les besoins du travail en secteur⁵⁷.

Le développement du secteur d'Anderlecht

Ainsi, la priorité du groupe «Commune» fut la mise en route, parallèlement à la consultation médicale scolaire et à la crèche, d'une consultation pour adolescents et adultes qui, outre sa mission de dépistage et de diagnostic, pourrait suivre les malades mentaux sortis d'institutions psychiatriques ou de prisons et collaborer à leur réadaptation. Parant au plus pressé, le groupe «Commune» s'est attaqué, d'abord et surtout à la maladie mentale déclarée, mais il a l'ambition de développer de plus en plus les activités de prévention, d'information et d'éducation de la communauté.

Le 21 avril 1961 voit la création, à titre expérimental, d'une consultation de médecine psychosomatique à l'IMCA pour les malades hospitalisés ou consultants. Les docteurs Jean Vermeylen et Pierre Van Reeth assument cette consultation. Ce service de «conseils psychiatriques» n'est donc pas une nouvelle consultation accessible directement aux malades mais offre simplement aux médecins de l'IMCA la possibilité de recourir à l'avis d'un consultant psychiatrique venant s'intégrer à l'équipe des différents consultants déjà en

⁵⁷ FJR, PV, I, pp. 143 et 210-211.

fonction à l'IMCA. Le 18 mai 1962, comme ce service a été accueilli avec faveur par les praticiens de l'hôpital qui estiment que son fonctionnement s'est avéré utile pour les malades, les prestations des deux médecins attachés au service passent de trois à six heures par semaine.

Le service psychiatrique d'urgence voit aussi son action prolongée par un service de surveillance et d'aide médicosociale à domicile répondant jour et nuit à tout appel. Ce service, composé de plusieurs psychiatres, d'une assistante sociale psychiatrique et d'une infirmière-visiteuse est destiné à éviter les hospitalisations inévitables qui deviennent nécessaires lorsque le médecin de famille et même le médecin psychiatre ne trouvent pas auprès d'eux l'organisation sociale permettant de résoudre les situations critiques dans lesquelles peuvent se trouver les malades.

Au début des années soixante, le service psychosocial en secteur d'Anderlecht comprend donc trois structures de base assurées par la même équipe :

- 4) au Centre de Santé, une consultation d'hygiène mentale pour adultes et adolescents assurant également un service de garde.
- 5) un service de soins psychiatriques à domicile.
- 6) à l'IMCA, un service de «conseils psychiatriques».

D'autres structures viendront s'y greffer et le compléter. Par exemple, le 21 mars 1961, l'association des Alcooliques Anonymes organise à Anderlecht une conférence d'information destinée aux personnes qui, de par leurs fonctions, sont amenées à aider des alcooliques. Lucette Decroly présente le sujet qui est ensuite développé par Jean Vermeylen et par le premier substitut du procureur du Roi. Un projet de foyer d'accueil pour le groupement des Alcooliques Anonymes est présenté. Il aboutit et l'association dispose enfin d'un local de réunion, une maison appartenant à la commune est mise à sa disposition à Anderlecht. La participation de membres de l'équipe médicosociale à cette entreprise ne doit pas nous surprendre. En effet, parmi les 225 cas traités par la consultation d'hygiène mentale lors de la première année, 38 (soit 17%) sont en relation avec l'alcoolisme⁵⁸!

⁵⁸ AE, Farde 1962, Institut M.C. Consultation de médecine psychosomatique, 18/5/62; AE, Rapport pour le Collège. Création au Centre de Santé d'une consultation d'hygiène mentale pour adultes avec service social psychiatrique, (21/1/61); AE, Administration communale d'Anderlecht. Centre de Santé. Invitation à la conférence, 15/3/61 et J. Vermeylen, *Une expérience*, p. 7.

Bilan de l'expérience-pilote d'assistance psychiatrique en secteur

L'expérience décrite précédemment est un véritable succès. La première année d'activité, du mois de mars 1961 au mois de mars 1962, voit l'ouverture de 225 dossiers avec une moyenne mensuelle de 19 nouveaux cas.

De nombreuses institutions et associations ont recours aux services de la consultation d'hygiène mentale. La campagne d'information a pleinement réussi et la consultation d'hygiène mentale fait maintenant partie du paysage médical de la commune⁵⁹.

Il semble que la structure d'assistance en secteur se soit imposée comme un apport positif et désormais indispensable à la vie et à la santé de la population. Cette consultation psychosociale répond donc clairement à un besoin jusqu'ici insatisfait des habitants de la commune.

Outre son action médicosociale, le service psychosocial en secteur constitue une importante source d'économie pour l'État. Au cours de la première année d'exercice, un peu plus d'une trentaine de collocations sont évitées⁶⁰. Selon un rapport de l'époque, les économies qui en découlent sont spectaculaires :

Frais de fonctionnement du service psychosocial du 9-3 au 9-12-61

| | |
|--|---------|
| Traitement assistante sociale y compris charges sociales | 90.000 |
| Honoraires médicaux : | |
| ▪ consultation d'hygiène mentale | 30.000 |
| ▪ soins à domicile | 10.000 |
| ▪ frais de bureau et de déplacement | 5.000 |
| | ----- |
| Total | 135.000 |

⁵⁹ Des patients ont été envoyés à la consultation en provenance de : l'Institut Médico Chirurgical d'Anderlecht, les médecins traitants, les oeuvres sociales de la commune, la commission d'assistance publique de la commune, les instituts psychiatriques, la police, le Centre de Santé communal, les Alcooliques Anonymes, les Mutuelles, la crèche communale, la Ligue Nationale d'Hygiène Mentale, le Juge des enfants, le Ministère de la Justice, le service communal de l'hygiène, la clinique Sainte Anne, la Croix-Rouge, l'Hôpital Saint-Pierre.

⁶⁰ AE, Farde 1962, Expérience-pilote d'assistance psychiatrique en secteur. Service psychosocial d'Anderlecht. Rapport des activités durant la première année (9 mars 1961-9 mars 1962), (1962) et AE, Expérience-pilote d'assistance psychiatrique en secteur. Service psychosocial d'Anderlecht. Rapport des activités durant la première année (9 mars 1961-9 décembre 1961), (15/12/61).

Somme à laquelle il conviendrait d'ajouter :

- éventuellement frais de location et d'entretien des locaux évalués à 15.000 environ
- les frais de médicaments engagés par les patients : évalués à 20.000 environ

Soit une dépense totale de 170.000 frs.

Charges qu'aurait dû supporter la collectivité si 32 malades avaient été colloqués

- 1/3 malades hospitalisés pendant 6 mois dans un institut de province après un séjour d'observation de 15 jours dans un hôpital de l'agglomération bruxelloise : +/- 160.000 frs.
- 1/3 malades hospitalisés dans un hôpital de l'agglomération bruxelloise pour une période courte (+/- 6 semaines) : +/- 145.000 frs.
- 1/3 malades hospitalisés dans un hôpital de l'agglomération bruxelloise pour une période longue (3 à 4 mois) : 450.000 frs.

Soit au total : +/- 750.000 frs.

Économie réalisée pour 32 collocations évitées.

750.000 - 170.000 = 580.000 frs en 10 mois, soit +/- 700.000 frs par an pour une collectivité de 100.000 habitants dont seule la population adulte a bénéficié de l'assistance psychiatrique en secteur.

Il conviendrait d'y ajouter le bénéfice réalisé par le fait qu'une proportion importante de ces malades a pu poursuivre une activité professionnelle⁶¹.

Le bilan de cette première année est donc particulièrement positif et il ne semble, dès lors, pas utopique de vouloir compléter le secteur d'Anderlecht par la création de structures nouvelles comme un service psychosocial pour les enfants, un foyer de postcure intégrant des ateliers protégés, des ateliers d'ergothérapie, etc.

⁶¹ AE, Farde 1962, Centre de Santé. Assistance aux malades mentaux, 10/1/62.

CHAPITRE 4

LA NAISSANCE DE «L'ÉQUIPE» ET DU CENTRE DE RÉADAPTATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE (1962-1964)

La Fondation Julie Renson et l'idée de foyer de postcure

Le conseil d'administration de la Fondation Julie Renson s'intéresse rapidement à la création d'un foyer de postcure en Belgique. En effet, dès le 26 novembre 1957, Madeleine De Craene expose aux administrateurs de la Fondation les informations qu'elle a recueillies sur le centre de postcure de l'Élan à Paris et sur l'opportunité de créer une structure semblable en Belgique. Les membres du Conseil estiment que la question du retour des malades mentaux à la vie sociale est extrêmement intéressante mais ils concluent qu'il ne peut entrer dans les possibilités de la Fondation de créer elle-même un de ces centres. Par contre, il est décidé d'intéresser le Ministre de la Santé publique à ce projet et Madeleine De Craene prend contact avec l'un des médecins attachés à la direction de ce ministère, afin d'attirer l'attention du département sur cette initiative⁶².

Madeleine De Craene poursuit son enquête. En 1958, elle effectue un voyage d'étude à Paris et à Nancy avec comme objectif la visite d'établissements de postcure, d'ateliers protégés et de centres de réadaptation pour malades mentaux. En novembre de cette même année, Gaston de Formanoir de la Cazerie et Madeleine De Craene consultent une certaine «Mademoiselle Dumont»⁶³ dans le but d'avoir un échange de vue à propos de la création d'un établissement de postcure en Belgique. Mais, malgré tout l'intérêt que «Mademoiselle Dumont» accorde à un tel projet, elle pense que les besoins financiers de cette réalisation dépasseraient de loin les possibilités de la Fondation. Le conseil d'administration reprend la discussion et se rallie finalement à cette opinion, partagée par le président. Le docteur Marcel Alexander pense néanmoins qu'il faut continuer à étudier le principe d'un tel projet. Il convainc le Conseil qu'il faut mener une campagne afin d'amener les autorités publiques à prendre conscience de la situation.

⁶² Le médecin contacté est probablement le docteur Sam Halter (FJR, PV, I, p. 30).

⁶³ Nous ne possédons pas d'information sur ce personnage bien qu'il semble avoir joué un rôle important dans la création de la Fondation Julie Renson puisqu'il est défini comme «qui a été l'inspiratrice de la fondatrice et a collaboré avec le docteur De Craene à l'élaboration des statuts de notre organisme» (FJR, PV, I, p. 69). Il s'agit peut-être de Maître Dumont, la nièce d'Alexander.

Comme le docteur René Dierckx, médecin directeur de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, s'intéresse lui aussi à cette question et qu'il a mis au point un projet détaillé de création d'un foyer de postcure, il est invité à la Fondation Julie Renson le 22 décembre 1958 pour y exposer ses idées devant le conseil d'administration, en présence du docteur Bruyninckx, inspecteur général des établissements pour malades mentaux, et du docteur Jérôme Dejardin, directeur général du FNAMI. La discussion qui suit cet exposé permet de constater que, dans le monde médicosocial, le principe de la création d'un tel organisme n'est pas seulement jugé utile mais nécessaire. Les deux invités précisent que les mutuelles pourraient intervenir dans les frais de la journée d'entretien. Le FNAMI subsidierait l'organisme dans des conditions plus favorables s'il y était poursuivi en même temps une réadaptation professionnelle. Cette remarque aura comme conséquence directe la double création «Foyer de postcure et Atelier protégé»⁶⁴.

Un souhait commun

La Fondation Julie Renson n'est pas la seule institution à regretter l'absence de foyer de postcure en Belgique et à tenter de remédier à cette carence.

En 1958, le Comité de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale étudie les problèmes liés à l'assistance aux malades mentaux et aux foyers de postcure. Malheureusement, cette étude ne débouche sur aucune réalisation pratique et, en 1960, le docteur Gommaire Van Looy, président de la Ligue, en est toujours à souhaiter la création de foyers de postcure et d'ateliers protégés.

À la même époque, la direction de la «Ferme-École pour enfants anormaux», institution établie à Waterloo et relevant de la Province de Brabant étudie la possibilité de créer un home de transition pouvant abriter des élèves sortant de ce centre. Les ambitions thérapeutiques d'un tel établissement sont fort proches de celles proposées par le foyer de postcure.

En 1960, les projets de développement de l'Institut Psychiatrique de Brugmann prévoient notamment la création d'une consultation pour adultes et d'un centre d'observation. Ce centre, où l'on trouvera quelques lits, pourrait servir en même temps de foyer de postcure. Après avoir pris connaissance du projet, le groupe «Commune» pense que les activités médicales de la consultation et du centre d'observation sont difficilement compatibles avec les objectifs socio-thérapeutiques d'un foyer qui doit être installé dans des locaux séparés. Le professeur Paul Sivadon et le docteur Jacques Flament, responsables du projet, acceptent de le modifier si le groupe «Commune» prend le relais. De son côté, la Fondation Julie Renson s'engage à s'occuper activement non seulement de la

⁶⁴ FJR, PV, I, pp. 47-48, 69-70 et 74-75.

création d'un foyer de postcure mais aussi d'un club de loisirs et d'ateliers protégés. En octobre 1961, suite au retard pris par l'expérience-pilote d'Anderlecht, une requête émanant du corps médical de l'Institut Psychiatrique de l'Hôpital Brugmann est adressée à la Fondation. L'Institut se voit envahi par un nombre croissant de malades et se trouve dans l'impossibilité d'envoyer ceux-ci en province, faute de places libres. La création rapide de foyers de postcure permettrait d'abrèger l'hospitalisation et de libérer rapidement certains malades, sans compromettre l'amélioration acquise par des semaines voire des mois d'hospitalisation. Madeleine De Craene transmet ce document à Evelyne Anspach, présidente de la CAP, afin d'intéresser le plus de monde au problème.

Cette question n'intéresse pas seulement les institutions belges mais est discutée à plusieurs niveaux. Au cours des réunions qui se tiennent à l'échelon «gouvernemental», en marge du congrès international de l'Organisation Mondiale de la Santé qui s'est tenu à Paris du 30 août au 8 septembre 1961, on insiste aussi sur la nécessité de promouvoir dans tous les pays la création de foyers de postcure et de services extra hospitaliers. Il y est rappelé que la Belgique est le seul pays d'Europe Occidentale à n'avoir encore aucune réalisation de ce genre⁶⁵.

Le travail du groupe «Foyer de postcure» (1961)

Le groupe «Commune» poursuit ses réunions d'étude où l'on ne s'intéresse pas seulement à la création d'un foyer de postcure et d'ateliers protégés mais où l'on s'interroge aussi sur l'opportunité de d'organiser un club de loisirs ou toute autre infrastructure permettant de compléter le secteur d'Anderlecht.

En décembre 1961, les membres du groupe fondent deux sous-commissions qui étudieront respectivement la création et le fonctionnement d'un foyer de postcure (groupe «Foyer de postcure») et d'ateliers protégés (groupe «Atelier protégé»). Bien sûr, cette scission n'est que théorique et n'a rien de strict. Il n'est donc pas étonnant de voir certains membres présents aux réunions des deux groupes et s'impliquer dans les deux projets intimement liés⁶⁶.

Le groupe «Foyer de postcure» se met immédiatement au travail et élabore un projet structuré qui comprend un foyer de réadaptation et des ateliers. Le budget de fonctionnement pour une telle structure est également estimé. Ensuite, le

⁶⁵ FJR, PV, I, pp. 47-48 et 192-193 et FJR, RA, 1960, p. 5.

⁶⁶ Dans le courant des années soixante, plusieurs autres commissions d'étude vont encore être créées sous la direction de la Fondation Julie Renson. La place nous manque pour les étudier systématiquement mais elles jouèrent un important rôle dans l'évolution de la psychiatrie belge. Il s'agit, entre autre, des commissions «Formation en cours d'emploi», «Enseignement spécial», «Médecins neuro-psychiatres belges», etc (J. Dierkens, *5 ans*, pp. 9-12).

groupe décide de rechercher auprès d'organismes publics et privés l'aide financière nécessaire pour la réaliser.

Parallèlement au groupe «Foyer de postcure», un Comité d'Action est constitué, groupant des membres de la Fondation Julie Renson, de l'administration communale d'Anderlecht, du secteur psychosocial et d'autres personnes intéressées par le projet. Ce Comité d'Action entreprend la plupart des démarches officielles en vue de la création du Foyer de postcure et ses membres composeront le premier noyau de l'association sans but lucratif l'Équipe⁶⁷.

Le moment est venu de concrétiser le projet. Trois questions doivent être résolues :

- trouver les locaux adéquats;
- donner au projet une base juridique qui permette une reconnaissance par les pouvoirs publics;
- assurer le financement des activités.

Le choix du lieu. L'immeuble de la Commission d'Assistance Publique (1962)

En janvier 1962, le groupe «Foyer de postcure» porte ses espérances sur un immeuble situé rue de l'Instruction à Anderlecht et appartenant à la CAP. Malheureusement, les contraintes auxquelles est soumise la CAP ne permettent pas d'aboutir à un arrangement. En tout état de cause, quel que soit le lieu d'implantation choisi, le Comité d'Action, devra bénéficier d'un soutien financier extérieur⁶⁸.

Le 22 mars, une délégation composée du bourgmestre Joseph Bracops, du professeur Paul Sivadon, des docteurs Lucette Decroly, Jean Vermeylen et de Madeleine De Craene est reçue par Joseph Lemaire⁶⁹, directeur général de la société coopérative d'assurances la «Prévoyance Sociale» pour solliciter son

⁶⁷ AE, Farde 1960, PV de la réunion du Groupe Commune du 28 avril 1960 et FJR, RA, 1962, pp. 14-15.

⁶⁸ Cependant, il pourrait être de l'intérêt de l'administration communale que la CAP. reste propriétaire de cet immeuble, voisin de plusieurs propriétés communales. Il appartient à l'administration communale d'apprécier la situation la plus avantageuse pour elle puisque c'est elle qui, en dernier ressort, est amenée à supporter le déficit budgétaire de la CAP. (AE, Farde 1962, Expérience d'Anderlecht. Comité d'Action. Groupe «Foyer de post-cure», [31/1/62]).

⁶⁹ Joseph Lemaire a apporté aux oeuvres sociales belges un intérêt et un appui qui se sont étendus à tous les domaines, mais particulièrement à la prévention, aux soins et à la réadaptation.

soutien financier. Il accueille chaleureusement les visiteurs qui lui décrivent les activités en secteur de l'équipe psychosociale à Anderlecht et lui expliquent la nécessité urgente de compléter cette infrastructure par un foyer de postcure. Le professeur Paul Sivadon met en évidence l'aspect social de la psychiatrie et signale les résultats obtenus par des réalisations similaires à l'étranger. Toutes ces informations intéressent au plus haut point Joseph Lemaire et une nouvelle rencontre est organisée le 18 mai 1962 entre Jean Vermeulen, Lucette Decroly, Madeleine De Craene et Joseph Lemaire. Les membres du Comité d'Action apprennent que la «Prévoyance Sociale» a décidé de consacrer trois millions de francs à l'achat et à l'aménagement d'un immeuble afin d'en faire le premier foyer de postcure en Belgique. La compagnie d'assurances restera propriétaire de la maison mais elle n'interviendra pas dans la gestion de l'organisme. Au cours de cette conversation, Lucette Decroly suggère que la gestion soit confiée à une association sans but lucratif qui pourrait grouper des délégués de la Prévoyance Sociale, du conseil communal d'Anderlecht, de la Fondation Julie Renson et de l'équipe psychosociale du secteur d'Anderlecht. Si l'idée semble excellente, le conseil d'administration de la Fondation exprime toutefois quelques réserves sur ce point. Il estime en effet que la Fondation ne peut pas assurer de responsabilités morales ou financières dans la gestion d'un quelconque organisme. La Fondation Julie Renson a été créée afin de promouvoir une telle initiative mais non pour la financer ou la diriger. Le conseil d'administration est cependant très heureux de voir se réaliser un projet qui est l'objet de son intérêt depuis plusieurs années⁷⁰.

L'acquisition d'un immeuble par la Prévoyance Sociale (1962)

L'idée de louer un immeuble à la CAP étant oubliée, des circonstances heureuses permettent de trouver rapidement une propriété répondant aux besoins du Comité d'Action et offrant des possibilités d'extension pour l'avenir. En juillet 1962, des pourparlers sont en cours entre Joseph Lemaire et l'Office des Propriétaires. Le 31 octobre 1962, toutes les démarches sont terminées et la société coopérative d'assurances la «Prévoyance Sociale» achète l'immeuble situé au 60 de la rue de Veeweyde à Anderlecht. La propriété a une superficie totale de vingt-six ares dont vingt-deux non bâtis. Le bâtiment comporte deux étages et peut, sans trop de frais, être aménagé de façon à héberger de vingt à vingt-cinq pensionnaires. Les locaux offrent la possibilité de prévoir un appartement pour le concierge et des salles de travail pour la réadaptation professionnelle. Un

⁷⁰ FJR, PV, I, pp. 210-211. Nous verrons qu'ultérieurement, la Fondation gardera la même ligne de conduite lorsque, le groupe d'étude formation lancera le magazine «Mosaïque». Selon André Dewulf, «la création d'un bulletin est sympathique, mais elle postule une indépendance complète (...) Le Docteur Alexander, dans la forme actuellement prévue, estime que la Fondation ne doit pas prendre une part active dans l'initiative de membres d'un groupe d'études» (FJR, PV, I, p. 244).

collaborateur du comité d'action, Edmond Dumont, élabore les plans d'aménagement de l'immeuble qui seront ensuite soumis à l'approbation de Joseph Lemaire, puisque la Prévoyance Sociale prend à sa charge l'aménagement et l'ameublement du foyer, à l'exception des objets usuels tels que la vaisselle, les couverts ou le linge.

En octobre 1963, le gros-oeuvre des travaux d'aménagement est quasi terminé. Joseph Lemaire souhaite que l'immeuble puisse être occupé le 15 janvier 1964 au plus tard⁷¹.

Toutefois, l'idée qu'un Atelier Protégé doit être adjoint au Foyer de Postcure prend corps. L'étude de ce projet complémentaire obligera le report à l'été 1964 de l'ouverture du Foyer.

Constitution de l'association sans but lucratif

L'idée de confier la gestion du nouveau foyer de postcure à une association sans but lucratif n'est pas nouvelle. Certains membres du groupe «Foyer de postcure» l'avaient déjà suggérée en janvier 1962⁷². Il semble que cette formule soit la meilleure pour gérer une nouvelle structure à caractère expérimental qui a besoin des statuts les plus souples possible afin de pouvoir s'adapter facilement aux imprévus.

À Paris, dans le XIII^e arrondissement, l'assistance psychiatrique extra-hospitalière a pris son essor grâce à une association de ce type appelée «l'Élan». Les pouvoirs publics, la mairie ou la préfecture, y sont largement représentés. La compagnie des Assurances Sociales y participe également. Dans l'état actuel de la législation belge, cette formule est de plus, la seule qui permette de créer des oeuvres nouvelles non prévues dans l'organisation médicosociale du pays.

Claude Vermeylen, le frère de Jean Vermeylen, docteur en droit, s'inspirant des statuts de l'Élan prépare un projet de statuts conforme à la législation belge. Il est revu et commenté par Gaston de Formanoir de la Cazerie, président de la Fondation Julie Renson, et par le secrétaire communal d'Anderlecht avant d'être présenté au Comité d'Action. Article par article, le texte est discuté, ensuite les

⁷¹ FJR, PV, I, p. 216; AE, Farde 1962, Compte rendu de la réunion du Comité d'Action «Foyer de post-cure» en date du 18 décembre 1962 et AE, Farde 1963, PV de l'assemblée générale du Jeudi 31 octobre 1963.

⁷² «(...) l'asbl dont la formation est envisagée pour gérer le Foyer de post-cure?» (AE, Farde 1962, Expérience d'Anderlecht. Comité d'Action. Groupe «Foyer de post-cure», [31/1/62]).

nouveaux statuts sont arrêtés compte tenu des remarques faites par les membres de l'assemblée⁷³.

L'article deux du projet de statuts précise clairement les objectifs de la nouvelle association : «*L'association a pour but, en dehors de tout esprit de lucre, la fondation, la gestion, l'étude technique de toute réalisation d'assistance et de traitements psychiatriques, la réadaptation professionnelle des malades et handicapés mentaux; la recherche scientifique concernant l'ensemble de ces problèmes, l'étude systématique de la Psychopathologie du Travail*». Il est précisé en note : «La définition la plus large est la meilleure, pour éviter de devoir changer ces statuts si l'objet de l'association est quelque peu modifié. Ceci est la définition donnée pour «l'Élan retrouvé»»⁷⁴.

Cette définition sera modifiée ultérieurement et lors de la publication des statuts au Moniteur Belge le texte est le suivant : «*Art. 2. L'association a pour but, en dehors de tout esprit de lucre, la fondation, la gestion, l'étude technique de toute réalisation d'assistance et de traitements psychiatriques, la réadaptation professionnelle et le reclassement social des malades et handicapés mentaux et la recherche scientifique concernant l'ensemble de ces problèmes*»⁷⁵.

La dénomination de l'association (22 janvier 1963)

Bien que les membres du Groupe «Foyer de postcure» et du Comité d'Action travaillent depuis des mois sur le projet de foyer, sur l'association et sur ses statuts, ils ne se sont guère préoccupés de lui trouver un nom original. Dans le projet définitif des statuts qui date de la fin de l'année 1962, on peut lire : «(Art. Ier) (...) *Sous la dénomination «Foyer de Postcure d'Anderlecht» avec en note : «Ou toute autre dénomination moins rébarbative»*»⁷⁶.

Il faut attendre la réunion du 22 janvier 1963 pour voir figurer à l'ordre du jour le point suivant : «*1° choisir la dénomination sous laquelle sera créée l'asbl.*»⁷⁷. À cette assemblée, le docteur Jean Vermeulen propose d'appeler la nouvelle association «l'Équipe».

⁷³ AE, Farde 1962, Compte rendu de la réunion du comité d'action «Foyer de Post-Cure» en date du 18 décembre 1962, 18/12/1962.

⁷⁴ AE, Projet de statuts de l'ASBL Foyer de postcure, 1962.

⁷⁵ AE, Farde 1963, Copie in extenso de l'acte n° 1210 publié aux annexes au Moniteur Belge du 14 mars 1963, pp. 2-3 (C'est nous qui soulignons).

⁷⁶ AE, Projet de statuts de l'ASBL Foyer de postcure, 1962.

⁷⁷ AE, Farde 1962, Compte rendu de la réunion du comité d'action «Foyer de Post-Cure» en date du 18 décembre 1962, 18/12/62.

«Il me souvient, déclare Lucette Decroly, de l'époque où nous avions le souci de répondre équitablement aux demandes de tous quelles que soient l'origine géographique ou l'appartenance linguistique des patients. Nous cherchions une dénomination pour l'association qui se créait; certains ont alors suggéré l'Équipe-*De Ploeg*. En effet le terme flamand qui -si on néglige l'influence du français sur l'usage de nos voisins néerlandais- traduit «l'équipe» est aussi celui qui signifie «la charrue». Et nous étions bien décidés à nous atteler tous fermement à la charrue!»⁷⁸.

Quand on parcourt les archives de cette époque, on est frappé par la fréquence du mot «équipe». C'est également en groupes, en «équipes» que les protagonistes de cette aventure travaillent depuis plusieurs mois. Il n'est donc pas du tout surprenant de voir la nouvelle association se dénommer ainsi.

Les statuts sont signés le 22 février 1963, publiés au Moniteur Belge le 14 mars 1963 et le Comité d'Action prend donc la forme juridique d'une association sans but lucratif⁷⁹.

L'organisation administrative de l'Équipe

Les premiers jalons étant ainsi posés, il faut donner à l'association une organisation administrative et mettre en oeuvre les moyens financiers qui permettront de faire vivre le Centre de Réadaptation.

La première réunion du conseil d'administration de la nouvelle association a lieu le mercredi 27 mars 1963, au Centre de Santé de la commune d'Anderlecht.

On y répartit les responsabilités et l'on élit comme présidente, Madeleine De Craene, comme vice-président, Jean Vermeylen, comme administrateur délégué, Georges Sanders, Président de la CAP, comme trésorier, Guillaume Cumps, échevin des Oeuvres Sociales d'Anderlecht et comme secrétaire, Lucette Decroly.

Lors de cette réunion, la nouvelle Présidente fait part d'une proposition de Georges Sanders visant à créer, en application de l'article 21 des statuts de l'asbl⁸⁰, trois comités de gestion :

- Un Comité Administratif présidé par Georges Sanders.

⁷⁸ AE, AG, R.M., 1994.

⁷⁹ FJR, PV, I, p. 245.

⁸⁰ «Art. 21. Le conseil d'administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs à l'un de ses membres ou à un tiers ou à un comité dont il fixe la composition» (AE, Farde 1963, Copie in extenso de l'acte n° 1210 publié aux annexes au Moniteur belge du 14 mars 1963. L'Équipe, Association sans but lucratif, Anderlecht-Bruxelles», slnd, p. 5).

- Un Comité Financier dont Paul Bieswal appartenant au staff de direction de la firme «Côte d'Or» se fait préciser les tâches. Dans l'immédiat, il s'agit avant tout de toucher les personnes désireuses d'appuyer l'action de l'association et de préparer un projet de budget pour le Foyer de réadaptation. Paul Bieswal en accepte la présidence et sollicite la collaboration de l'échevin des Finances d'Anderlecht Isidore Van Den Eynde et d'un comptable en retraite, Gérard Delhalle.
- Un Comité Médical présidé par Jean Vermeylen. Les docteurs Jean-Pierre Mortier, Émile Plisnier et Pierre van Hecke, médecins de la commune, y apportent leur concours et secondent le président⁸¹.

Les tâches du Comité Financier

Le Comité Financier a pour tâche de rassembler les fonds, d'établir le budget et de contrôler les dépenses de l'association.

Pour récolter des fonds, il est fait appel aux membres associés fondateurs, à leurs cotisations personnelles⁸², à la publicité faite par chacun d'eux dans leur entourage, à l'administration communale et aux sociétés philanthropiques.

L'établissement du budget nécessite une collaboration avec les Comités Administratif et Médical. S'il y a lieu de considérer le budget de l'association dans son ensemble, le budget de fonctionnement du Foyer de réadaptation et le budget de fonctionnement de l'Atelier protégé donnent évidemment lieu à des comptes séparés.

Le contrôle des dépenses est une des tâches les plus importantes du Comité Financier. C'est l'administration qui donne les ordres et tient la comptabilité, le trésorier qui paie et encaisse et le Comité Financier qui contrôle l'un et l'autre⁸³.

Le financement du Foyer de postcure

Le financement de cette entreprise pose de nombreux problèmes. Comme il s'agit d'une structure entièrement nouvelle, il faut jouer avec les réglementations existantes et essayer d'en faire le meilleur usage possible en attendant une législation plus adaptée. Par exemple, conjointement au Foyer, l'aménagement d'un atelier de réadaptation est nécessaire si l'Équipe veut bénéficier de l'intervention du FNAMI dans les frais de séjour au centre de réadaptation. Dans l'avenir, d'autres recettes pourront être envisagées selon le développement de la

⁸¹ FJR, PV, I, pp. 253 et 260, 27/8/63 et AE, Lettre de M. De Craene datée du 15 mars 1963, annexe au CA, 27/3/63.

⁸² À cette époque, le montant doit encore en être fixé par l'assemblée générale.

⁸³ AE, CA, 27/6/63.

législation. Le Fonds des Handicapés, le Fonds Spécial d'Assistance soit sous sa forme actuelle soit sous la forme du Fonds National pour les Maladies Sociales sont des institutions susceptibles de soutenir l'Équipe d'une manière ou d'une autre une fois la situation légale clarifiée.

Il faut encore faire face à d'autres problèmes. Parmi les malades mentaux, un grand nombre ne peut bénéficier de l'intervention du Service de Réadaptation du FNAMI parce qu'ils ont négligé de payer leurs cotisations à la Sécurité Sociale, négligence qui fait naturellement partie de leur comportement inadapté. Lorsque la famille est solvable, les frais de traitement et d'hébergement peuvent être réclamés aux «débiteurs d'aliment» mais si la famille ne l'est pas, l'association doit trouver d'autres moyens de financement comme le mécénat⁸⁴.

Sachant qu'on ne doit pas espérer un changement rapide de la législation belge, les membres de l'Équipe n'ignorent pas que les premières années seront difficiles.

Vers le Centre de Réadaptation Sociale et Professionnelle (1963)

Il s'avère donc indispensable, pour des raisons tant financières que thérapeutiques, d'adjoindre au Foyer de réadaptation des ateliers protégés accessibles aux malades logés au Foyer aussi bien qu'à des patients hébergés au dehors. D'autre part, certains pensionnaires du Foyer seront capables dès le début de travailler à l'extérieur. Foyer et Ateliers seront toutefois deux structures indépendantes et autonomes, mais qui doivent pouvoir compter l'une sur l'autre.

Deux formules sont possibles :

- soit les pensionnaires sont mis au travail dans une entreprise extérieure qui met à la disposition de l'Équipe un local, des machines et un moniteur;
- soit l'Équipe crée un atelier proche du Foyer où seront reçus des travaux en sous-traitance.
- Dans les deux cas, l'Équipe assurera la surveillance médicosociale des travailleurs.
- Une première tentative de collaboration avec une firme établie à Molenbeek est finalement abandonnée car, selon la législation de l'époque, le chef d'entreprise se voyait dans l'obligation de contracter vis-à-vis des handicapés des engagements incompatibles avec le rendement que l'on pouvait espérer d'eux. Cette première déconvenue est révélatrice des problèmes qui apparaissent lorsque l'on tente de développer des structures

⁸⁴ AE, Farde 1962, Expérience d'Anderlecht. Comité d'Action. Groupe «Foyer de post-cure», (31/1/62).

nouvelles qui n'ont pas encore de reconnaissance juridique. Elle est représentative des difficultés que va connaître l'Atelier protégé tout au long de son existence⁸⁵.

- La seconde formule devra donc être adoptée pour que le Ministère du Travail reconnaisse l'Atelier comme atelier protégé.
- Les conceptions de l'équipe médicale évoluent. L'influence de plus de deux années de travail en secteur, une meilleure appréciation des besoins, mais aussi, les tendances actuelles de la législation en faveur des handicapés, conduisent l'Équipe à accorder plus d'importance aux problèmes de réinsertion professionnelle. Sans rien abandonner de ses objectifs sociaux antérieurs, elle ne souhaite plus créer seulement un Foyer où le malade réapprend la vie collective et les échanges sociaux et auquel un petit atelier ajouterait la possibilité d'occuper les pensionnaires n'ayant pas encore trouvé un travail stable à l'extérieur. Elle a maintenant l'ambition de créer un véritable Centre de Réadaptation Sociale et Professionnelle.
- Ce nouveau centre comprendrait deux unités distinctes mais complémentaires : le Foyer dont le rôle reste celui défini précédemment et l'Atelier de Réadaptation permettant aux malades mentaux de retrouver, dans un climat de travail aussi proche que possible de la normale, les gestes professionnels, le rythme, la précision et l'observance des consignes de discipline de groupe.
- Le Centre de Réadaptation Sociale et Professionnelle géré par l'Équipe servira à réintégrer les patients dans le circuit économique ainsi qu'à les stabiliser dans la société. L'Équipe poursuit un double but : tout d'abord, appuyer l'expérience pilote d'assistance médicosociale «en secteur» qui se développe depuis trois ans à Anderlecht en faveur des malades mentaux, ensuite, répondre à un besoin impérieux sur le plan national en favorisant la réadaptation sociale et professionnelle des malades mentaux en dehors du cadre hospitalier classique. Il n'est nul besoin de préciser que ce centre est une première en Belgique⁸⁶.

L'inauguration du Centre de Réadaptation (29 juin 1964)

Grâce à l'appui de Joseph Lemaire, les deux structures pourront être réalisées dans la propriété du 60 de la rue de Veeweyde.

⁸⁵ AE, CA, 27/3/63; CA, 27/6/63 et FJR, PV, I, p. 253.

⁸⁶ AE, Farde 1964, Rapport de l'expérience pilote d'assistance psychiatrique en secteur. 9 mars 1961-9 mars 1964, p. 2 et AE, PV du CA, vol. I, note envoyée le 20/9/63 à J. Bracops et le 23/9/63 à J. Lemaire et AE, Farde 1964, Note pour l'information de la presse, sd.

Le 29 juin 1964, le Centre de Réadaptation Sociale et Professionnelle est inauguré en présence du Ministre de la Santé publique et de la Famille Joseph Custers et du bourgmestre de la commune d'Anderlecht Joseph Bracops. Le premier septembre 1964, le Foyer de postcure est ouvert. Installé dans un bâtiment de deux étages, on y trouve au rez-de-chaussée des locaux de séjour et d'accueil et le bureau de l'assistante sociale, au premier étage, des logements pour neuf pensionnaires de sexe féminin, des installations sanitaires, un WC, des douches, un cabinet médical, l'appartement de l'infirmière et des chambres d'isolement avec installation sanitaire indépendante, au deuxième étage, des logements pour onze pensionnaires de sexe masculin, des installations sanitaires, un WC, des douches et le local d'ergothérapie et de relaxation.

Les premiers pensionnaires seront accueillis au Foyer en septembre 1964 et le premier novembre de la même année, l'Atelier protégé de réadaptation ouvre ses portes.

L'Équipe a décidé que le Foyer de postcure et l'Atelier protégé ne seront pas réservés exclusivement aux malades de la commune d'Anderlecht⁸⁷. Cet esprit d'ouverture montre la volonté de l'Équipe d'acquiescer une reconnaissance nationale qui lui permettra, notamment, de solliciter des subsides autrement plus importants que ceux octroyés par l'administration communale d'Anderlecht⁸⁸.

Le Secteur Psychiatrique d'Anderlecht en 1964

Avec l'inauguration du Centre de Réadaptation Sociale et Professionnelle, le Secteur psychiatrique d'Anderlecht est complété par deux nouvelles structures. Les anciens services ont eux aussi évolué depuis leur création :

- Le Service Psycho-Social, agréé par le Ministère de la Santé Publique et de la Famille, situé au Centre de Santé, un lieu central et connu de la population. Il comporte deux bureaux occupés en permanence par le service social et plusieurs cabinets de consultation : six cabinets médicaux, un bureau pour le psychologue et un local pour la psychothérapie de groupe. Le personnel se compose de six psychiatres à temps partiel, de deux assistantes sociales psychiatriques plein-temps et d'un psychologue dont l'horaire se

⁸⁷ Contrairement aux structures du Secteur d'Anderlecht qui privilégient les habitants de la commune (AE, Farde 1964, Rapport de l'expérience pilote d'assistance psychiatrique en secteur. 9 mars 1961-9 mars 1964, p. 2).

⁸⁸ «Le Centre de réadaptation pour malades mentaux a été inauguré par Joseph Custers», in *Le Soir*, 1^{er} juillet 1964; «Un nouveau centre de réadaptation pour malades mentaux à Anderlecht», in *Le Peuple*, 30 juin 1964; FJR, PV, I, p. 277; AE, Farde 1966, Docteur Lengele, Le Foyer du centre de réadaptation de l'Équipe, 23/5/66; AE, AG, 31/10/63 et AE, CA, 19/3/64.

limite à quatre heures par semaine. Ce service propose des consultations médicosociales bihebdomadaires, une l'après-midi et une le soir.

- Le Service d'Urgence, de Tutelle et de Soins à domicile dont les prestations sont variées et effectuées par les différents psychiatres de l'équipe psychosociale, payés à la vacation, et par les assistantes sociales dans le cadre de leur plein-temps.
- La Consultation de psychosomatique de l'Hôpital général de la commune. Le personnel se limite à deux psychiatres totalisant six heures de travail par semaine. Cette consultation est réservée uniquement aux malades, hospitalisés ou non, des autres services. Trois heures sont consacrées à la consultation et trois heures aux contacts avec les médecins des différents services à propos des malades qui leur sont adressés. À cela s'ajoutent les récentes réalisations de l'Équipe : le Foyer de Postcure et l'Atelier Protégé.

Idéalement, le secteur d'Anderlecht doit à courte échéance ajouter aux structures existantes une section infantile, un hôpital de jour et un club d'anciens malades. Tout cet ensemble est souvent désigné sous la dénomination de «Expérience-Pilote d'assistance psychiatrique en secteur». S'il a pris son autonomie fonctionnelle par rapport à la Fondation Julie Renson, les liens restent étroits.

«L'indépendance actuelle du Service Psycho-Social d'Anderlecht n'empêche nullement, bien au contraire, ses membres de se sentir toujours attachés à la Fondation au même titre que les membres des autres Commissions qui elles se sont réalisées sous d'autres formes. Toute l'activité de ce groupe qui est une projection du «Projet d'organisation de l'assistance psychiatrique en Belgique» doit intéresser le Conseil»⁸⁹.

⁸⁹ FJR, PV, I, p. 257; AE, Farde 1964, Secteur psychiatrique d'Anderlecht, sd et Expérience-pilote d'assistance psychiatrique en secteur 9 mars 1961-9 mars 1964, (1964).

CHAPITRE 5

LES PREMIÈRES ANNÉES DU CENTRE DE RÉADAPTATION DE L'ÉQUIPE (1964-1971)

L'agrégation du Centre de Réadaptation Sociale et Professionnelle par les pouvoirs publics (1964-1967)

Un des premiers soucis du conseil d'administration de l'Équipe est de faire agréer le nouveau centre par les pouvoirs publics afin de bénéficier des multiples avantages que confère cette reconnaissance. Ce statut permettrait par exemple de bénéficier des subsides d'organismes parastataux tels que le Fonds National de Reclassement Social des Handicapés ou l'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité. En effet, le Centre est un établissement médicosocial dû à l'initiative privée et fonctionnant sous l'égide de trois grands départements ministériels : le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la Prévoyance sociale par l'intermédiaire de l'INAMI et le Ministère de l'Emploi et du Travail par l'intermédiaire du Fonds de Réadaptation Sociale et Professionnelle des Handicapés créé en 1963.

Les interventions de celui-ci sont basées sur plusieurs arrêtés royaux et dispositions réglementaires relatifs à l'agrégation des centres de réadaptation fonctionnelle ou professionnelle et des ateliers protégés. Malheureusement, ceux-ci ne peuvent pas s'appliquer tels quels à la structure nouvelle qu'est le Centre de Réadaptation Sociale et Professionnelle de l'Équipe.

D'autre part, la reconnaissance par le Fonds National de Réadaptation Sociale et Professionnelle des Handicapés (FNRS) est subordonnée à une agrégation par le Ministère de la Santé Publique. Il en est de même en ce qui concerne l'INAMI.

Le Ministère de la Santé Publique

Les membres du conseil d'administration sollicitent l'avis d'Armand Maron, administrateur directeur du Fonds National de Reclassement Social des Handicapés, qui ordonnera à ses services d'étudier la question. Il soumettra personnellement les conclusions de cette étude au Ministre de la Santé publique avec l'espoir de faire évoluer la législation de manière favorable aux espérances de l'Équipe.

Le Ministre de la Santé Publique reçoit Madeleine De Craene. Il s'engage à discuter avec le Ministère de la Prévoyance sociale les modalités d'agrégation du Centre qui seraient définies par un arrêté ministériel. De plus, il examine avec le

docteur Piet De Schouwer, son chef de cabinet adjoint, les possibilités d'octroyer un subside à l'Équipe.

Il faudra attendre la publication, le 19 novembre 1965, d'un arrêté royal définissant les normes d'agrément sous l'indice «Q» pour que la situation s'éclaircisse.

En 1967, après de longues démarches administratives, le Foyer de réadaptation est finalement agréé par le Ministre de la Santé publique avec effet rétroactif au premier juillet 1966 comme service hospitalier sous cet index «Q»⁹⁰.

Pratiquement, cette agrément entraîne deux corollaires : d'une part, la possibilité pour le Centre de Réadaptation d'être agréé par le Fonds des Handicapés avec l'octroi de subventions et d'autre part, l'obligation pour le Ministère de la Santé Publique de fixer le prix d'une journée d'entretien du malade qui, dans l'avenir, pourrait être pris en considération par le Service des Hôpitaux de l'INAMI⁹¹. Les démarches vont donc se dérouler dans ces deux directions.

Le Fonds National de Réadaptation Sociale des Handicapés

La première démarche concerne l'agrément du Foyer en tant que centre de réadaptation fonctionnelle. En attente de l'agrément par le Ministère de la Santé Publique, le Fonds des Handicapés est amené à agréer temporairement le service «sous condition». Ainsi, le centre peut bénéficier de subsides en attendant la reconnaissance officielle.

La seconde démarche est similaire et concerne l'agrément de l'Atelier Protégé.

L'effet rétroactif de l'agrément du Foyer ayant été obtenu à partir du 1^{er} juillet 1966, l'Équipe sollicite l'agrément rétrospective de l'Atelier à partir de cette même date et le bénéfice des arrêtés ministériels du 26 mars 1965 et du premier février 1967 relatifs à l'octroi de subsides à l'entretien.

⁹⁰ L'index «Q» signifie «Quiétude». Les critères de cette catégorie ont été fixés selon les aspirations de l'Équipe afin de permettre de développer au mieux ses projets.

⁹¹ Moniteur Belge du 13 juillet 1963 et du 17 décembre 1965; FJR, PV, I, p. 277; AE, AG, 30/3/67; AE, Farde 1964, Rapport de l'entretien Armand Maron et Eva Kiper en date du 23/6/64; Lettre de M. De Craene à A. Maron en date du 13/7/1964; Lettre de M. De Craene et de J. Vermeylen à A. Maron en date du 7/3/1967 et Lettre de M. De Craene au Ministre de la Santé Publique, Raphaël Hulpiau, en date du 16 mars 1967.

Finalement, le Conseil de gestion du FNRSH décide d'agréer le Centre de Réadaptation Sociale et Professionnelle pour malades Mentaux «L'Équipe» comme centre de réadaptation fonctionnelle le 30 mai 1969⁹².

Il est utile de rappeler ici la définition du Centre de Réadaptation Fonctionnelle tel que le conçoit le Fonds de Réadaptation Sociale et Professionnelle des Handicapés.

Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle est une «institution où les personnes handicapées bénéficient d'une réadaptation pluridisciplinaire dispensée dans un lieu unique et par une équipe qui leur assure une prise en charge globale, tant au niveau physique que psychologique et social».

Les conditions d'agrément en sont reprises dans la décision réglementaire du 7 février 1964 (1963-1988, Vingt-cinq Années de Réadaptation et de Reclassement Social des Personnes Handicapées, FNRSH, 1988).

La convention avec l'INAMI

Des démarches administratives sont entreprises auprès du Fonds des Handicapés pour interpréter au mieux les arrêtés royaux réglant l'octroi des subventions. Le Centre de Réadaptation Sociale et Professionnelle peut théoriquement bénéficier de deux types de subsides :

- Un subside individuel selon les prestations fournies pour chaque pensionnaire qui peut venir en complément d'interventions d'autres origines, comme l'INAMI par exemple, si celles-ci sont inférieures au barème du Fonds des Handicapés. Ce subside individuel peut aussi faire l'objet d'un forfait par malade, ce qui facilite la comptabilité de l'organisme.
- Un subside collectif dit «d'entretien» qui peut être obtenu si certaines conditions d'organisation internes sont remplies.

Il convient donc de négocier au plus tôt avec l'INAMI les conditions auxquelles les mutuelles seront appelées à intervenir en faveur de leurs affiliés et ayants-droits.

⁹² AE, Farde 1964, Lettre de M. De Craene à Joseph Custers, Ministre de la Santé Publique et de la Famille en date du 9/12/64 et AE, Farde 1964, Entretien avec A. Maron, Directeur du Fonds des Handicapés, 24/11/64; AE, Farde 1966, Visite du docteur Bruyninckx, préalable à l'agrément du Foyer par le Ministère de la Santé Publique, 9/8/66; Farde 1967, Lettre de M. De Craene et de J. Vermeylen à A. Maron en date du 7/3/67 et Lettre de M. De Craene à Raphaël Hulpiau, Ministre de la Santé Publique en date du 16/3/67 et AE, Farde 1969, Lettre de A. Maron et de G. Schyns à l'Équipe en date du 1/10/69.

Concrètement, en octobre 1964, une convention est signée entre l'Équipe et le service de réadaptation de l'INAMI. Elle fixe l'intervention des mutuelles à trois cents francs pour la journée d'entretien et d'hébergement des pensionnaires au Foyer et à cent francs pour les ouvriers fréquentant l'Atelier. Cette somme est insuffisante et, dès le mois de mars 1965, les médecins du Centre contactent le docteur Jérôme Dejardin, administrateur directeur de l'INAMI, pour envisager une majoration. En juin de la même année, elle est portée à quatre cent trente cinq francs pour le Foyer et à deux cent trente francs pour l'Atelier. Un projet d'accord conforme à cette révision est adressé par les services de l'INAMI au docteur Jean Vermeylen, médecin responsable du Centre, au mois de septembre. Il faudra attendre que le Collège des Médecins Directeurs se prononce au sujet de cette nouvelle convention⁹³. À partir de 1968, la situation se régularisera et la convention sera tacitement reconduite d'année en année.

⁹³ Les premiers contacts entre l'Équipe et l'INAMI datent de janvier 1965 et la demande officielle de juin 1965. Nous n'avons pas pu déterminer la date précise de la signature de la nouvelle convention (AE, Farde 1965, Lettre de M. De Craene en date du 13/10/1965 et Farde 1967, Lettre de M. De Craene à Van Helshoecht, président du comité de gestion du service des soins de santé de l'INAMI en date du 15 septembre 1967).

CHAPITRE 6

DÉFENSE ET ILLUSTRATION DU RÔLE THÉRAPEUTIQUE DU CENTRE DE RÉADAPTATION DE L'ÉQUIPE

Activités et organisation du Foyer de réadaptation

Le séjour au Foyer de réadaptation est en soi une thérapie. Il consiste en une sociothérapie en situation. Grâce aux relations interpersonnelles qui s'établissent entre les différents membres de l'équipe thérapeutique⁹⁴ et le patient, celui-ci est amené à mieux prendre conscience de son handicap et à découvrir les moyens qui doivent lui permettre de le dominer.

Un malade hébergé au Foyer passe la matinée à l'ergothérapie et l'après-midi à l'Atelier de réadaptation. Si l'ergothérapie n'est pas nécessaire, il passe sa journée en Atelier de réadaptation avec recherche d'un emploi extérieur. En fin de cure, il peut même travailler à l'extérieur. Quatre soirées par semaine sont réservées à la sociothérapie. Le week-end, des visites sont organisées pour les malades qui ne retournent pas auprès de leur famille ou de leurs amis.

Détaillons certaines de ces activités afin de mieux comprendre la vie quotidienne au Foyer de réadaptation.

Le 15 octobre 1964 marque le début des activités d'ergothérapie au Foyer. Une moyenne de cinq patients y sont occupés par matinée. Les principales activités qui leur sont proposées se répartissent en trois catégories. L'expression libre (peinture, modelage, gravure, etc), les travaux d'application à partir de l'expression libre (confection de menus objets décorés)⁹⁵ et des petits travaux d'aménagement de l'atelier (vernissage des bancs, confection de porte manteaux, etc). Le soir, d'autres activités culturelles ou artistiques comme des ateliers d'émaux, de découpage, de flûte à bec ou de bibliothèque leur sont offertes.

⁹⁴ Rappelons que les équipes thérapeutiques des différentes structures de l'Équipe sont pluridisciplinaires et ont une composition très variable. On y retrouve des médecins, travailleurs sociaux, psychologues, infirmières, éducateurs, ergothérapeutes, etc.

⁹⁵ Pendant quelques mois, un ouvrier a occupé les pensionnaires féminins à des ouvrages de dames notamment de la tapisserie (AE, Rapport d'activité du Foyer de réadaptation psycho-social de l'Équipe sur une période s'étendant du 1^{er} septembre 1964 au 31 décembre 1965).

Un petit journal est régulièrement édité par les pensionnaires qui en assurent toutes les charges : rédacteur en chef, journaliste, secrétaire, illustrateur, graveur, responsable de la machine à stenciler, vente et gestion du budget.

De quatre à six patients sont traités hebdomadairement en kinésithérapie individuelle. Un éducateur supervise la sortie hebdomadaire au bassin de natation pour tous les pensionnaires qui veulent y participer. Des jeux de ballon sont organisés. L'Institut National de l'Éducation Physique et des Sports assure son soutien au Centre de Réadaptation et un terrain de sport réservé aux malades est aménagé. À la fin de l'année 1971, la salle de gymnastique d'une école communale sera même mise régulièrement à la disposition des pensionnaires du Foyer.

Des excursions et des visites auxquelles participent la grande majorité des pensionnaires sont organisées une à deux fois par semaine. Ces excursions ont ainsi donné la possibilité aux patients de se rendre à Beersel, à Huyzingen, à Gaesbeek, dans les Ardennes et au Littoral belge. Les visites leur ont permis de fréquenter les musées, de découvrir des expositions de peinture et des galeries d'art, de se rendre à l'Institut National de Radiodiffusion, de mieux connaître la commune d'Anderlecht, et de se divertir tant au théâtre qu'au cinéma⁹⁶.

La sélection des candidatures soumises au Foyer

Le Foyer de réadaptation a une capacité théorique de vingt lits. Dès l'ouverture, de nombreuses candidatures sont à l'étude car les cas proposés doivent répondre aux conditions médicales nécessaires pour permettre une réadaptation effective⁹⁷. Pour d'évidentes raisons financières, ils sont aussi sélectionnés de façon à n'admettre que des patients pour lesquels une participation financière de l'INAMI, de la CAP ou éventuellement de la famille est possible. Les nouveaux malades sont introduits progressivement dans la collectivité pour permettre leur bonne intégration. Pour toutes ces raisons, la capacité de vingt malades ne sera atteinte qu'après plusieurs mois de fonctionnement.

⁹⁶ AE, Farde 1964, Activités d'ergothérapie, sd; AE, Rapport d'activité du Foyer de réadaptation psycho-sociale de l'Équipe sur une période s'étendant du 1^{er} septembre 1964 au 31 décembre 1965; AE, Farde 1965, Conceptions de l'organisation de la section Foyer du Centre de réadaptation sociale et professionnelle pour malades mentaux après huit mois de fonctionnement, (30 avril 1965); AE, Farde 1965, Section «Foyer», 22/12/65 et AE, Farde 1972, Rapport annuel d'activité du Foyer de l'Équipe en 1971, (1972).

⁹⁷ «Vu le nombre élevé de demandes d'admission tant pour le Foyer que pour l'Atelier, une meilleure sélection des cas à admettre pourra être envisagée avec des résultats de cure encore meilleurs que ceux qui ont été obtenus pendant la première année où des cas «difficiles» ont dû être acceptés» (AE, CA, 8/3/66).

Cette situation n'est pas sans désagréments car si le Foyer et l'Atelier ne fonctionnent pas encore à plein régime, il ne faut pas oublier que le prix de la journée d'entretien est calculé sur la base de vingt pensionnaires au Foyer et vingt pensionnaires à l'Atelier. Les présences effectives étant plus faibles, les rentrées sont nécessairement déficitaires et le personnel sous-employé.

Le Foyer héberge aussi bien des schizophrènes, des déprimés chroniques, des débiles légers, des psychopathes que des alcooliques⁹⁸. Il accueille des malades des deux sexes bien que les demandes d'admission de patients masculins soient plus importantes que celles de patients de sexe féminin. La mixité de la structure est révolutionnaire pour l'époque et l'on compte environ 60% d'hommes et 40% de femmes⁹⁹.

Le rôle thérapeutique de l'Atelier protégé

À cette époque, le reclassement professionnel des malades mentaux après leur séjour en institut psychiatrique ou après tout autre forme de traitement intensif constitue un problème très mal résolu en Belgique. Ils gardent souvent des séquelles de leurs troubles notamment la lenteur, l'imprécision dans les gestes, l'incoordination ou des difficultés à suivre un rythme normal de travail. En outre, certains souffrent encore de difficultés dans les relations sociales avec leurs compagnons de travail, leurs supérieurs voire leurs subordonnés. L'attention insuffisante portée habituellement à ces troubles conduit souvent à des placements malencontreux dont résultent des rechutes avec toutes les conséquences que cela comporte pour les malades eux-mêmes et pour la société. Le malade sorti d'institution reste le plus souvent fragile et l'atelier de réentraînement au travail est une étape intermédiaire souvent nécessaire à la reprise d'une activité professionnelle normale.

L'Atelier protégé tel que le conçoit l'Équipe, s'il mérite ce nom parce que le travail s'y accomplit sous un régime moins exigeant que dans un atelier normal, mériterait cependant plus le titre d'atelier thérapeutique. Le but qu'il poursuit n'est pas la production industrielle ou semi-industrielle par des «handicapés» stabilisés mais plutôt l'utilisation du travail comme moyen de relation avec autrui, permettant d'amener le patient à rétablir des relations valables avec

⁹⁸ Ces derniers ne sont acceptés que sous certaines conditions (AE, Farde 1964, Réunion du staff du Centre de Réadaptation avec le docteur Dierckx et Monsieur Maron, [14 avril 1964]). Ainsi parmi les premiers malades, deux cas de l'Institut de Korbeek-Lo, envoyés par le professeur A. Dewulf seront reçus (AE, Farde 1964, Inauguration du Centre de Réadaptation pour malades mentaux, 29 juin 1964, Allocution de Monsieur le Docteur Jean Vermeylen, sd).

⁹⁹ AE, CA, 1/12/64; CA, 16/3/65; CA 27/9/65 et CA, 8/3/66.

d'autres dans le cadre du travail et à respecter les impératifs de la vie professionnelle.

Concrètement, les buts essentiels de cette entreprise sont la remise progressive au travail en commençant par trois heures par jour pour arriver aux sept heures de labeur quotidien, le maintien au travail, l'activation, le développement de l'habileté manuelle, de la régularité, du soin et le respect des règlements. L'Atelier de l'Équipe est donc une expérience unique en Belgique car il se différencie clairement de l'atelier protégé «classique» qui offre de l'occupation aux malades non reclassables comme les débiles mentaux.

La capacité de l'Atelier de réadaptation est d'une vingtaine de personnes. Lors de son ouverture, seulement onze ouvriers y travaillent. Rapidement, plusieurs nouvelles demandes sont à l'étude et les offres de travail permettent d'accueillir de nouveaux travailleurs et d'employer jusqu'à vingt ouvriers. L'Atelier reçoit environ 50% de patients externes séjournant en familles et 50% de patients du Foyer. Comme pour toutes les autres structures de l'Équipe, l'Atelier protégé est mixte¹⁰⁰.

En 1964, les subsides octroyés à l'Atelier protégé tiennent compte de trois critères : le genre de malades pris en réadaptation, la nature du travail effectué (artisanal, semi-artisanal ou industriel) et la qualification du personne d'encadrement. Cette dernière méthode n'est pas très pratique et, comme pour le Foyer, une somme forfaitaire par travailleur sera octroyée à partir de 1965.

Les frais de séjour des assurés sociaux sont pris en charge par les mutuelles, après avis favorable du service de réadaptation de l'INAMI. En revanche, pour les patients non assurés, et en particulier pour les indigents, l'intervention de la CAP. est sollicitée, mais celle-ci ne couvre pas la totalité des frais de fonctionnement. Il arrive aussi que la famille du malade prenne en charge son séjour au Foyer ou à l'Atelier. Malheureusement, les subsides et les remboursements arrivent régulièrement avec un certain retard ce qui complique la gestion de l'association et suscite des difficultés financières.

La structure particulière et novatrice de l'Équipe ne va pas sans lui poser problème. Comment faire admettre par exemple, pour les personnes qui ne travaillent pas à l'Atelier mais qui logent au Foyer, que le seul séjour au Foyer constitue une thérapie¹⁰¹.

¹⁰⁰ AE, CA, 1/12/64; CA, 16/03/65; AG, 22/03/66 Farde 1964. L'Atelier de Réadaptation au Travail de l'Équipe, sd AE, Farde 1965. Bilan de neuf mois d'activité du 1^{er} octobre 1964 au 1^{er} juillet 1965 et AE, RA 30/06/65.

¹⁰¹ AE, Farde 1964, Réunion du staff du Centre de Réadaptation avec le docteur René Dierckx et Monsieur Armand Maron, 14/04/64. AE, Farde 1964. Entretien avec

Quelques inconvénients fonctionnels entre le Foyer et l'Atelier et autres problèmes d'infrastructure

La grande proximité de l'Atelier et du Foyer entraîne de multiples inconvénients fonctionnels. Les travailleurs séjournant au Foyer ont trop souvent tendance à y chercher refuge et à quitter le travail sous un prétexte futile. Ce phénomène est plus fréquent au début de leur réadaptation. Il serait préférable qu'ils aient un court trajet à accomplir et que la séparation «physique» des deux structures soit plus nette. De nombreuses personnes étrangères au Foyer et qui se rendent à l'Atelier, lors du dépôt des marchandises ou de la reprise des pièces manufacturées, viennent troubler involontairement la quiétude du Foyer dont le climat familial est ainsi régulièrement rompu pendant la journée. Enfin, les contacts trop étroits entre le personnel du Foyer et le personnel de l'Atelier entraînent parfois une certaine confusion dans les responsabilités respectives.

Avec le développement progressif des différentes structures de l'Équipe, un besoin d'espace se fait sentir tant au Foyer qu'à l'Atelier.

Quelques solutions temporaires comme l'aménagement sommaire du garage comme local d'appoint pour l'ergothérapie sont envisagées mais aucune ne peut être retenue à long terme.

Une capacité de trente ouvriers au lieu de vingt assurerait une meilleure rentabilité de l'Atelier mais sa superficie s'avère déjà à la limite des besoins pour les travaux actuels. Des locaux plus vastes permettraient une constitution plus rationnelle des groupes de travail en fonction de l'évolution psychologique des patients. Il est indispensable dans un avenir assez proche d'envisager l'extension de l'Atelier. La solution la meilleure serait de pouvoir transplanter l'Atelier à une certaine distance du Foyer tout en gardant avec celui-ci des liaisons faciles permettant aux patients de se rendre aisément de l'un à l'autre¹⁰².

Nous reviendrons plus loin sur la situation financière difficile qu'a connue l'Atelier Protégé.

Une situation financière difficile

Si les activités thérapeutiques du Centre de Réadaptation Fonctionnelle se développent favorablement selon la «philosophie» qui inspire ses promoteurs, leur financement donnera beaucoup de soucis aux administrateurs de l'Équipe.

Monsieur Maron, Directeur du Fonds des Handicapés, 24/01/66; AE Farde 1964, Lettre de M. De Craene à A. Dequae, Ministre des Finances, en date du 17/09/64; AE Farde 1964. Lettre adressée à P. Solvay (16/12/64).

¹⁰²AE, CA, 8/3/66 et AG, 22/3/66.

Certes, la législation a évolué; la reconnaissance du Centre de Réadaptation par les différents ministères concernés permet d'espérer que son avenir soit assuré par les recettes régulières provenant de l'INAMI et du FNRS. Il faut cependant rappeler que la création des nouvelles structures extra-hospitalières n'est pas prise en charge par les pouvoirs publics. Peut-être faut-il même ajouter de leur part un certain désintéressement?¹⁰³

Le conseil d'administration continue donc à rechercher activement les moyens d'intéresser des sponsors et, de généreux donateurs. Ce ne sera pas en vain ! Mais la gestion du Centre de Réadaptation Fonctionnelle reste déficitaire malgré la générosité des membres associés, des membres protecteurs, de mécènes, du Gouverneur de la Province de Brabant, du Bourgmestre d'Anderlecht, de la Loterie Nationale.

Pour la première année de fonctionnement, la Fondation Julie Renson a pris entièrement en charge le traitement de l'assistante sociale psychiatrique engagée à temps partiel¹⁰⁴. Cette intervention sera ultérieurement renouvelée pour 6 mois¹⁰⁵.

Il n'empêche : l'Équipe s'endette ! Si le fonctionnement déficitaire de l'Atelier Protégé y est pour beaucoup, les difficultés tiennent aussi au retard de paiement des sommes dues par les mutuelles qui oblige à recourir à des emprunts bancaires pour assurer la trésorerie.

La dette la plus élevée est contractée auprès de l'Office National de Sécurité Sociale; elle est due au retard de paiement des cotisations qui entraîne l'application d'intérêts de retard et de pénalisations. En 1967, l'association l'Équipe est assignée par huissier par l'O.N.S.S.

Avec l'appui du Bourgmestre Joseph Bracops, une démarche est entreprise auprès du Ministère de la Prévoyance Sociale pour obtenir la levée des pénalisations. La Fondation Julie Renson qui pense que le Centre de Réadaptation est un peu «son

¹⁰³ Madeleine DE Craene exprime sa déception au sujet du manque d'intérêt témoigné par le Ministre de la Santé publique et de la Famille pour la création du Centre de Réadaptation pour malades mentaux par l'asbl l'Équipe. L'asbl devra faire un large appel au mécénat pour permettre de faire face aux dépenses de six premiers mois de fonctionnement (FJR, PV, I, pp.273 et 277).

¹⁰⁴ Le conseil d'administration de la Fondation Julien Renson a décidé d'accorder à l'Équipe une somme de 110.000 francs représentant une année de traitement de l'assistante sociale.

¹⁰⁵ FJR, PV, I, pp. 263-264, 29/10/63 et AE, CA, 19/03/64. Suite à une demande de Madeline De Craene, le conseil d'administration de la Fondation décide de prolonger son intervention financière pour le traitement de l'assistante sociale de l'Équipe pour six nouveaux mois (FJR., PV, PV, I. p. 284, 23/02/65).

enfant», réalise une opération financière dont le bénéfice est attribué à l'Équipe et enfin un généreux mécène consent un prêt avec un intérêt symbolique de 1% et qui sera transformé en don en 1966¹⁰⁶.

Les problèmes financiers propres à l'Atelier de réadaptation

La situation financière de l'Atelier de réadaptation devient rapidement inquiétante car les dépenses ont augmenté sans que les rentrées ne les compensent¹⁰⁷. Divers autres problèmes spécifiques se posent tels que le faible rendement des travailleurs, la nécessité d'un personnel d'encadrement nombreux, de lourdes tâches de secrétariat, la nécessité de diversifier les travaux en fonction des besoins thérapeutiques et les difficultés d'organiser matériellement le travail en raison de sa variété d'une part et du comportement des pensionnaires d'autre part.

Comme le déficit financier ne peut être résorbé par une réduction du personnel, il pourrait être envisagé d'augmenter le nombre de travailleurs et d'en améliorer la sélection. Pour une meilleure organisation du travail, il serait indispensable d'augmenter les surfaces de rangement.

Cependant, ni une meilleure organisation administrative, ni une meilleure répartition des responsabilités dans le travail ne suffisent à résoudre toutes les difficultés. Il apparaît donc clairement que l'Atelier ne peut se conformer aux normes de gestion des ateliers protégés classiques dont il se distingue par la primauté de la thérapeutique psychologique sur le rendement¹⁰⁸. Ce point de vue sera toujours défendu par les deux médecins qui se succèdent à la direction de l'Atelier, Willy Meynsbruggen de 1964 à 1966 et Edgard Vandeput de 1966 à 1972.

¹⁰⁶ AE, CA, 28/10/63; CA, 19/03/64; AE, AG, 22/03/66; AE, Farde 1964, Rapport de l'expérience-pilote d'assistance psychiatrique en secteur. 9 mars 1961-9 mars 1964, p.2; AE, Farde 1965, Lettre de M. De Craene à J. Bracops en date du 7/1/65; Lettre de M. De Craene à Wigny en date du 12/1/65; Lettre du M. De Craene à Kestelin en date du 14/1/65; Lettre de A. Swartebroeckx à M. De Craene en date du 7/1/65 et AE, Farde 1966, Lettre de M. De Craene à P. Solvay en date du 28/11/66.

¹⁰⁷ Le Comité de gestion de la réadaptation de l'IN.A.M.I. payait la réadaptation médico-sociale des mutuellistes et les indemnités pour incapacité de travail. Le Fonds national de reclassement social des handicapés supportait en même temps le salaire des ouvriers de l'Atelier. Cela constituait une motivation pour certain, pour d'autre un encouragement. Le Comité de gestion de l'INAMI fait savoir qu'il n'interviendra plus à partir du 1^{er} janvier dans la réadaptation en raison de ce cumul (FJR, PV, II, p. 3, 18/1/67).

¹⁰⁸ AE, CA, 22/6/66 et AE, AG, 30/3/67.

Il faut rappeler que les Ateliers Protégés ont été conçus pour accueillir soit des handicapés physiques dont les difficultés psychologiques éventuelles ne limitent pas le rendement soit des débilés mentaux qui acceptent volontiers des travaux répétitifs. Ce n'est pas le cas des malades mentaux qui se soumettent difficilement aux règles et aux contraintes du travail et sont rarement en mesure d'effectuer un travail suivi et efficace.

Une consultation extérieure : l'analyse de Émile Quiriny (1966)

Émile Quiriny, directeur de la section de placement des chômeurs handicapés à l'Office National de l'Emploi est alors appelé pour examiner les problèmes de l'Atelier protégé. Il est aidé par le gérant et les moniteurs de l'Atelier.

Les conclusions de son analyse sont claires : d'une part, le personnel est excédentaire pour une gestion saine et d'autre part le travail doit être réorganisé : l'objectif devrait être que le travail fourni par les moniteurs paie leur propre salaire. Pour cela, Émile Quiriny propose les modifications et les améliorations techniques suivantes :

- Le nombre de travailleurs doit être augmenté de façon à compenser le faible rendement individuel et l'absentéisme. Il semble que le chiffre de vingt-sept travailleurs puisse être atteint sans augmentation de personnel¹⁰⁹. Les dispositions sont prises pour porter immédiatement le nombre de travailleurs à vingt-quatre.
- Le service social pour éviter une perte dans l'intervention du Fonds des Handicapés doit veiller à ce que le dossier individuel de chaque pensionnaire soit introduit, par recommandé, au Fonds des Handicapés avant son admission à l'Atelier¹¹⁰. Ensuite, il ne faut plus admettre de nouveau pensionnaire pendant la dernière quinzaine de chaque trimestre. Chaque travailleur doit en effet atteindre un minimum de prestations pour qu'il soit pris en considération dans le calcul de la subvention d'entretien du trimestre suivant, minimum qui ne peut être atteint s'il est admis au cours des derniers jours du trimestre¹¹¹.

¹⁰⁹ Ce chiffre idéal ne pourra être atteint sans augmentation des surfaces de travail et surtout de rangement. Les prescriptions de l'hygiène du travail rendront de toute façon indispensables une nouvelle distribution des surfaces de travail, isolant par exemple les travaux de peinture.

¹¹⁰ Cette disposition est indispensable pour que l'intervention dans les salaires soit acquise dès le premier jour de travail.

¹¹¹ La non observation de ces dispositions a entraîné une perte de subvention de 160.000 francs pour le premier semestre de 1966.

- L'Atelier doit s'orienter vers la réalisation de travaux en «petites séries» qui permettent d'amortir le temps consacré par les moniteurs à la mise en route du travail et à l'adaptation des travailleurs. Ces travaux devront toujours être suffisamment diversifiés pour répondre aux besoins thérapeutiques¹¹². Une responsabilité plus grande sera donnée à chaque moniteur pour l'étude du rendement dans le secteur qui lui est propre¹¹³.

Les bénéfiques de l'opération Solidarité Radio Télévision Belge (1967)

En 1967, l'Équipe et plus particulièrement le docteur Jean Vermeylen étudient les possibilités de convertir l'Atelier de réadaptation en Centre de Réadaptation Fonctionnelle par le Travail.

Or en 1966, le docteur Jacques Bradfer, président du club Antonin Artaud a fait figurer l'Équipe parmi les organismes pouvant bénéficier de l'opération Solidarité R.T.B. et le projet du docteur Vermeylen est présenté par l'Équipe. On y prévoit la construction sur un terrain à acquérir d'un Centre de Réadaptation pour malades mentaux, qui comporterait trois structures indépendantes : une section d'orientation professionnelle spécialisée, un service d'ergothérapie pré-professionnelle et un atelier protégé. À cet effet, il faudrait construire de nouveaux locaux ce qui aurait l'avantage de libérer les locaux occupés alors par l'Atelier au 60 de la rue de Veeweyde, dont le réaménagement permettrait l'extension du Foyer avec une vaste section d'ergothérapie classique.

Ce projet, présenté en novembre 1967, retient l'attention de l'Opération Solidarité R.T.B. qui met à la disposition de l'Équipe un crédit de 3.000.000 francs destiné à financer l'achat d'un terrain et la construction des bâtiments. Idéalement, ces nouvelles constructions devront être réalisées à proximité du Foyer pour préserver le caractère continu et progressif de la réadaptation sociale et professionnelle du malade mental, considérée dans son ensemble¹¹⁴.

¹¹² Grâce à l'intervention de Quiriny de nouveaux contacts ont été établis avec des firmes et des travaux de ce type sont déjà confiés à l'Atelier. Il s'agit de montage de tubes T.L. ou de jouets.

¹¹³ AE, CA, 7/9/66 et CA, 14/11/66.

¹¹⁴ AE, Farde 1966, Lettre de M. De Craene à J. Bradfer en date du 24/5/66 et Lettre de M. De Craene et de J. Vermeylen à Gaspard Dewaay, conseiller social à la R.T.B., en date du 13/5/66; AE, Farde 1967, Lettre de J. Vermeylen et L. Decroly à J. Dejardin, directeur général de l'INAMI en date du 27/6/67; AE, CA, 22/5/67; CA, 15/1/68.

Développement du projet (1967)

Grâce à ce subside exceptionnel, le projet initial est complété et développé. Jean Vermeylen estime que celui-ci doit venir s'intégrer dans un ensemble beaucoup plus vaste comprenant :

- Un Centre d'orientation et d'évaluation spécialisé pour les malades mentaux avec atelier d'observation permettant de valider les épreuves psychotechniques de l'examen d'orientation. Un tel centre n'existe pas encore en Belgique et le Centre de traumatologie de l'Hôpital Brugmann est très fréquemment sollicité pour donner un avis au sujet de malades mentaux, mais ne peut répondre que très partiellement à cette demande, faute de temps et de spécialisation adéquate.
- Un Centre de Réadaptation Fonctionnelle au Travail où le traitement garderait un caractère médical axé sur des considérations psychologiques plutôt que sur les exigences du travail.
- Un Atelier de transit ne donnant ni formation ni qualification professionnelle. Après un séjour de durée limitée dans ce milieu ayant des exigences proches de celles d'un atelier de production, le malade serait envoyé dans un centre de formation, encouragé à reprendre le travail dans un atelier de production normal ou placé dans un Atelier Protégé.
- Un Atelier Protégé de long séjour s'adressant aux malades mentaux non débiles alors que les soixante à septante ateliers existant alors ont une population de handicapés physiques ou de débiles mentaux.
- Un Centre d'apprentissage pour malades mentaux.

Chacune de ces structures pourrait accueillir une vingtaine de personnes ce qui signifie que le nouveau Centre pourrait prendre en charge près d'une centaine de malades¹¹⁵.

Suspension du projet (1968)

L'Équipe se trouve alors devant deux nouvelles difficultés. Tout d'abord, malgré la générosité de l'association Solidarité R.T.B., elle ne dispose pas des crédits suffisants pour réaliser d'emblée l'ensemble du projet du docteur Jean Vermeylen.

En outre, il n'est pas assuré que les nouvelles structures pourront être gérées de façon saine et équilibrée.

¹¹⁵AE, CA, 28/8/67.

Ensuite, l'achat d'un terrain à bâtir suffisamment vaste et proche de la rue de Veeweyde s'avère impossible dans un quartier où les zones non bâties sont très rares.

Le conseil d'administration de l'Équipe est ainsi amené à prendre deux décisions :

- Abandonner pour l'instant le projet de création d'un centre d'orientation professionnelle spécialisé et concentrer ses efforts sur l'extension de l'Atelier et la création de la section d'ergothérapie pré-professionnelle absolument indispensable à la réintégration sociale des malades. En même temps, le service d'ergothérapie fonctionnelle du Foyer doit lui aussi bénéficier d'une extension.
- Rechercher dans le voisinage immédiat du siège actuel du Foyer et de l'Atelier une propriété susceptible d'être transformée rapidement en Atelier et comportant du terrain permettant les constructions nouvelles indispensables¹¹⁶.

Un espoir de relance du projet : la Convention de 1968

En mai 1968, l'INAMI accueille favorablement les requêtes introduites depuis plusieurs mois. Son intervention pour le Foyer s'élève désormais à quatre cent quarante-cinq francs majorés de quatre-vingt un francs pour les patients en traitement ergothérapique. La formule du centre de réadaptation fonctionnelle au travail est aussi acceptée et l'INAMI interviendra à raison de trois cent soixante cinq francs dans les frais de réadaptation¹¹⁷. En juillet 1968, Madeleine De Craene, présidente de l'Équipe, et Georges Sanders, administrateur délégué, signent la convention avec l'INAMI. En pratique, elle ne produira ses effets qu'au moment de l'admission de nouveaux pensionnaires et de la mise en place du service nouveau tel qu'il a été présenté par le docteur Jean Vermeylen.

Plein d'optimisme, le conseil d'administration estime que désormais l'association pourra probablement construire son oeuvre sur des bases financières assainies. Dans ces conditions, il envisage de poursuivre le projet de création d'un Centre de Réadaptation Fonctionnelle par le Travail. Il faudrait installer le plus rapidement possible la section d'ergothérapie pré-professionnelle et la section Atelier protégé. En attendant la construction du nouveau Centre, des locaux

¹¹⁶AE, CA, 14/10/68; CA, 28/10/68 et Farde 1969, Note au sujet des projets de l'asbl l'Équipe, (15/4/69).

¹¹⁷ Le dossier doit encore être présenté au Comité de Gestion. Les décisions s'appliqueront dès la signature des nouvelles conventions au début juillet 1968.

provisoires doivent être trouvés pour parer au manque de place qui se fait toujours cruellement sentir¹¹⁸.

La section d'ergothérapie pré-professionnelle (1969)

L'Équipe s'active alors autour de l'ouverture d'une section «réduite» d'ergothérapie pré-professionnelle, initiative qui permet à la fois la prise en charge par l'INAMI d'un certain nombre de patients pour lesquels il n'y a actuellement pas d'autre solution que l'Atelier où ils ne sont pas à leur place et dont ils grèvent le budget par un rendement très bas, et le passage de l'Atelier à l'Ergothérapie pré-professionnelle d'un certain nombre de membres du personnel ce qui réduirait les dépenses de l'Atelier de réadaptation.

La section d'ergothérapie pré-professionnelle pourrait commencer à fonctionner avec dix à douze patients encadrés par un moniteur, une assistante sociale et un psychologue. Elle occupera momentanément des locaux en construction au dessus du garage annexé à l'immeuble du 60 rue de Veeweyde, mais ne sera réellement rentable que lorsque sa capacité sera portée à vingt patients au moins, ce qui suppose des locaux plus vastes. Une fois de plus il s'avère que l'espace disponible au 60 rue de Veeweyde est insuffisant.¹¹⁹.

Une nouvelle politique de gestion du Foyer et de l'Atelier (1968-1970)

Le docteur Jean Vermeylen quitte la direction du Foyer et assume la direction médicale de l'Équipe. Il met son mandat d'administrateur à la disposition du conseil d'administration. Madeleine De Craene et Lucette Decroly proposent la candidature de Jacques Andry, ingénieur commercial qui dirige le Groupe FRAN spécialisé dans la gestion scientifique des entreprises. Au cours de ces dernières années, il a été amené à s'intéresser particulièrement à la gestion des hôpitaux. Jacques Andry semble donc tout à fait qualifié pour participer aux réunions du conseil d'administration et pour aider l'Équipe à surmonter ses difficultés. Au mois de mai 1968, la candidature de Jacques Andry est retenue par les membres du conseil d'administration et il devient membre associé de l'Équipe. En 1969, il succédera à Georges Sanders comme administrateur délégué.

La première tâche du nouvel administrateur est de redresser la situation financière de l'association. Ce n'est pas un travail aisé puisque le bilan est déficitaire de près de deux millions de francs en 1968. Après une année, et malgré un déficit supplémentaire de 800.000 francs, la perte totale de l'asbl est ramenée à un peu plus d'un million de francs. En 1970, les budgets de l'Atelier et du

¹¹⁸ AE, CA, 27/5/68 et CA, 8/7/68.

¹¹⁹ AE, CA, 10/3/69 et CA, 24/3/69.

Foyer sont enfin équilibrés mais le passé fait que la trésorerie accuse un trou permanent d'un million francs. Seuls le mécénat, les subsides et le crédit permettent à l'Équipe de fonctionner. Les efforts de Jacques Andry sont finalement récompensés. En imposant une saine gestion et en réduisant au maximum les dépenses, le passif est apuré en 1971 et l'Équipe peut enfin chaque année prévoir un budget équilibré.

Une gestion commerciale de l'Atelier

La promotion des travaux réalisés à l'Atelier dont Jacques Andry a pris l'initiative se traduit par l'augmentation considérable du chiffre d'affaires : de 320.000 francs en 1968, il est de plus d'un million en 1970.

Jacques Andry juge qu'il serait nécessaire d'avoir quarante travailleurs, de disposer de locaux suffisants et d'augmenter les facturations à la fois par la recherche de nouvelles commandes, mais aussi par une réactivation du rendement au sein de l'atelier. Il insiste sur la nécessité d'avoir un responsable dynamique s'attachant avant tout à la prospection commerciale.

Le conseil d'administration se trouve devant une alternative :

- Soit donner la priorité à l'aspect médico-psychologique et accepter le déficit de gestion qui devrait être comblé par des subventions supplémentaires et des donations.
- Soit mettre fin au déficit en adoptant une conception plus commerciale de la gestion de l'Atelier, c'est-à-dire, rechercher d'abord des commandes, ensuite, voir combien de travailleurs sont nécessaires pour y répondre, et puis seulement, engager le personnel qui s'impose.

Or, à l'ouverture de l'Atelier, on a procédé de façon inverse parce que l'on s'inspirait d'un programme médico-psychologique. Mais, l'expérience ayant montré qu'il n'est pas possible de s'assurer de nouveaux subsides ou donations, il est évident qu'il faut abandonner cette conception pour adopter formellement une optique de gestion commerciale de l'entreprise.

En conséquence, le conseil d'administration prend une série de mesures draconiennes :

- Donner un préavis au moniteur et au directeur commercial.
- Charger l'assistante sociale et les moniteurs en fonction d'examiner comment l'organisation intérieure et la prospection commerciale pourraient être revues, et assurées par une équipe réduite.
- Les prier de communiquer mensuellement au conseil d'administration un rapport sur la recherche de commandes et sur les résultats obtenus.

- Revoir la façon dont les primes pourraient être sinon supprimées, du moins réduites et axées sur le rendement et non sur des critères psychologiques plus ou moins subjectifs. Il est suggéré que les primes soient désormais payées mensuellement en fonction du rendement dont les travailleurs auraient fait preuve pendant le mois écoulé.

Le docteur Jean Vermeylen, n'approuve pas cette nouvelle politique de gestion, toutefois il estime que le maintien de l'Atelier est indispensable à la réalisation du programme de réadaptation qu'il s'est fixé. Il insiste aussi pour que l'on donne à l'Atelier les locaux dont il a besoin pour un fonctionnement rentable¹²⁰.

Extension des locaux (1969)

L'association peut se permettre d'envisager l'achat d'une propriété puisqu'il est possible de disposer des sommes bloquées par l'asbl Solidarité R.T.B. au profit de l'Équipe dans un délai d'une quinzaine de jours. De plus, la décision de principe du Fonds des Handicapés engageant une somme maximum de 2.447.145 francs pour l'agrandissement de l'Atelier de réadaptation reste toujours valable¹²¹. Le tout serait complété par le don de la Loterie Nationale.

Le conseil d'administration examine plusieurs propositions d'achat soit de terrains, soit d'immeubles. Parmi ceux-ci un immeuble situé 58 rue de Veeweyde et voisin de la propriété de la Prévoyance Sociale intéresse particulièrement le conseil d'administration.

Bien que le prix demandé dépasse probablement un peu la valeur réelle, il se justifie par les avantages de proximité.

En décembre 1969, le conseil d'administration décide finalement d'acheter cet immeuble. Malheureusement, le locataire de la maison est décidé à faire valoir ses droits à l'occupation des lieux jusqu'en 1978. Après de longues négociations, l'acte de vente ne peut donc être signé et l'Équipe doit chercher un autre immeuble¹²².

¹²⁰ AE, CA, 18/3/68 et CA, 8/4/68; AE, AG, 27/5/68; AE, CA, 23/5/69; AE, Farde 1970, Lettre de J. Andry au Ministre de la Santé Publique en date du 10/6/70 et AE, Farde 1971, Lettre de M. De Craene à J. Andry en date du 20/4/71.

¹²¹ Cette décision date du 31/7/68.

¹²² AE, CA, 9/9/68; CA, 1/12/69 et Farde 1969, Copie du compromis de vente, 16/12/69 et AE, Farde 1970, Lettre de J. Andry aux Assurances et Immobilière ASSIMO en date du 13/3/70.

Achat de l'immeuble situé 231, rue Victor Rauter (1970)

Une propriété comportant une maison d'habitation et un ancien atelier de menuiserie, sise au 231 de la rue Victor Rauter et mitoyenne au 60 de la rue de Veeweyde est mise en vente. Toutes les raisons qui avaient motivé le conseil d'administration à approuver l'achat de l'immeuble situé au 58 de la rue de Veeweyde se retrouvent. En décembre 1969, le Fonds des Handicapés modifie sa décision de principe de 1968 et marque son accord sur l'achat de la propriété. Un compromis de vente est immédiatement conclu et un acompte est rapidement versé. L'acte de vente est signé le 9 juillet 1970.

Le Conseil décide que l'immeuble sera affecté à l'extension de l'Atelier, le terrain du fond devant servir à la construction de la section d'ergothérapie pré-professionnelle¹²³.

Survie momentanée de l'Atelier

Les difficultés financières de l'Atelier sont telles que le 23 mars 1970, le conseil d'administration décide de mettre fin à ses activités. Or, ce jour même, le Moniteur Belge publie de nouveaux arrêtés royaux dont on peut espérer des effets bénéfiques permettant une survie de l'Atelier. Ces arrêtés fixent de nouvelles conditions de rémunération des travailleurs et de l'octroi des subventions aux ateliers protégés.

Le système de primes est supprimé et remplacé par la progression par catégorie de travaux. Les subventions devraient permettre aux ateliers protégés d'équilibrer leur budget même s'ils emploient des travailleurs à faible taux de rendement, ce qui est le cas des malades mentaux, nous l'avons vu.

Une nouvelle étude du budget 1970 de l'Atelier montre que le déficit pourrait être très fortement diminué. Le conseil d'administration décide donc de maintenir l'Atelier en activité.

Il faut néanmoins être attentif aux critères de recrutement des ouvriers et à la finalité de l'Atelier protégé. Jean Vermeylen rappelle que la course au rendement ne doit pas faire oublier que le but premier de cette structure est le reclassement social¹²⁴.

¹²³ AE, CA, 14/4/70; CA, 5/8/70; CA, 23/11/70; AE, Farde 1970, Lettre de M. De Craene datée du 27 octobre 1970.

¹²⁴ AE, CA, 14/4/70 et AE, AG, 12/5/70.

La nomination d'un directeur de l'Atelier de réadaptation, (1970)

Puisque le conseil d'administration a décidé de maintenir l'Atelier en activité, il convient d'y affecter un directeur ayant une expérience du milieu industriel; il assurera les multiples fonctions que comporte cette responsabilité : gestion administrative et gestion commerciale, équipement en machines et en outillage, organisation des postes de travail pour obtenir une productivité optimale en tenant compte de la psychologie particulière des travailleurs.

Enrico Condotta prend ses fonctions le 11 mai 1970.

Les efforts de l'administrateur-délégué et du directeur pour donner à l'Atelier une allure «industrielle» sont récompensés. Le chiffre d'affaires triple en deux ans. Le nombre de travailleurs augmente et il en va de même de leur rendement. Malheureusement, ces résultats sont obtenus au détriment des patients qui subissent un stress qu'ils ne peuvent manifestement pas tolérer.

Le docteur Jean Vermeylen souligne qu'il faut aussi éviter de maintenir un ouvrier de bon rendement dans un cadre protégé sous prétexte qu'il est un bon travailleur. Il y aurait donc lieu d'étudier les postes de travail et les aptitudes individuelles des travailleurs en vue du rendement maximum sans que l'activité thérapeutique de l'Atelier n'en pâtisse¹²⁵. Concilier la rentabilité commerciale et les objectifs thérapeutiques n'est pas chose aisée.

Nouvelles désillusions

L'interprétation des arrêtés royaux du 23 mars 1970 s'est révélée trop optimiste. L'intervention dans les salaires et les charges sociales ne se calcule en réalité que sur les salaires bruts, charges sociales exclues. Les charges sociales en tant que telles ne font pas l'objet d'une intervention complémentaire. La rentabilité du travail de la majorité des malades est trop basse pour couvrir à la fois les charges sociales et les charges d'un encadrement qui doit être numériquement plus élevé que dans les ateliers pour handicapés physiques ou débiles mentaux. Cet encadrement doit faire preuve d'une double compétence, technique et psychologique.

Les malades mentaux qui parviennent à travailler de façon stable, avec un rendement qui bien qu'inconstant atteint un seuil de rentabilité suffisant, représentent la minorité de ceux qui s'adressent à l'Équipe. Les subventions prévues en leur faveur restent insuffisantes pour qu'ils puissent acquérir un réel statut de travailleur. Pour tous, la réadaptation au travail nécessite une période préalable d'intégration pendant laquelle ils ne peuvent prétendre à un salaire.

¹²⁵AE, Farde 1970, Copie du contrat d'emploi à l'essai d'Enrico Condotta, 18/4/70 et AE, CA, 26/4/71.

Pour beaucoup, cette première étape va faire apparaître des carences telles qu'il faudra soit postposer l'entrée à l'Atelier, soit même y renoncer. Cependant, les efforts du malade devraient être encouragés et soutenus par l'octroi d'un salaire équivalent au produit de la vente du travail effectué.

Nouvelles orientations

L'Équipe décide de modifier à nouveau la structure de l'Atelier. Ainsi, il apparaît que la réadaptation au travail du malade mental nécessite trois échelons :

- Un stade d'observation et de réentraînement au travail sans aucun objectif de rentabilité : le patient est entièrement sous le statut de malade nécessitant une thérapeutique qui inclut le travail. Ce travail dépasse cependant le niveau de l'ergothérapie classique axée sur le rapport individu-matière.
- Le travail classique de faible rentabilité : le patient est momentanément ou définitivement incapable d'assumer les exigences techniques ou relationnelles du travail de l'atelier. On pourra également retrouver à ce niveau des travailleurs précédemment adaptés à l'atelier mais en phase de régression.
- Le travail d'atelier avec critère de rentabilité : la surveillance par un encadrement technique est complétée par un encadrement psychologique. Les critères d'admission devraient être fixés assez haut pour éviter tout déboire. Or, peu de patients sont capables d'atteindre un nombre d'heures de travail dépassant de façon constante les soixante-cinq heures par mois et un rendement horaire qui couvre au maximum les dépenses entraînées par les charges sociales et les frais de personnel d'encadrement, ce qui serait nécessaire dans cette section.

Malheureusement, cette nouvelle orientation fondée sur l'intérêt de la réadaptation du malade mental se heurte à plusieurs difficultés : Une telle organisation ne pourra que difficilement faire face aux exigences de la clientèle car les prix ne pourront pas rester concurrentiels, les délais de livraison seront difficiles à respecter et un noyau d'atelier à effectif aussi réduit ne peut être géré sur des bases industrielles.

À partir du premier avril 1971, l'Équipe décide pourtant de tenter l'expérience et place ces nouvelles sections sous la direction d'Enrico Condotta, directeur de l'Atelier¹²⁶.

¹²⁶AE, CA, 29/3/71; CA, 26/4/71 et AG, 10/5/71.

La fermeture de l'Atelier Protégé (31 décembre 1971)

L'évocation d'une fermeture possible de l'Atelier remonte à 1967 puis est régulièrement soumise au conseil d'administration mais sans que la décision soit prise.¹²⁷ Il en est tout autrement à ce moment. Dans l'impossibilité pour l'association de supporter plus longtemps le déficit de l'Atelier, l'administrateur-délégué Jacques Andry, suggère au conseil d'administration la fermeture et propose que le préavis soit immédiatement donné à tout le personnel. Le conseil d'administration devra se réunir deux mois plus tard pour établir un bilan de l'activité des structures rénovées. Selon les résultats obtenus, les préavis seront soit maintenus et les malades orientés vers d'autres organismes, soit annulés. Le conseil d'administration adopte à l'unanimité ces propositions.

La dernière réforme de l'Atelier n'apporte pas les résultats escomptés et, finalement, la fermeture est décidée en date du 31 décembre 1971. La moitié des travailleurs sont reclassés et les autres reçoivent leur préavis. Quelques uns de ceux-ci, les cas les plus difficiles, sont admis en ergothérapie¹²⁸.

¹²⁷ Par exemple AE, CA, 14/10/68.

¹²⁸ AE, AG, 30/3/67; AE, CA, 26/4/71; CA, 25/10/71 et CA, 13/12/71.

CHAPITRE 7

LA CRÉATION DU CENTRE DE RÉADAPTATION ET D'INTÉGRATION AU TRAVAIL (CRIT) (1972)

Du secteur de l'emploi au secteur des soins de santé

Lors de l'assemblée générale du 10 mai 1971, la fermeture de l'Atelier protégé dont le principe a été arrêté quelques semaines plus tôt n'est pas présentée comme une régression des activités de l'Équipe mais comme un assainissement nécessaire avant toute nouvelle expansion de l'association. Cette restructuration est indispensable en raison d'une législation inadaptée aux méthodes novatrices de l'Équipe, principalement en ce qui concerne les critères de subsidiarité. Dès 1968, il avait été question de transformer l'Atelier de réadaptation en Centre de Réadaptation Fonctionnelle par le Travail. N'oublions pas que les médecins avaient toujours déploré que l'accent soit mis sur le rendement plutôt que sur l'approche socio-thérapeutique.

La fermeture de l'Atelier ne signifie pas une disparition pure et simple de tous les problèmes qui empoisonnent la vie de l'association depuis quelques années. Outre le déficit financier qu'il faut toujours combler, de nouvelles nécessités voient le jour. Les malades ne peuvent être abandonnés. Une dizaine de malades n'ont pu être reclassés et demeurent toujours dans les locaux de l'Équipe où une ergothérapie à caractère pré-professionnelle, mais très permissive, a été maintenue. On les appellera plus tard les «Anciens de l'ergothérapie». De plus, l'Équipe reçoit encore régulièrement des candidatures pour l'ancienne structure. La difficulté de recaser certains patients qui fréquentaient l'Atelier protégé et les nouvelles demandes d'admission de malades mettent en évidence l'utilité, voire la nécessité, de créer un nouveau centre de réadaptation pré-professionnelle, mais sous une forme différente.

Cette nouvelle structure sera appelée le Centre de Réadaptation et d'Intégration au Travail ou CRIT. D'autres noms furent proposés et même temporairement utilisés comme le Centre de Réadaptation Fonctionnelle et d'Intégration ou le Centre de Réadaptation Fonctionnelle et d'Intégration au Travail¹²⁹.

Il s'agira, en fait, de faire accepter par les autorités que la réadaptation au travail telle qu'elle sera organisée a bien une orientation franchement thérapeutique et qu'elle doit être prise en charge non plus par le secteur de l'emploi mais par

¹²⁹ Le nom CRIT apparaît officiellement pour la première fois lors du conseil d'administration du 25 octobre 1971 (AE, CA, 25/10/71).

celui des soins de santé. L'organisation de la réadaptation doit prendre en considération trois éléments : l'état du patient, l'encadrement et la nature des travaux.

L'Atelier de l'Équipe avait tenté l'expérience de remettre dans le circuit du travail normal des malades mentaux graves. Les résultats ont été encourageants mais l'expérience montre qu'une réforme de l'organisation de l'Atelier et en particulier un renforcement du cadre tant en nombre qu'en spécialisation devrait permettre de mieux affronter les problèmes psychopathologiques de cette catégorie de malades au cours de leur évolution ce qui augmentera notablement le pourcentage de réussite.

Au CRIT, il est décidé de ne plus s'occuper d'activité de type industriel, où le rendement est primordial, mais de s'orienter vers des activités artisanales. Ce nouveau centre sort donc de la catégorie des ateliers protégés «classiques» dépendant du Fonds de Reclassement Social des Handicapés pour entrer dans celle des centres de réadaptation et relevant du Service de Réadaptation de l'INAMI et amenés à conclure avec cet organisme une convention par laquelle celui-ci s'engage à prendre en charge le traitement de réadaptation des malades. Grâce à cela, l'Équipe pourra gérer différemment la structure et éviter les écueils financiers qui firent sombrer l'Atelier Protégé. Si l'avis de l'INAMI n'était pas d'emblée favorable, l'Équipe se verrait obligée de différer l'ouverture du nouveau centre jusqu'à la conclusion de cette convention. L'Équipe serait ainsi contrainte soit d'interrompre la réadaptation de la vingtaine de malades, principalement des anciens de l'Atelier Protégé dont l'état de santé actuel ne permet pas la remise au travail dans le circuit normal, soit de les intégrer dans les ateliers protégés ouverts aux handicapés physiques et aux débiles mentaux, solution dont on sait, a priori, que les résultats risquent d'être insatisfaisants.

Heureusement tout se passe au mieux : au début du mois de septembre 1971, l'INAMI autorise l'ouverture du CRIT sur base de la convention passée en juillet 1968. Le 15 du même mois, l'Équipe sollicite aussi l'agrément par le Fonds de Reclassement Social des Handicapés. Le CRIT dispose de sa propre unité médicale et jouit, comme les autres structures de l'Équipe, d'une autonomie technique, administrative et budgétaire. L'immeuble situé 231 rue Rauter abritera les différentes activités du CRIT. En attendant la fin des travaux d'aménagement de l'immeuble, le centre s'établira dans les anciens locaux de l'Atelier protégé au 60 de la rue de Veeweyde¹³⁰.

¹³⁰ AE, CA, 13/9/71; CA, 25/10/71; AE, Farde 1971, Centre de réadaptation fonctionnelle et d'intégration au travail, sd; AE, Farde 1971, Lettre de L. Decroly et J. Andry à A. Maron en date du 15/9/1971; AE, Farde 1972, Centre de réadaptation fonctionnelle et d'intégration au travail, (mai 72) et AE, Farde 1972, Une nouvelle

La méthode et les objectifs poursuivis au CRIT

Différents types d'activités sont proposés aux patients, l'ergothérapie classique, l'ergothérapie pré-professionnelle, des groupes institutionnels, etc. Les moyens mis en oeuvre sont variés. Si l'organisation générale tend à recréer le climat d'un atelier de production, toutes les situations avec leurs composantes instrumentales, spatiales, temporelles et relationnelles sont aménagées et graduées en fonction de la tolérance individuelle et exploitées dans la perspective d'une adaptation plus générale à la vie professionnelle.

Les travaux à façon sont choisis selon le matériau, la longueur et la complexité des opérations menant à l'objet fini, sa réalisation individuelle ou en équipe, avec ou sans machine, etc. Un réapprentissage du temps se fait à travers des exigences d'horaires et des rythmes de travail adaptés et progressifs. L'espace est intégré par chaque travailleur qui dispose de sa place dans l'atelier. De là, il réapprend le déplacement et la distance aux autres, allant de l'isolement relatif à l'intégration dans un groupe important en passant par une table à deux ou à trois ouvriers. Chaque événement individuel ou collectif comme les absences, les retards, les blocages, les oppositions ou les conflits sont discutés en groupe ou individuellement avec le personnel d'encadrement.

Un dépistage précoce des signes d'une régression comme le dégoût des tâches proposées, l'absentéisme, la chute de rendement, la fuite de la réalité dans une résistance passive ou les ambitions irréalisables, permet souvent de l'enrayer à temps. L'intéressé, grâce à des positions de repli dans l'atelier tels qu'un coin plus tranquille, des tâches plus simples, ou un rythme plus lent parvient dans une période difficile à ne pas quitter entièrement le circuit du travail.

Cette formation est complétée par la diffusion d'informations pratiques. Un groupe de discussion hebdomadaire, mené par un psychologue, aborde divers problèmes liés à la vie professionnelle tels que l'information sur le mode de paiement, la sécurité sociale, le chômage, etc.

Au terme de sa réadaptation fonctionnelle au CRIT et en fonction de ses résultats, le malade se trouve devant une des issues suivantes :

- Le placement direct dans le circuit normal, en collaboration avec le service de placement des mutuelles et de l'O.N.Em notamment.
- L'adaptation au climat et aux normes du rendement d'un travail normal par un stage limité dans un atelier protégé de transit organisé en atelier de production.

structure de réadaptation de l'A.S.B.L. l'Équipe : le Centre de Réadaptation sociale et d'intégration au travail, sd.

- L'apprentissage d'une qualification professionnelle en cycle de formation normale ou protégée.
- Le placement dans un atelier protégé classique si le malade garde des séquelles telles qu'elles empêchent son retour au circuit professionnel normal.

Cependant, une insatisfaction subsiste : le programme thérapeutique du CRIT, que les circonstances ont amené à préférer à celui de l'Atelier protégé parce qu'il rencontrait mieux les besoins des malades mentaux au début de leur réadaptation professionnelle ne couvre pas tous les besoins d'un programme complet de réintégration au travail pour cette catégorie de patients. Ceux-ci doivent être amenés à quitter le statut de malade pour acquérir celui de travailleur. L'atelier protégé reste donc un chaînon indispensable à une réadaptation progressive et continue susceptible d'amener le patient à développer sans heurts toutes ses potentialités. C'est pourquoi, à cette époque, l'Équipe espère, encore et toujours, que seront réétudiées les normes particulières selon lesquelles doit fonctionner un atelier protégé conçu en tenant compte des exigences spécifiques de la pathologie mentale¹³¹.

La population qui fréquente le CRIT

La population du CRIT se compose de malades incapables d'affronter les exigences techniques et relationnelles d'un travail normal mais qui paraissent garder un potentiel évolutif suffisant pour y accéder après réadaptation. Il s'agit de schizophrènes, de névrosés, de psychotiques, de traumatisés crâniens, de psychopathes et de caractériels. Les arriérés mentaux, les alcooliques non stabilisés et les malades souffrant de troubles graves du comportement, très régressés et incapables d'évoluer, ne sont pas retenus.

Les premiers candidats sont âgés de dix-sept à quarante ans. Si la population du CRIT est mixte, à l'ouverture, on compte deux tiers de garçons pour un tiers de filles¹³².

L'Auto-CRIT (1990)

Bien plus tard, en 1990 sera créé un créneau qui répond au désir de l'INAMI de voir l'Équipe faire des réadaptations plus pragmatiques. Il s'agit d'un atelier de restauration automobile pour voitures anciennes, c'est-à-dire qui ont plus de vingt-cinq ans d'âge, ou en passe de le devenir. L'atelier est spécialisé dans la restauration de véhicules de conception technique simple. Ses objectifs sont :

¹³¹ AE, Farde 1971, Lettre de L. Decroly et J. Andry à A. Maron en date du 15/9/71.

¹³² AE, Farde 1972, Lettre de M. Aflalo à M. Parent en date du 4 décembre 1972.

- La possibilité de mise en situation de travail réel de patients qui doutent de leurs capacités professionnelles et qui, de ce fait, n'osent pas entreprendre des démarches vers un retour à une vie professionnelle active.
- La mise en situation de travail de patients n'ayant jamais abordé concrètement un milieu de travail.

Le coût des pièces ainsi qu'un forfait main-d'oeuvre sont à charge des propriétaires des véhicules afin de couvrir partiellement les frais de fonctionnement de l'atelier¹³³. Il s'inscrit parfaitement dans le cadre des activités thérapeutiques du CRIT et ne poursuit aucun objectif de rentabilité économique.

Lors de son ouverture, l'Auto-CRIT peut accueillir au maximum six personnes travaillant plein temps avec possibilité d'en augmenter le nombre s'il s'agit de temps partiels.

Après avoir cherché sans succès des locaux à proximité du CRIT, une solution interne est intervenue. La salle d'ergothérapie du Foyer, progressivement désinvestie par les patients, est mise à la disposition du CRIT pour réaliser le nouvel atelier¹³⁴. Si l'activité démarre en septembre 1990¹³⁵, l'inauguration officielle de l'atelier «Auto-CRIT» date du 5 juin 1991¹³⁶.

Et, en décembre 1992, l'Équipe aura la possibilité d'acquérir, au 47 de la rue de Veeweyde, un immeuble dont le rez-de-chaussée est un vaste garage dont le propriétaire cesse ses affaires.

Désormais, l'Auto-CRIT fonctionne dans des locaux tout à fait adaptés aux exigences techniques.

Les rapports entre le CRIT, le Foyer et le Secteur psychiatrique de la commune d'Anderlecht

Le Foyer peut envoyer au CRIT certains de ses pensionnaires en réadaptation. Parmi les vingt-huit patients présents à l'ouverture, seize viennent du Foyer et douze seulement sont des externes. Certaines activités organisées au CRIT, comme les soins esthétiques ou les sports, sont ouvertes à tous les pensionnaires de l'Équipe. Des patients du CRIT, non hébergés au Foyer, participent à des groupes animés par le personnel du Foyer comme l'expression libre, le groupe

¹³³ AE, Farde 1989, Projet d'un atelier de restauration automobile au CRIT, (16/10/89).

¹³⁴ AE, CA, 28/3/90.

¹³⁵ AE, CA, 10/10/90.

¹³⁶ AE, CA, 25/3/91.

enquête ou l'expression corporelle. Suite à ce mélange des populations, les équipes thérapeutiques du CRIT et du Foyer ont une réunion commune d'une heure tous les quinze jours, au cours de laquelle on aborde la situation des pensionnaires du Foyer qui fréquentent le CRIT.

Le CRIT est ouvert à des externes de toute provenance, mais il maintient avec l'équipe psycho-médicosociale du Secteur, qui assume les problèmes de santé mentale rencontrés sur le territoire de la commune, une relation étroite surtout assurée par les assistantes sociales.

Cela permet d'une part de mieux connaître le contexte de vie du patient, sa situation sociale et son évolution psychothérapeutique, et d'autre part, d'élargir parfois l'indication du CRIT à des patients plus chroniques, le secteur assurant la prise en charge en dehors des locaux du Centre. Enfin une supervision des cas psychotiques est organisée au Secteur par Nadine Vermeylen et il est prévu d'y aborder les psychothérapies de patients fréquentant le Centre et suivis par le Secteur¹³⁷.

¹³⁷ AE, CA, 2/10/72; AE, Farde 1972, Centre de réadaptation fonctionnelle et d'intégration au travail, (mai 72) et AE, Farde 1972, Une nouvelle structure de réadaptation de l'A.S.B.L. l'Équipe : le Centre de Réadaptation sociale et d'intégration au travail, sd.

CHAPITRE 8

LE SECTEUR D'ANDERLECHT DE 1971 À 1973

La fermeture de l'Atelier intervient ainsi malheureusement au moment où, en 1971, le Secteur d'Anderlecht fête ses dix ans d'activité et elle ampute le Secteur d'une structure de toute première importance. Le Secteur comprend, au Centre de Santé, les consultations du service psychosocial, pivot de l'organisation, que prolongent le service d'urgence et de soins à domicile et les consultations de psychosomatique de l'Institut Médico-Chirurgical d'Anderlecht. Ce dispositif de base est complété, depuis 1964, par le Foyer de postcure et plus récemment, par un club de loisirs appelé la «Petite Maison». Il ne comporte toujours pas de département pour les enfants.

La Petite Maison : un club pour anciens patients (1970)

Au milieu des années soixante, d'anciens patients souffrant d'isolement viennent régulièrement partager les activités du Foyer de Réadaptation. Ils aiment y retrouver une atmosphère protégée. Certains jours, le Foyer compte jusqu'à sept anciens pensionnaires. Cette situation n'est favorable ni pour les nouveaux pensionnaires ni pour les anciens. Pour y remédier, les docteurs Daniel Lengelé et Jean Vermeylen encouragent la création d'un club thérapeutique ou d'un club de loisirs pour les anciens malades.

En février 1970, une modeste maison située au 87 de la rue de Veeweyde est louée par le conseil d'administration. Eva Kiper, assistante sociale à l'Équipe, se charge de la mise sur pied de la nouvelle structure.

Le club de loisirs est rapidement baptisé par les anciens malades qui le fréquentent et «selon l'aspect d'une maison louée, petite et vétuste» la «Petite Maison». ¹³⁸ Il encourage les échanges et évite l'isolement, afin de donner aux anciens de l'Équipe la possibilité de se retrouver dans un milieu privilégié, dans une ambiance favorisant les contacts mais, en prise directe avec la réalité sociale. Il permet de suivre l'évolution des anciens malades, de favoriser leur prise de décision, de les divertir, de les soutenir et aussi, de déceler les signes avant-coureurs de régressions éventuelles. Comme certains pensionnaires du Foyer fréquentent eux aussi le club, cette initiative leur permet de s'habituer à prendre des décisions en dehors du cadre protégé du Foyer.

¹³⁸ AE, Farde 1973, Jany Cochonly, Notre Club «La petite Maison», sd.

Une des premières activités proposées par la Petite Maison est naturellement l'aménagement des locaux¹³⁹. Plus tard, il offrira la possibilité de pratiquer des activités manuelles comme la réalisation d'émaux, le dessin ou la poterie. Des voyages ou des excursions seront organisés pour occuper les week-ends. Des soirées dansantes, des soirées-soupers, des soirées ciné-club ou des sorties cinéma feront aussi partie des activités régulières du club de loisirs.

La Petite Maison est fort appréciée et connaît un grand succès auprès de nombreux anciens. Le vendredi soir de cinq à douze personnes, dont plusieurs pensionnaires du Foyer, assistent aux soirées discussion. Aux soirées dansantes et aux soirées-soupers, le nombre de participants varie même de vingt à trente personnes. Il faut signaler qu'à l'occasion de certaines de ces soirées on note la présence d'amis ou de connaissances de l'un ou de l'autre des membres du club, ce qui favorise les contacts entre malades et personnes sans passé psychiatrique¹⁴⁰.

Si la Petite Maison est une structure nouvelle dans le cadre du Secteur d'Anderlecht, en 1962 déjà, un premier club de malades, le club Antonin Artaud, s'était constitué en Belgique à l'initiative du docteur Jacques Bradfer. La CAP de Bruxelles avait mis à la disposition du club une maison située rue du Grand Hospice¹⁴¹.

Au fil du temps, l'autonomie financière de la Petite Maison s'avèrera impossible, ses activités n'étant pas assez nombreuses. Elles sont organisées par deux assistantes sociales bénévoles qui ne bénéficient d'aucun budget d'équipement. Les animations risquent d'être suspendues si aucune aide supplémentaire n'est trouvée.

Les personnes qui fréquentent la Petite Maison n'ayant plus le statut de malades, c'est du secteur culturel que l'on pourrait espérer obtenir des subsides.

Le Ministère de la Culture est sollicité. Le directeur général de la Jeunesse et des Loisirs est également contacté afin d'obtenir l'agrément en tant que maison de loisirs pour jeunes handicapés mentaux psychiques. Malheureusement, aucune de ces démarches n'aboutit et, en 1977, faute d'appuis financiers, la Petite Maison doit suspendre ses activités et ce, bien que la Fondation Julie Renson estime que ce club d'anciens malades est une structure intéressante qui mérite d'être soutenue. En 1973, elle fait à nouveau preuve de générosité en accordant un don qui pourrait être renouvelable.

¹³⁹ La maison dans laquelle est installé le Club était dans un état pitoyable. Elle a été entièrement repeinte par les membres et progressivement, chacune des pièces de la maison a été aménagée.

¹⁴⁰ AE, AG, 22/3/66; AG, 12/5/70; AE, CA, 12/1/70; AE, Farde 1973, Projet de rapport au conseil d'administration de l'Équipe, sd.

¹⁴¹ Le 5 juillet 1962, le club s'est constitué en asbl (FJR, PV, I, pp. 225-226).

Jean Vermeyleen tentera bien de relancer le club en l'intégrant au projet qui devait aboutir à la création du CODE mais, les locaux du 85 de la rue Lieutenant Liedel sont trop exigus pour la coexistence de ces deux structures et le projet sera abandonné¹⁴². Il sera régulièrement question de rouvrir la Petite Maison ou tout autre formule de club pour anciens malades. En 1989, plusieurs patients du CODE ont une durée de séjour particulièrement longue et cela intrigue l'INAMI. L'Équipe se justifie en expliquant son embarras à mettre ces patients «à la porte». On pense alors à rouvrir la Petite Maison ou ouvrir le Restoclub, mais comme aucun de ces deux centres ne verra le jour, plusieurs anciens patients poseront leur candidature au Club Antonin Artaud¹⁴³.

Nouveaux projets du Secteur

En 1971, paraît un arrêté royal définissant les conditions d'agrément par le Ministère de la Santé et de la Famille des consultations prém matrimoniales, matrimoniales et familiales. Il leur accorde des subventions.

La création d'un tel centre pourrait être envisagée. Il fonctionnerait à proximité du Service Psycho-Social pour adultes, pourrait traiter des cas bénins de dysharmonie familiale ne justifiant pas une intervention spécialisée et qui sont traités par le Service Psycho-Social¹⁴⁴.

Malheureusement, ce projet ne rencontre pas la faveur du monde politique anderlechtois et ne pourra être réalisé avant de nombreuses années.

D'autre part, il s'avère urgent de créer à l'intention des enfants et des adolescents un service semblable à celui qui existe depuis dix ans au Centre de Santé pour les adultes. Il devrait s'occuper tant des enfants et adolescents dont l'inadaptation est décelée au cours de la vie scolaire soit par l'Inspection médicale scolaire soit par l'office d'Orientation scolaire et professionnelle que des enfants et adolescents perturbés par une dysharmonie familiale pour laquelle les parents sont pris en charge par le Service Psycho-Social pour adultes. Les enfants et adolescents qui seraient adressés au Secteur d'Anderlecht par tout autre organisme (crèche, consultation de nourrissons, Comité de protection de la jeunesse, Maison de jeunes, etc.) seraient eux aussi admis.

¹⁴² AE, Farde 1972, Lettre de E. Vindevogel à Marcel Hicter en date du 14 juin 1972; AE, CA, 29/8/79; AE, Farde 1977, Centre de jour de l'Équipe A.S.B.L. Etude fonctionnelle, (31/11/77).

¹⁴³ AE, Farde 1989, Visite du docteur Vereecke, 2/5/89.

¹⁴⁴ AE, Farde 1971, Note pour l'échevin de l'assistance publique et des oeuvres sociales, 27/1/71 et AE, Farde 1971, Secteur psychiatrique d'Anderlecht. Dix ans de travail psychiatrique en secteur, (1970) et J. Vermeyleen, «Dix de travail psychiatrique au secteur d'Anderlecht», in *Mosaïque*, 16, 1972, pp. 7-14.

Ce projet pourra heureusement voir le jour grâce à la constitution d'une nouvelle association sans but lucratif.

Le Secteur d'Anderlecht et l'asbl l'Été (1973)

En février 1973, Monique Davidson, psychologue, et Jacques Baudour, pédo-psychiatre, présentent à Madeleine De Craene, directrice de la Fondation Julie Renson, un avant-projet d'organisation de la psychiatrie infantile à Anderlecht. À cette époque, la commune d'Anderlecht est l'une des plus démunies de l'agglomération quant à l'aide psychologique et psychosociale destinée aux enfants et adolescents. En effet, la commune ne dispose alors que d'un pédiatre spécialisé en psychiatrie infantile, le docteur Sylvie Deroy-Pasteels, médecin responsable de la crèche communale depuis 1948. En outre, Lucette Decroly, médecin directeur de l'inspection scolaire, et Jean Vermeylen, responsable du Secteur de psychiatrie adulte depuis 1961, souhaitent, de longue date, la collaboration d'une équipe de guidance infantile qui pallierait ainsi l'absence d'un Centre Psycho-Médico-Social communal, attendu depuis dix ans.

Le 20 septembre 1973, le Collège autorise, en collaboration avec la Fondation Julie Renson, une étude médicosociale portant sur les besoins en assistance psychiatrique infantile. L'étude est placée sous la direction du docteur Jacques Baudour. Elle se fera en étroite coopération avec l'Inspection Médicale Scolaire, le Centre communal de la Petite Enfance, les services communaux chargés de la Protection de la Jeunesse et l'équipe psychosociale pour adultes dirigée par le docteur Jean Vermeylen. Elle portera sur une année et n'impliquera aucune charge financière pour l'administration communale. Il est prévu qu'elle pourrait déboucher sur la création d'un service de guidance infantile dont le pouvoir organisateur pourrait être une asbl.

En octobre 1973, la Fondation Julie Renson permet à deux psychologues, Monique Davidson et Dominique Gérard, de partager un mi-temps à titre de consultants auprès des équipes d'inspection médicale scolaire. La guidance infantile entame ses activités dans les locaux du Centre de Santé d'Anderlecht en Novembre 1973 et Jacques Baudour y débute une activité bénévole de consultant psychiatrique.

Le 8 mai 1974, la création de l'asbl l'Été est décidée en vue, notamment, de solliciter le bénéfice de l'Opération Solidarité RTB qui doit avoir lieu en octobre 1974. Malheureusement, les statuts n'ayant pas pu être publiés en temps utile, cette démarche n'a pu être effectuée¹⁴⁵. Le 14 janvier 1975, le Collège autorise l'Été à occuper gracieusement les locaux du Centre de Santé afin de

¹⁴⁵ Ce n'est que le 5 décembre 1974 que les statuts de l'asbl l'Été seront publiés au Moniteur Belge.

permettre à l'équipe de guidance infantile, en voie d'organisation et en pleine difficulté financière, d'y travailler. Ce même mois est publié dans Info-Anderlecht un texte qui précise l'ouverture officielle des activités de guidance infantile et la composition de l'équipe thérapeutique. Le Centre de guidance s'adresse à tout enfant et adolescent domicilié ou scolarisé dans la commune.

En mars 1975 paraît un Arrêté Royal organisant les Centres de Santé Mentale. L'existence au Centre de Santé d'Anderlecht de ce Centre de Guidance pourra lui valoir d'être reconnu et agréé par l'intermédiaire de l'association l'Été, il bénéficiera des subventions qui résoudront, au moins partiellement, les problèmes financiers.

CHAPITRE 9

LE RECONDITIONNEMENT DU FOYER ET LA CRÉATION DU CENTRE DE JOUR (1970-1977)

Un projet d'Hôpital de Jour à l'initiative de la Fondation Reine Fabiola (1970-1973)

En 1970, la Fondation Reine Fabiola désire bénéficier du soutien financier de l'Opération Solidarité RTB 48.81.00. Comme ce subside est uniquement octroyé pour des réalisations concrètes d'initiatives privées, elle crée une commission chargée de préparer quatre dossiers. Parmi ceux-ci, on trouve un projet d'hôpital de jour pour malades mentaux dont l'auteur est un certain Jean Vermeylen!

Comme la RTB désire faire bénéficier de l'Opération Solidarité un organisme pilote qui ne serait pas destiné à aider les débiles mais plutôt les malades mentaux, elle contacte l'Équipe à ce sujet car le projet sera facilement accepté s'il est intégré à une formation déjà existante et plus précisément s'il émane de l'association anderlechtoise.

Le conseil d'administration de l'Équipe décide, sans promesse formelle d'engagement, de s'intéresser à une idée qui répond au désir de développement du secteur extrahospitalier plutôt que de l'hospitalier et qui complète ainsi utilement le Secteur d'Anderlecht. L'Équipe précise que n'étant pas demandeur, elle acceptera le don de la RTB uniquement si l'hôpital est effectivement réalisable.

À cette époque, trois autres projets d'hôpitaux de jour sont à l'étude. Le premier concerne la ville de Charleroi et sera destiné aux enfants, le second doit se trouver à Namur et le troisième à Vottem. Aucun de ceux-ci n'est très avancé. À nouveau, l'Équipe se trouve à la pointe des innovations thérapeutiques...¹⁴⁶.

Les premières difficultés

Le conseil d'administration, après avoir accepté la proposition de la R.T.B., se retrouve devant les mêmes et éternels problèmes. Une fois de plus les initiatives de l'association devancent la législation. Le Ministre de la Santé publique ne peut pas faire bénéficier ce projet de subsides de la part de son département. À l'époque, les hôpitaux de jour ne peuvent pas être assimilés à un service

¹⁴⁶AE, CA, 2/10/72 et AG, 9/4/73.

hospitalier «classique» dans le sens des articles 1 et 2 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux. L'arrêté royal du 13 décembre 1966 relatif à la subvention de la construction de services hospitaliers n'est donc pas encore applicable aux futurs hôpitaux de jour.

Le conseil d'administration peut alors adopter trois attitudes :

- Attendre qu'une modification législative permette au Ministère de la Santé Publique de subventionner la construction d'hôpitaux de jour. Cette option présente un gros inconvénient. Les 10.000.000 francs mis à la disposition de ce projet par l'Opération Solidarité, à utiliser avant 1975, se dévalorisent au fil du temps.
- Adapter le projet pour que les investissements ne dépassent pas 10.000.000 francs. Par exemple, envisager l'aménagement d'un immeuble ancien plutôt que la construction d'un nouveau bâtiment. Dans cette optique, il faut savoir que si on réduit les surfaces utiles, on réduit la capacité de l'hôpital et très probablement sa rentabilité, puisque l'équipe thérapeutique sera sous-employée.
- Rechercher d'autres sources de financement, notamment auprès de l'*United Fund of Belgium* qui se propose d'aider des oeuvres médicosociales belges.

Un groupe de travail chargé d'étudier ces diverses solutions est constitué. On y compte la présence de Marie-Thérèse Abeloos, représentant le Ministère de la Santé Publique, Lucette Decroly, Juliette Dekkers, Nadine De Geynst, Marie-Louise Hanrez, Éliane Vindevogel, Jacques Andry, Bart Cardyn, représentant la Fondation Reine Fabiola, Michel Aflalo, Jean Vermeylen et Nicole Guinotte, représentant la Ligue Belge d'Hygiène Mentale¹⁴⁷.

La nouvelle politique psychiatrique belge (1974-1976)

Les plans ainsi que l'organisation des structures de l'Équipe vont être bouleversés par la nouvelle orientation de la politique psychiatrique en Belgique.

L'administration, qui doit compter simultanément avec les impératifs de la préservation des institutions privées, les exigences des centres extrahospitaliers déjà existants et la nécessité d'instaurer un système intégré tel ceux déjà largement mis à l'honneur à l'étranger, a finalement opté pour une composition à partir d'éléments disparates dans sa réforme du secteur de la psychiatrie. Plutôt que de chercher à réaliser un changement global par une loi réorganisant l'ensemble du secteur psychiatrique, le gouvernement choisit de porter ses efforts sur des réformes séparées des secteurs intra- et extra-muros. La disparité entre les

¹⁴⁷ AE, Farde 1973, Lettre de Michel Dupont à Lucette Decroly en date du 25/5/73 et AE, CA, 2/7/73.

deux secteurs qui ont produit historiquement des pratiques différentes, voire antagonistes, les intérêts économiques en jeu ou les multiples résistances qui viendraient immanquablement s'opposer à toute réforme contraignante, sont autant de facteurs qui ont pesé dans le rejet de faire table rase du passé pour repartir à zéro.

Trois arrêtés royaux successifs (1974, 1975, 1976) organisent la politique psychiatrique en Belgique.

Le premier arrêté royal, daté du 15 février 1974¹⁴⁸, supprime les anciens services psychiatriques pour adultes et les remplace par deux nouveaux types exclusivement axés sur le traitement actif. Ces nouveaux services sont appelés «A» s'ils se consacrent à l'observation et au traitement ou «T» s'ils se destinent uniquement au traitement. Cette catégorisation des institutions met l'accent sur la cure et tente d'en finir avec le simple hébergement de patients. Comme ces nouveaux services psychiatriques doivent assurer un traitement actif, les normes d'encadrement en personnel soignant ont évolué en ce sens. La réforme des anciens services «F» (pour «Fermé»), «O» (pour «Ouvert») et «P» (pour «Service NeuroPsychiatrique») en services «A» et «T» implique une double modification de l'équipe soignante : quantitativement, par un encadrement plus important et qualitativement, par la recommandation, voire l'obligation, de recourir davantage aux services de paramédicaux, d'infirmiers, dont on exige que le niveau d'études soit plus élevé et surtout qu'ils soient plus généralement spécialisés en psychiatrie qu'auparavant.

Le deuxième arrêté royal, daté du 20 mars 1975¹⁴⁹, institutionnalise les centres de santé mentale extrahospitaliers et règle les modalités de leur agrégation et subvention. Grâce à cet arrêté, les centres de santé mentale sont intégrés dans un réseau où l'extrahospitalier est en liaison fonctionnelle avec l'hospitalier.

Le troisième arrêté royal, daté du 3 août 1976¹⁵⁰, fixe les critères de programmation des services psychiatriques hospitaliers en ce qui concerne le nombre maximum de lits ou de places par mille habitants.

La logique interne qui lie ces trois arrêtés, de même d'ailleurs que leur ordre d'apparition, témoigne d'une visée globale. Les tâches confiées au secteur extrahospitalier par l'arrêté de 1975 ne peuvent, en effet, se concevoir sans l'imposition aux hôpitaux des normes «A» et «T» définies par l'arrêté de 1974. De même, les normes fixées par la Commission de programmation des lits (arrêté royal de 1976) ne prennent leur sens qu'en référence aux dispositions

¹⁴⁸ Moniteur Belge du 5 mars 1974.

¹⁴⁹ Moniteur Belge du 24 mai 1975.

¹⁵⁰ Moniteur Belge du 17 septembre 1976.

contenues dans les arrêtés de 1974 et 1975. Le sens même de la nouvelle politique est d'établir des passerelles entre les «deux psychiatries», première étape du processus de leur véritable intégration. Cet épisode est édifiant parce qu'il semble bien que la Belgique a, pour une fois, tiré quelques leçons des expériences étrangères¹⁵¹.

Le reconditionnement du Foyer

Le 20 mars 1974, l'Équipe présente au Ministre de la Santé publique son programme de reconditionnement du Foyer. Cette réforme est nécessaire car la catégorie hospitalière dans laquelle le Foyer est agréé sera bientôt supprimée et de nouvelles normes seront appliquées à partir du premier avril 1975. Le 7 avril 1974, l'administration des établissements de soins, services pour malades mentaux et extrahospitalier émet un avis favorable sur le projet de l'Équipe, pour autant que sa réalisation aboutisse à l'aménagement d'un service d'hospitalisation de nuit et d'un service d'hospitalisation de jour dont les activités seront coordonnées. Le Foyer de l'époque devra donc être scindé en deux structures complémentaires se partageant les mêmes objectifs de réadaptation.

Le conseil d'administration de l'Équipe prend alors les deux décisions suivantes :

- La construction sur les terrains récemment acquis par l'asbl aux numéros 79-87 de la rue de Veeweyde d'un hôpital de nuit, indice «T», d'une capacité de trente lits où sera transféré le Foyer.
- L'aménagement dans les locaux situés au 60 de la rue de Veeweyde d'un hôpital de jour avec une capacité d'accueil de trente malades ambulatoires.

Cette conception offre un double avantage. La construction de l'unité de nuit sur un terrain appartenant en propre à l'association et le maintien de l'unité de jour à proximité du CRIT avec toutefois une garantie d'autonomie de chacune des structures. Comme le CRIT représente pour la plupart des malades l'étape ultime du traitement, il y a intérêt à ce que ces deux structures soient géographiquement proches. De plus, le Foyer et l'Hôpital de Jour seront appelés à devenir deux structures complémentaires offrant aux patients trois possibilités d'hospitalisation : de nuit, de jour ou combinée de jour et de nuit¹⁵².

¹⁵¹ J. Orenbuch et C. Bastyns, «Fins et moyens de la nouvelle politique psychiatrique belge», in *Revue de l'institut de sociologie*, 3, 1978, pp. 209-227. et J. Orenbuch, «Comment organiser une psychiatrie intégrée au départ d'instances qui ne le sont pas. Le cas de la Belgique», in *Troisième séminaire européen sur les politiques de santé : Evaluation et soins de santé mentale, Luxembourg, 26-28 mars 1980*.

¹⁵² AE, AG, 10/4/74 et AE, Farde 1974, Projet, sd et Hôpital de Jour et Hôpital de nuit de l'Équipe A.S.B.L. Etude fonctionnelle, 14/10/74.

La modification du projet : l'Hôpital de Jour devient un Centre de Jour (1974)

À la fin de l'année 1974, suite aux nombreux problèmes administratifs posés par l'agrégation de la future structure, Jean Vermeylen propose de modifier le projet initial. Ce n'est plus un hôpital de jour mais un centre de jour que va inaugurer l'Équipe. Ce centre permettrait d'effectuer le même travail thérapeutique mais nécessiterait l'agrégation du Fonds des Handicapés plutôt que celle du Ministère de la Santé publique. De plus, l'aménagement en centre de jour des bâtiments occupés par le Foyer ne présente aucune difficulté et sera moins coûteux. En outre, cette nouvelle formule permettra l'établissement de programmes de réadaptation plus souples, mieux adaptés aux situations individuelles et suivant plus aisément l'évolution des thérapies médicales, psychologiques, paramédicales et sociales.

Pour la mise au point du projet, des contacts sont pris tant avec les services ministériels et communaux qu'avec des institutions de même type. Par exemple, le 4 juillet 1974, plusieurs membres du conseil d'administration, accompagnés de quelques membres du personnel, se rendent à Paris où, sous la conduite du professeur Roger Amiel, ils visitent un hôpital de jour et un centre de réadaptation appartenant à la Mutuelle Générale des Enseignants.

Au sein même de l'Équipe, le principe de l'ouverture d'un centre de jour patronné par l'association est finalement accepté par Roger Van Clooster et Jacques Andry, les deux administrateurs plus spécialement attentifs aux aspects financiers du projet et l'on peut donc passer à sa réalisation concrète.

Le Centre de Jour devra démarrer avec la convention INAMI relative au Foyer, avant d'obtenir son propre prix de journée d'entretien. Plus tard, le prix de la journée d'entretien au Centre de Jour sera fixé par la convention s'appliquant aux externats (CRIT) et non par celle s'appliquant aux internats de l'Équipe (Foyer).

En attendant la construction des nouveaux bâtiments de l'Hôpital de Nuit, le conseil d'administration pense d'abord louer dans les environs un local pour la période intermédiaire, libérant ainsi le 60 de la rue de Veeweyde. Cette première solution étant trop onéreuse, il décide finalement l'occupation de deux petites maisons de la rue de Veeweyde, les numéros 81 et 83, en y adaptant les lieux par un minimum de travaux et d'investissement, car dans le futur, ces bâtiments doivent être affectés à l'Hôpital de nuit.

Le Centre de Jour, agréé par le FNRSH dans la catégorie IV, est finalement inauguré le 4 avril 1977¹⁵³ et les premières candidatures sont examinées au début du mois de mars par les docteurs Jean Vermeulen, et Jacques Michiels ainsi que par l'infirmière psychiatrique Évelyne Glinœr. Le personnel se compose alors d'un médecin directeur, Jean Vermeulen, d'un médecin adjoint, Jacques Michiels, d'une infirmière psychiatrique, Évelyne Glinœr, d'un ergothérapeute, Michel Batugowski, d'une psychologue, Nadine Vermeulen, d'une directrice administrative, Éliane Vindevogel, d'une assistante sociale mi-temps, Dominique Haarscher, et d'une secrétaire mi-temps, Irène Depasse¹⁵⁴.

Les objectifs du Centre de Jour

Le Centre de Jour est un centre psychothérapique et sociothérapique accueillant, uniquement durant la journée, des malades mentaux hébergés dans leur famille, dans un hôpital de nuit, un foyer, une communauté ou vivant seuls. La capacité d'autonomie des patients doit donc être plus grande que celles des patients du Foyer. En effet, le fonctionnement de 9 à 17 heures, du lundi au vendredi, implique une prise en charge personnelle des intéressés en dehors de la vie institutionnelle.

Leurs troubles nécessitent, au-delà des temps limités de rencontre avec un psychothérapeute, la participation, plusieurs heures par jour, à un programme thérapeutique structuré. Ce programme est mis en oeuvre par une équipe pluridisciplinaire travaillant en collaboration avec les autres structures de l'Équipe et du Secteur et fait appel à un large éventail de moyens thérapeutiques. La participation du milieu familial est aussi un élément clef de ce processus. Le Centre de Jour offre :

- Une aide thérapeutique permettant la transition entre l'hospitalisation psychiatrique et la reprise d'une vie normale.
- Une prise en charge thérapeutique intensive permettant d'éviter une hospitalisation.

Il veut exploiter au maximum l'avantage de ne pas retrancher le malade de son milieu de vie habituel, la condition essentielle étant que ce milieu ne soit pas trop pathogène et que le malade et son entourage ne soient pas intolérables l'un pour l'autre.

¹⁵³AE, CA, 4/5/77. Certains documents donne comme date d'ouverture le 1^{er} avril 1977 (par exemple : AE, CA, 28/2/77).

¹⁵⁴AE, CA, 2/12/74; CA, 6/12/76; CA, 31/1/77; CA, 28/2/77; AE, AG, 15/5/75 et AE, Farde 1974, Rapport moral de l'année 1974, 14/5/75.

Ce programme concerne tous les malades quels que soient le sexe et l'âge, à partir de l'adolescence, pour autant qu'il persiste un potentiel évolutif suffisant, et de manière limitée, selon le niveau de tolérance du groupe, aux alcooliques, aux drogués, aux psychopathes et aux psychotiques en phase aiguë. Il ne s'applique pas aux débiles mentaux.

Les activités du Centre de Jour

Les activités hebdomadaires du Centre de Jour sont multiples et variées :

- Des réunions communautaires réunissent chaque jour la totalité des patients et des membres de l'équipe thérapeutique présents. C'est le lieu de parole privilégié où sont repris aussi bien les faits relatifs au fonctionnement du Centre de Jour que la problématique personnelle des malades.
- Des activités extérieures sont organisées par des membres de l'équipe une après-midi par semaine.
- Des groupes de discussion de problèmes d'actualité sont animés par un des patients.
- Des activités sportives comme la natation, conjointement avec les patients du Foyer, le volley-ball, conjointement avec les patients du Foyer et du CRIT, et du ping-pong.
- De l'ergothérapie (activités libres, expression graphique, poterie, potager...).

Si l'intervention thérapeutique du CRIT se réalise par une sociothérapie centrée sur les relations de travail, au Centre de Jour, par contre, elle a une orientation essentiellement psychothérapeutique qui exige du patient un important travail introspectif. Le concept de réadaptation est pris au sens large du terme, c'est-à-dire la capacité du patient à faire face aux exigences de la réalité. En ce sens, le centre se veut une micro société qui se définit comme un laboratoire dans lequel chaque malade peut expérimenter et développer ses capacités à «relationner» à son propre rythme, tout en tenant compte des règles et des limites de l'institution et, de manière générale, de la société. Il s'agit donc essentiellement d'une réadaptation sociale et accessoirement d'une réadaptation professionnelle¹⁵⁵.

L'évolution du Centre de Jour

L'évolution du Centre de Jour peut se diviser en trois épisodes qui correspondent à peu près aux temps passés dans les trois maisons successivement occupées par la

¹⁵⁵AE, Farde 1977, Rapport concernant le fonctionnement du Centre de Jour après deux mois et demi d'ouverture, (1977) et AE, Farde 1983, Centre de Jour et réadaptation, sd.

structure. Pour rappel : il s'agit successivement du 60, rue de Veeweyde, des numéros 81 et 83 de la même rue et enfin, de l'immeuble sis rue Lieutenant Liedel, 34 pris en location. Selon l'un des thérapeutes, «il est à cet égard étonnant de remarquer que ce que nous ressentons comme une maturation s'accompagne sur le terrain d'un progressif éloignement du 60, rue de Veeweyde, notre «maison mère»».

Diverses activités sont restées constantes au programme initial. Dès le départ, les ambitions thérapeutiques sont placées dans un groupe verbal quotidien. Ce groupe est conçu comme le moment charnière de la journée où se définit, et se discute, l'engagement de chacun dans la communauté et dans son parcours thérapeutique. Le souci d'assurer un repas de midi à ceux qui fréquentent la maison et sa préparation en commun fut lui aussi constant. Cette préoccupation s'est finalement institutionnalisée par l'engagement d'une personne chargée de coordonner cette dernière activité. La nécessaire intégration du corps dans les activités se révèle au travers d'un groupe de natation qui n'a jamais subi d'interruption.

Dès les débuts du centre également, il est souhaité que les patients s'engagent dans une thérapie individuelle à l'extérieur de la structure. Le travail institutionnel se situe donc comme complémentaire à cette thérapie. Il tâche de mettre en place les conditions nécessaires à l'entrée du patient dans une psychothérapie, quitte à se contenter de soutenir temporairement un patient ou une famille dans l'attente qu'un jour un désir de changement apparaisse.

Au départ, les thérapeutes empruntaient des idées et certaines de leurs activités à d'autres sans pouvoir réellement les transposer. C'est le cas par exemple, pour l'attitude vis-à-vis des familles des patients. Dans un premier temps, les thérapeutes rencontraient les familles en groupes multifamiliaux, comme on le pratiquait au Foyer. Par la suite, sous l'influence de la formation à la thérapie familiale que l'équipe avait entreprise, ils rencontrèrent les familles isolément. Seulement, ils ne parvenaient pas bien à se concevoir comme représentants d'une institution de soins. Les thérapeutes avaient le secret espoir de s'identifier à des thérapeutes familiaux. Finalement, ils essayeront de mieux respecter les rôles de chacun. En effet, il semble qu'un séjour ne peut amener un changement positif que si la famille autorise et cautionne ce séjour. Il paraît donc important de mettre en avant la demande des thérapeutes face à la famille, de se définir dans une relation à eux et non pas d'attendre une hypothétique demande de leur part. Il ne s'agit donc plus de faire de la thérapie familiale, mais bien de considérer les parents comme des partenaires, des collaborateurs, voire des experts susceptibles d'apporter une aide précieuse aux thérapeutes de l'institution.

Un autre exemple de l'évolution du Centre de Jour est la place qu'occupe l'atelier de poterie dans ses préoccupations. Au début, l'équipe thérapeutique avait besoin de s'appuyer sur des activités communes avec d'autres structures.

C'est ainsi qu'une fois par semaine, tous se déplaçaient jusqu'à cet atelier. Par la suite, l'équipe thérapeutique n'accompagnait plus les patients mais recommandait avec insistance la fréquentation de cet atelier. Finalement, elle en est venue à mentionner simplement cette activité dans son horaire, laissant chacun libre d'y participer. Des évolutions semblables peuvent être notées pour un groupe de chant et un groupe de relaxation également communs à plusieurs structures.

Du point de vue théorique, les réflexions de thérapeutes, d'abord psychanalytiques se sont progressivement enrichies d'apports systémiques et bioénergétiques. Cette diversité de références a permis une meilleure synthèse de la pratique.

Parallèlement au mouvement de distanciation du Centre de Jour par rapport à ses référents de départ, la disposition des lieux au sein des trois maisons successives s'est profondément modifiée et traduit une évolution de la relation entre l'équipe thérapeutique et les patients. Dans l'immeuble du 60 rue de Veeweyde, l'équipe avait des bureaux mais ne les occupait quasiment jamais. Elle passait presque tout son temps avec les patients alors que la grille horaire comportait peu d'activités. Après le premier déménagement, le bureau de l'équipe thérapeutique est établi au deuxième étage, le plus loin possible du lieu de réunion habituel des malades. L'équipe, groupe homogène à l'excès, se différencie radicalement du groupe des patients. Après le second déménagement, les bureaux sont établis au premier étage, au centre de la maison. La distance maintenue avec les patients s'est aménagée de façon à éviter les excès antérieurs.

Les structures de l'Équipe ne sont donc pas figées. Elles évoluent au fil du temps selon les circonstances, les membres qui composent les équipes thérapeutiques et parfois même sous l'influence des malades les plus entreprenants¹⁵⁶.

Recrutement, fréquentation et incidence financière

Le recrutement du Centre de Jour restera essentiellement local contrairement à ce qu'espéraient les thérapeutes. C'est que plusieurs autres centres thérapeutiques de même type se sont créés dans l'agglomération bruxelloise et sont concurrents du Centre de l'Équipe.

D'autre part, la fréquentation reste inférieure aux estimations basées sur

¹⁵⁶AE, Farde 1988, Histoire du Centre de Jour, sd. Une telle analyse n'est possible que pour le Centre de Jour car les autres structures de l'Équipe n'ont pas laissé suffisamment de documents. Pour cette même raison, l'analyse ne couvre que les dix premières années d'existence du centre.

- les renseignements fournis par le Service Psycho-Social : 5 % des 500 patients suivis par le Service pourraient utilement bénéficier du Centre de Jour;
- l'enquête réalisée par Nadine Vermeulen, psychologue au Secteur auprès des généralistes locaux et des médecins de l'Institut Médico-Chirurgical d'Anderlecht ainsi que de la Clinique Ste-Anne. Cette enquête met en évidence leur souhait d'une mise en observation non hospitalière de certains malades mentaux aux fins de diagnostic et d'élaboration d'un programme thérapeutique. Finalement, il est décidé de limiter la capacité du Centre de Jour à une quinzaine de places. Les patients devant le fréquenter soit à plein temps soit à temps partiel, au rythme de deux à cinq jours par semaine¹⁵⁷.

À l'insuffisance des recettes liées au faible taux de fréquentation s'ajoute le fait que, aucune des conventions conclues avec le Service de Réadaptation de l'INAMI n'est indexée en vertu d'une décision vieille de dix ans du Comité de Gestion.

Lucette Decroly, présidente de l'Équipe, demande au docteur Willy Cloetens, président de la Fédération des Centres de Réadaptation Fonctionnelle¹⁵⁸, d'intervenir auprès du Comité de Gestion de l'INAMI pour qu'à l'avenir, le service de réadaptation de l'INAMI indexe le taux de ses interventions forfaitaires fixées par les conventions conclues avec les centres de réadaptation¹⁵⁹.

D'autre part, l'administrateur-délégué, Jacques Andry préconise une campagne de propagande pour augmenter de manière significative le nombre des patients et permettre ainsi d'équilibrer les budgets de la structure. L'équipe thérapeutique, pour sa part, refuse fermement cette mesure car elle se ferait au détriment de la qualité des soins prodigués aux malades. Une fois de plus, la logique de l'économiste se heurte à celle du thérapeute...¹⁶⁰

¹⁵⁷ AE, Farde 1977, Centre de jour de l'Équipe : asbl Etude fonctionnelle, 31/1/77.

¹⁵⁸ La Fédération des Centres de Réadaptation Fonctionnelle est constituée le 5 mai 1973 à Melsbroeck. Elle a pour objet de contribuer à définir et à garantir les principes de réadaptation; de grouper les centres de réadaptation, de promouvoir et de coordonner leurs activités; de représenter ses membres, de défendre et de promouvoir leurs intérêts auprès des instances officielles, des pouvoirs publics et des organismes privés, tant nationaux qu'internationaux; de stimuler par la recherche et la formation les moyens modernes de diagnostic et de thérapie en matière de réadaptation et finalement de promouvoir la législation en matière de réadaptation (AE, Farde 1973, Statuts, 5/5/73).

¹⁵⁹ AE, Farde 1973, Note pour le docteur W. Cloetens, président de la Fédération des Centres de Réadaptation Fonctionnelle, 28/5/73.

¹⁶⁰ AE, CA, 17/1/79; CA 25/4/79; et CA, 17/9.80.

À partir de 1978, la situation financière de l'association va s'améliorer notablement et l'équilibre financier sera rétabli. Cette année là, le prix de la journée d'entretien accordé par l'INAMI répond enfin aux besoins de l'Équipe. Jérôme De Jardin, Directeur-Général du FNAMI lui-même, tient à reconnaître que l'institution fait du bon travail et se réjouit que les instances de l'INAMI en soient conscientes. La revalorisation spectaculaire du prix de journée d'entretien est due à l'insistance montrée par l'Équipe en rappelant régulièrement à l'INAMI l'évolution tant des indices des prix que des objectifs de réadaptation et des activités déployées dans les différentes structures de l'association. C'est un tournant dans la vie de l'association. Dès lors, l'Équipe aura beaucoup plus de facilités pour réaliser ses projets et poursuivre son développement.

Le Centre de Jour est rebaptisé le «Ber» (1991)

Anticipons légèrement sur les événements : sa viabilité étant assurée, le 29 novembre 1991, on pourra fêter le 15^e anniversaire du Centre de Jour de l'Équipe. Afin de se différencier des autres structures de l'association, l'équipe thérapeutique a choisi de le nommer dorénavant : «le Ber». Le ber est «la charpente qui supporte un navire en construction et qui glisse avec lui pendant le lancement». Pour un bateau, le ber est un lieu temporaire, un lieu de passage et plus précisément un instrument qui permet le passage d'un milieu dans un autre. La destinée du navire est de le quitter pour s'élancer vers l'océan, il ne reste au ber que le temps strictement nécessaire à son lancement. Belle métaphore et lorsque l'on connaît les objectifs thérapeutiques de la structure, on peut aisément remplacer bateau par patient...

CHAPITRE 10

LES CRISES DE CROISSANCE À L'ÉQUIPE (1972-1979)

Les revendications du personnel au début des années septante (1972-1973)

Les années septante sont émaillées d'une série de tensions et de crises d'importance variable qui auront une influence notable sur la vie de l'association et particulièrement du Foyer. Ces événements peuvent être regroupés en trois moments significatifs :

- l'effervescence sociale des années 1972-1973;
- les bouleversements liés au choix du modèle thérapeutique en vigueur au Foyer en 1973;
- les troubles en rapport avec l'élaboration du règlement du travail durant les années 1976-1979.

Les salaires des membres de l'association sont bloqués depuis la fin des années soixante. En effet, à cette époque, l'Équipe n'a pas encore apuré toutes ses pertes et se prépare à ouvrir le CRIT. Cette mesure draconienne n'est pas suffisante et au début des années septante, le bilan déficitaire du Foyer est une nouvelle menace pour la survie de l'Équipe¹⁶¹. L'économie générale de la maison semble pâtir d'un certain laxisme du personnel entraînant du gaspillage. L'administrateur-délégué, partisan de mesures radicales, se prononce pour la suppression de l'hébergement et pour une réforme globale de la gestion de l'association. Il n'est suivi ni par le conseil d'administration ni par les thérapeutes. C'est dans ce climat tendu que va éclater la première grande crise de l'association.

¹⁶¹ Par exemple, en 1974, la charge du personnel a quasiment doublé depuis 1970.

La période de 1972-1973 est marquée, en Belgique par des revendications salariales entraînant des grèves dans de nombreux secteurs. L'économie pâtit d'une accentuation des tendances inflationnistes. Dans le secteur de la santé, l'Assurance Maladie, Invalidité connaît des difficultés budgétaires, les accords médico-mutualistes se négocient âprement et l'application de la nouvelle loi sur les hôpitaux ne va pas sans discussion.

Les relations entre le Personnel et le conseil d'administration

À partir de 1972, les revendications émises par le personnel du Foyer sont de plus en plus fréquentes. Jean-Marie Dupont, son directeur, les présente devant le conseil d'administration :

- le personnel désire être mieux informé sur les décisions prises par le conseil d'administration.
- tous les membres de la communauté doivent prendre part aux décisions les plus importantes.
- le personnel réclame le maintien des avantages sociaux.

Le conseil d'administration, tout en reconnaissant le bien fondé de la plupart des revendications, estime que la situation financière de l'association est suffisamment grave pour maintenir le blocage provisoire des salaires et éviter ainsi le dépôt de bilan. Cette dernière décision exacerbe les deux parties et de longs pourparlers s'engagent. Jean-Marie Dupont exprime néanmoins la volonté de collaboration du personnel du Foyer aux efforts entrepris par le conseil d'administration. Deux nouvelles réunions d'information organisées au Foyer permettent de rétablir une meilleure communication entre les parties, ce qui rassure le personnel du Foyer. Ce premier conflit se termine en mars 1973 quand le conseil d'administration accède partiellement aux revendications sociales et salariales du personnel¹⁶².

Un vent de syndicalisme !

Le Foyer sera, de manière récurrente, encore agité par quelques tensions sociales. Étienne Leclercq, le nouveau responsable de maison, présente de nouvelles revendications au conseil d'administration :

- réorganisation de l'horaire de nuit.
- fixation du prix des repas.
- paiement anticipatif du traitement, avant la seconde quinzaine du mois.
- autres avantages sociaux comme les vacances ou les primes au bilinguisme, bien que cette dernière revendication ne concerne pas du tout l'Équipe.

Le conseil d'administration refuse d'accéder à la plupart de ces demandes mais il consent à ce qu'une délégation composée de deux membres du Foyer soit habilitée à représenter cette structure devant le conseil d'administration. Cette délégation rencontrera la première semaine du mois, un mois sur deux, au moins

¹⁶² AE, CA, 7/2/72; CA, 27/3/72; CA, 23/10/74 et AG, 9/4/73.

deux des membres du conseil d'administration afin de régler les problèmes courants.

L'attitude contestataire du responsable de maison entretient un climat de tension au sein du Foyer lui-même ainsi qu'entre le personnel et les administrateurs. Lors du conseil d'administration du 26 octobre 1977 la situation va vers l'apaisement grâce à l'intervention du docteur Jean Vermeulen qui permet d'éviter des licenciements qui auraient été mal vécus¹⁶³.

Depuis, le Foyer n'a plus connu de crise de telle importance mais certaines des revendications de l'époque ainsi que quelques problèmes organisationnels nouveaux font l'objet d'une réflexion continue.

La crise institutionnelle au Foyer de l'Équipe (1973-1974)

À la fin de 1973 mais surtout en 1974, un modèle institutionnel particulier s'est instauré au Foyer. Il s'agit d'une approche plus psychothérapique aux dépens d'une sociothérapie structurante préparant les pensionnaires à affronter la réalité extérieure et à y trouver, après environ une année de séjour au Foyer, un milieu de vie et un travail. Survient le départ, pour des raisons de convenance personnelle, de deux anciens expérimentés, Jean-Marie Dufour appelé à d'autres fonctions au sein de l'Équipe et Francine Hulet qui devient directrice de la Fondation Julie Renson. Ceci a certainement affaibli la cohésion de l'équipe et accentué la division entre les tenants de deux modèles institutionnels différents.

Un modèle qui se veut novateur, celui d'une expérience communautaire où l'équipe soignante favorise, dans un maximum de disponibilité et de tolérance, l'expression la plus libre et la plus spontanée des émotions, les échanges, les plus authentiques et les plus gratifiants, entre tous les membres de la communauté. Ce premier modèle vise, à travers une expérience émotionnelle correctrice, à l'épanouissement affectif à l'abri d'un cadre de vie souvent fermé sur lui-même et protégé du monde extérieur.

D'autre part, un modèle plus traditionnel, celui d'une institution se référant à un ensemble de normes sécurisantes, à une équipe soignante dont chaque membre se définit clairement non seulement comme soignant face aux malades, mais aussi dans son identité particulière de psychiatre, de psychologue, d'éducateur, d'assistante sociale, d'infirmière ou d'ergothérapeute. Ce deuxième modèle, fondé lui aussi sur la relation thérapeutique, met l'accent sur les facteurs de réalité, les demandes d'une vie communautaire orientée vers les activités de

¹⁶³ AE, CA, 19/5/76; CA, 9/6/76; CA 28/10/77; CA, 19/10/77; AE, Farde 1976, Lettre d'E. Leclercq et de T. Paeme à L. Decroly en date du 24 août 1976; AE, Farde 1977, PV de la réunion des rencontres du 26/05/77 et du 9/6/77; Lettre de J. Vermeulen aux membres du conseil d'administration en date du 24/10/77.

groupe, mais aussi les exigences d'un monde extérieur dont chaque pensionnaire ne peut perdre de vue qu'il va s'y retrouver, aidé, accompagné, mais hors des murs de l'institution protectrice.

Le fossé se creuse, non pas tellement entre les deux modèles qui pourraient s'enrichir mutuellement, mais entre les membres divisés tant de l'équipe thérapeutique que de toute la communauté. Les réunions communautaires sont houleuses et le dialogue devient impossible. Ce différend étant vécu avec une émotion et une insécurité croissantes, le Médecin Directeur tranche, il opte pour le deuxième modèle et décide le départ de trois membres de l'équipe bientôt suivis par le psychologue et l'infirmière psychiatrique. Les choses rentrent alors progressivement dans l'ordre. Un ordre «jugé avec une amère dérision par ceux des soignants qui s'en vont avec la conviction qu'une décision arbitraire et peureuse de la droite réactionnaire dans la maison mettait fin à un espoir généreux de changement de société»¹⁶⁴.

Jean Vermeulen se souvient de cette crise et conclut : «Dans notre Foyer de postcure, nous avons aussi vécu en 1973 notre utopie révolutionnaire et soixante huitarde et nous avons fait plus que flirter avec l'antipsychiatrie dans un climat de grande agitation, d'anxiété et de passage à l'acte. Ce fut une crise mémorable, mais curieusement oubliée et non transmise. Elle fut suivie, comme il se doit, par un retour brutal du balancier vers des conceptions et une pratique expérimentées et perfectionnées auparavant, notamment dans une ouverture, une perméabilité au monde extérieur qui s'était perdue dans notre navigation solitaire»¹⁶⁵.

Pendant cette période troublée, le conseil d'administration, dont aucun des membres de l'équipe thérapeutique du Foyer ne faisait partie, a maintenu, quels qu'aient été sa perplexité, ses doutes et son inquiétude, une politique de non-intervention dans l'orientation thérapeutique et n'a jamais fait pression pour modifier le cours des événements.

¹⁶⁴ AE, Farde Varia, Jean Vermeulen, Communauté thérapeutique et société ou douze ans de vie au Foyer de l'Équipe, sd.

¹⁶⁵ AE, Rapport d'Activité du Foyer, 1974 et J. Vermeulen, «Né à Geel...», in *Histoire et institution. Bruxelles, les 20 et 21 octobre 1995. Rencontre préparatoires au congrès organisé à Bordeaux par l'Union Internationale d'Aide à la Santé Mentale en juin 1996*, slnd, p. 5.

La vision des malades

Les pensionnaires du Foyer ne sont pas insensibles à toutes ces perturbations et ces crises institutionnelles n'ont pas été sans influencer l'évolution des malades les plus fragiles. Dès 1971, des voix se font entendre :

«En avril, plusieurs pensionnaires se réunissaient régulièrement en groupuscule, au cours de réunions au *Team-Square*¹⁶⁶. Ce groupe, formé d'anciens et de nouveaux, remarqua les différences de comportement du personnel et le changement d'atmosphère au Foyer au fil des mois. Il y a surtout été déploré l'absence de réelle vie communautaire et le manque de cohésion de l'équipe thérapeutique. Elle est vue par le groupe comme une juxtaposition d'individus isolés, presque autant pour le nouvel arrivant que pour l'ancien. Au sein de ce groupe, divers projets ont été lancés (basket, gym, cross, etc.), restés sans suite par manque de soutien du personnel. Celui-ci ne soutient aucune initiative de groupe, et refuse de prendre les pensionnaires au mot»¹⁶⁷.

Le malaise perdure et pousse parfois les patients à des conduites extrêmes. Rappelons l'anecdote suivante :

Un patient «voulait démystifier à ses yeux le staff du vendredi, (...) comprendre et savoir pourquoi le personnel de l'Équipe prenait et prend cette distance vis-à-vis des pensionnaires. Comme s'il fallait croire à une supériorité absolue, inaccessible à la compréhension vis-à-vis de ces malades mentaux, les pensionnaires». À cette fin, le soir du 4 octobre 1973, ce patient fait placer un petit micro-émetteur dans la salle de réunion habituelle... L'émetteur sera découvert et le malade, après une entrevue avec sa thérapeute et son répondant, fera un *mea culpa* public¹⁶⁸.

L'élaboration d'un règlement d'ordre intérieur (1976-1979)

Dès 1974, Lucette Decroly estime indispensable la rédaction d'un règlement d'ordre intérieur destiné à clarifier et à simplifier les relations, parfois tendues, entre le conseil d'administration et le personnel de l'association. Inspiré du règlement d'ordre intérieur du Centre de Réadaptation géré par le secteur social de la société «La Prévoyance Sociale» à Momignies, ce document doit préciser, entre autres, la durée des prestations et le régime des congés.

Fin 1976, un premier règlement voit le jour mais il n'est pas accepté par les membres du personnel car si le projet a bien été discuté en réunion, on n'a pas

¹⁶⁶ Il s'agit d'un café situé place de la Vaillance à Anderlecht.

¹⁶⁷ AE, Farde Journaux de l'Équipe, Gnan-gnan du 8 juillet 1971.

¹⁶⁸ AE, Farde Journaux de l'Équipe, *La plume de l'Équipe*, 6, 19 décembre 1973.

retenu les modifications qu'ils ont proposées. Après de vaines tentatives de rapprochement, le dialogue est définitivement rompu. Le texte est alors envoyé au Ministère de l'Emploi qui décide de convoquer les deux parties. Le 15 décembre 1977, une réunion de conciliation est organisée mais c'est un nouvel échec.

La situation est bloquée et elle le restera pendant de nombreux mois. Finalement, le 12 janvier 1978, de guerre lasse, le conseil d'administration se référant à la réglementation ministérielle en cette matière vote l'application de son règlement d'ordre intérieur même s'il n'est pas formellement reconnu par le personnel du Foyer. Cependant, nous n'assisterons plus à une opposition active de sa part sauf à la fin de l'année 1979, lorsque le conseil d'administration vote quelques modifications au règlement¹⁶⁹.

L'organigramme et le fonctionnement de l'Équipe

Non seulement un organigramme doit être annexé au Règlement de travail mais les tiraillements internes et la création de nouvelles structures amènent le conseil d'administration à réfléchir sur le rôle et les tâches de chacun ainsi que sur les réformes à apporter pour un meilleur fonctionnement de l'association. Sont brièvement décrits les organes de l'association l'Équipe : assemblée générale et conseil d'administration statutaires¹⁷⁰.

En ce qui concerne le conseil d'administration il est précisé que tout en assumant les responsabilités qui sont les siennes, il doit assurer aux équipes thérapeutiques la sérénité indispensable à leur travail et donc leur être distinct. Aucun membre de ces équipes ne peut donc se retrouver dans le conseil d'administration. Le docteur Jean Vermeylen, en tant que Directeur Médical, assure la liaison entre le conseil d'administration et le personnel soignant.

On précise ensuite la composition et le rôle du Bureau du conseil d'administration.

Il est composé du Président, de l'Administrateur Délégué et du secrétaire du conseil d'administration. Le Directeur Médical et la Directrice Administrative

¹⁶⁹ AE, CA, 10/4/74; CA, 12/6/74; CA 27/9/76; CA, 14/9/77; AE, Farde 1976, Copie du Règlement de travail, sd; AE, Farde 1978; Lettre de C. Jadot, inspecteur adjoint à l'inspection des lois sociales, à l'Équipe en date du 15/2/78; Règlement de travail - n° 110962 AB; AE, Farde 1980, Lettre de A. Batugowski, L. Borriello, E. Fourny, G. Laloire, C. Mullebrouck, T. Paeme et A. Zenoni à J. Andry, Dekers, J. Vermeylen et E. Vindevogel, sans date et Lettre de L. Decroly à A. Batugowski, L. Borriello, E. Fourny, G. Laloire, C. Mullebrouck, T. Paeme et A. Zenoni en date du 29/11/79.

¹⁷⁰ Statuts de l'Équipe, annexes au Moniteur Belge du 14 mars 1963, n°1210, art. 11 et 13. AE, Farde 1984, Organigramme fonctionnel, sd.

sont invités aux réunions en tant que conseillers. Le Bureau se réunit toutes les deux semaines et passe en revue les affaires courantes ainsi que les problèmes relatifs à la gestion, au personnel, aux relations administratives avec les autorités ministérielles, à l'instruction des dossiers concernant les projets en cours ou à l'étude, etc¹⁷¹.

Les fonctions

La description détaillée des fonctions a pour objectif de déterminer clairement les tâches et responsabilités de chacun dans le domaine thérapeutique mais également dans la question délicate des relations avec l'administration centrale.

Le Directeur Médical

Son rôle est primordial en matière thérapeutique, éthique et administrative.

Conseiller du conseil d'administration en toute matière concernant le fonctionnement thérapeutique et le personnel des équipes, il assiste aux séances du Conseil en toute autonomie; il peut s'opposer aux propositions des administrateurs qui lui paraîtraient inconciliables avec les objectifs thérapeutiques.

Superviseur de chacune des structures, il rencontre régulièrement leur médecin-directeur et les équipes thérapeutiques, se préoccupe du développement du modèle thérapeutique et est l'intermédiaire entre eux et le conseil d'administration, soit pour discuter et préparer les propositions qui doivent être soumises à ce dernier, soit pour transmettre les décisions du conseil d'administration, ceci en collaboration avec la directrice administrative. Animateur d'une politique de complémentarité entre les structures dans le respect de la spécificité¹⁷² de chacune d'elles, il est responsable des relations qu'elles ont entre elles et avec le Secteur de même que de la politique des relations avec l'extérieur.

En juillet 1979, le docteur Jean Vermeylen a abandonné la fonction de Médecin-Directeur du Foyer pour se consacrer entièrement à celle de Directeur Médical de l'Équipe¹⁷³.

¹⁷¹ Statuts de l'Équipe, annexes au Moniteur Belge du 14 mars 1963, n° 1210, art. 18-22; AE, AG, 24/5/77 et AE, Farde 1977, Le fonctionnement de l'Équipe, sd.

¹⁷² AE, Farde 1978, Fonctions du médecin-directeur de l'asbl l'Équipe.

¹⁷³ AE, Farde 1979, J. Vermeylen, Notes sur le nouveau fonctionnement des relations interinstitutionnelles mis en place en 1978, sd.

Le Médecin Directeur

Au sein de chaque structure, la fonction de Médecin Directeur est directement inspirée de celle de Médecin Responsable du Foyer assurée par Daniel Lengelé. Après son départ, en août 1967, Jean Vermeyleen sera le premier médecin à assurer le rôle de Médecin Directeur.

Dans chaque équipe thérapeutique, le Médecin-Directeur est l'interlocuteur privilégié du Directeur Médical de l'Équipe qu'il rencontre régulièrement. Le Médecin-Directeur exerce les responsabilités thérapeutiques et est garant auprès du Directeur Médical et du conseil d'administration du bon fonctionnement de l'équipe thérapeutique et de l'ensemble de la structure.

Le Responsable de Maison

Jusqu'en 1973, la direction du personnel du Foyer est assurée par un psychologue Jean-Marie Dupont. Ensuite, on décide de confier à un nouveau personnage, le Responsable de Maison, les rôles et les fonctions d'autorité communautaire assurés jusqu'ici par le psychologue. Le Responsable de Maison est co-responsable avec tous les membres de l'équipe thérapeutique tant vis-à-vis des patients que de l'administration du bon fonctionnement de la structure. Il fait le lien entre l'équipe et l'administration. Son rôle est essentiellement de coordination, d'organisation, de centralisation et de transmission des informations. Il favorise la formulation des normes de vie et veille à leur respect. Il coordonne et organise les activités des sociothérapeutes et, à un niveau moins spécifique, il participe à la vie sociothérapique de la structure.

Son rôle précis est variable et dépend de la structure où il évolue. Il n'y a ni modèle unique ni définition claire de la fonction. C'est pourquoi le même personnage est dénommé indifféremment Responsable de Maison, Éducateur Responsable ou Coordinateur Responsable¹⁷⁴.

La Directrice Administrative

La Directrice Administrative exerce ses activités dans toutes les structures thérapeutiques de l'Équipe. Ses tâches sont variées :

¹⁷⁴ AE, Varia, Analyse du poste de responsable de maison, juin 1973; AE, Varia, Le responsable de maison, Etienne Leclercq, sd; Centre de Jour : Rôle et fonction du responsable de maison, sd. Ces documents datent probablement de l'année 1973 car il existe une «Analyse du poste de responsable de maison» rédigée en juin de cette année; Educateur responsable de maison, sd. Rôle du responsable de maison dans une institution type C.O.D.E., sd et Définition du rôle du coordinateur-responsable au CRIT, 1989.

- Elle est responsable de la préparation, du traitement et de la bonne fin des dossiers administratifs, recherche toutes les formes de subsidiations pour l'ensemble des activités de l'Équipe.
- Elle surveille l'évolution des recettes et des dépenses avec l'Administrateur Délégué et le Comptable et en informe le conseil d'administration.
- Elle établit les dossiers concernant le personnel.
- Elle assure la liaison avec le Bureau, le Directeur Médical et le Comptable et prépare les documents d'étude pour l'ordre du jour des séances du conseil d'administration.

La Directrice Administrative est une des chevilles ouvrières de l'association¹⁷⁵.

¹⁷⁵AE, Farde 1978, La directrice administrative de l'A.S.B.L. et AE, Varia, Lettre de J. Andry et L. Decroly à E. Vindevogel en date du 17 mai 1971.

CHAPITRE 11

DE L'ANCIEN AU NOUVEAU FOYER, L'HÔPITAL DE NUIT (1978-1981)

Dans un chapitre précédent, nous avons vu l'impact qu'avaient eu sur les projets de l'association l'Équipe les arrêtés royaux de 1974, 1975, 1976. Base d'une nouvelle politique psychiatrique, ils voulaient d'une part, favoriser un traitement plus actif des malades mentaux et, d'autre part, intégrer l'extrahospitalier dans un réseau en liaison avec l'hospitalier.

Dès lors, deux objectifs allaient être poursuivis par l'Équipe : la création, en 1974, du Centre de Jour (Ber) et le reconditionnement du Foyer selon les normes hospitalières de l'index T. La réalisation de ce deuxième objectif allait demander quelques années de négociations administratives alors que, cependant, l'urgence d'une solution s'imposait d'autant plus qu'on avait frisé le drame dans les locaux occupés par le Foyer au 60, rue de Veeweyde.

L'incendie des locaux du Foyer de l'Équipe (13 avril 1978)

Un brusque incendie se déclare le matin du jeudi 13 avril 1978 au Foyer de l'Équipe. Il pourrait avoir été provoqué volontairement par un malade qui aurait mis le feu à sa chambre. En outre, deux autres foyers ont été découverts au rez-de-chaussée. À l'arrivée des pompiers, la plupart des malades avaient déjà réussi à quitter le bâtiment mais cinq d'entre eux se trouvaient toujours à l'intérieur. Ils seront finalement tous dégagés par les secours et transportés à l'hôpital d'Anderlecht. Une chambre, un bureau et un couloir sont détruits par le sinistre. Le montant des dégâts, causés par le feu, l'eau et la fumée, est estimé à près d'un million de francs. Le pire a cependant été évité puisque tous les patients sont sains et saufs. Le bilan aurait pu être beaucoup plus lourd¹⁷⁶.

L'association l'Équipe, naturellement prise au dépourvu, doit rapidement faire face à la situation. Comme les conditions d'hébergement au Foyer seront difficiles voire impossibles pendant quelque temps, on encourage la plupart des malades à regagner le domicile familial. Pour les autres, un hébergement temporaire est improvisé dans les locaux du CRIT. Des mouvements de solidarité voient le jour et les propositions d'aide affluent. Grâce à l'intervention

¹⁷⁶ Par exemple, le 28 octobre 1980, l'Hôpital Tivoli de La Louvière est lui aussi la proie d'un violent incendie, sans doute dû à l'imprudence d'un fumeur, et les dégâts sont considérables. Quatre malades meurent asphyxiés et les pertes matérielles sont estimées à plus de cinq millions francs.

du conseil d'administration et à la bienveillance du propriétaire de la maison située au 34 de la rue Lieutenant Liedel, dont la location est prévue pour accueillir le Centre de Jour, celle-ci est avancée de quelques semaines. Cela permet de garder, pour plus d'un mois, une vingtaine de pensionnaires présents, tout en reprenant rapidement les activités de jour dans les locaux restés intacts du Foyer.

Les travaux de restauration se déroulent en un temps record et il faut louer ici la compréhension de la société propriétaire «La Prévoyance Sociale» qui a le souci de leur exécution rapide. Pourtant, dans le courant du mois d'août 1978, soit quatre mois après le sinistre, la situation matérielle n'est pas encore complètement rétablie et l'Équipe souffre encore des conséquences de l'incendie.

Tout cela a une influence défavorable sur le taux de fréquentation et sur le recrutement de nouveaux patients. En plus des conditions difficiles pour tous durant les réparations, le nombre des pensionnaires a dû être maintenu à un maximum de vingt car pendant plus de deux mois, toutes les candidatures ont dû être refusées. Ce petit nombre de patients réduit la rentabilité du Foyer à un moment où l'association a justement le plus besoin d'argent. Enfin, selon le docteur Jean Vermeylen, les conditions d'accueil compromises par l'incendie des locaux peuvent expliquer la pauvreté du recrutement ainsi que la «mauvaise qualité» des candidats qui se présentent, ceux-ci étant atteints de pathologies plus lourdes.

L'Équipe est bien décidée à tirer les leçons de cet épisode et prend plusieurs mesures prophylactiques. Lors de la construction de l'hôpital de nuit, les problèmes de sécurité seront traités avec beaucoup d'attention. En 1979, le conseil d'administration demande à un membre du personnel soignant de suivre un stage de formation pour la prévention contre l'incendie tandis que les gardes de nuit sont libres d'y participer selon leur propre désir¹⁷⁷.

La longue patience des négociations administratives

Le reconditionnement du Foyer exige que l'on dispose de nouveaux locaux. Or, à la fin de l'année 1973, les propriétaires de 5 maisons ouvrières situées aux 79-87 de la rue de Veeweyde prennent contact avec la Présidente de l'Équipe Lucette Decroly pour proposer à l'association l'achat de leur bien car ils souhaitent sortir d'indivision. La négociation est rapidement menée à bien et l'acte d'achat est signé le 20 avril 1974. Une fois transformées, ces maisons accueilleront le nouveau Foyer.

¹⁷⁷ «Incendie dans un home à Anderlecht», in *La Libre Belgique*, 14/4/78; AE, CA, 5/7/78; CA, 23/8/78; CA, 28/2/79; AE, Farde 1979, J. Vermeylen, Notes sur le nouveau fonctionnement des relations interinstitutionnelles mis en place en 1978, sd et AE, Farde 1980, L. Harvengt, Hopital Tivoli-La Louvière, 4/12/1980.

C'est au mois de mars 1974 qu'est adressée au Ministre de la Santé Publique la première demande de subside à la construction pour un centre de réadaptation indice «Q». Pendant que la demande officielle de subsides chemine, le conseil d'administration élabore un avant-projet et sélectionne un architecte pour mener les travaux à bien. Le choix se porte sur Jacques Libert.

Lorsque paraît, le 15 février 1974, l'arrêté royal fixant les nouveaux critères d'hospitalisation de nuit «indice T» tout est à refaire ! L'Équipe n'a alors que quelques mois pour assimiler la réglementation, refondre son projet et refaire les plans de construction en fonction des nouvelles normes.

Bien que les maisons récemment acquises soient anciennes, elles sont de construction solide. Elles pourraient former l'avant-corps d'un bâtiment en 5 modules qui se prolongerait par une construction nouvelle édifée sur le terrain arrière. Cette proposition reçoit l'agrément du conseil d'administration et l'architecte Libert établit les nouveaux plans pour présenter le dossier au ministère. Surviennent alors plusieurs crises gouvernementales et surtout la régionalisation de l'administration de la Santé Publique qui, en remplaçant tous les interlocuteurs habituels par d'autres fonctionnaires totalement étrangers au dossier, ralentissent l'examen du dossier, et ce malgré les démarches entreprises conjointement par l'administrateur-délégué Jacques Andry et l'architecte Jacques Libert dont l'énergie est aussi mobilisée par les transformations et aménagements exigés par l'extension du CRIT.

Finalement, en octobre 1976, le projet de l'Équipe est examiné par la Commission Régionale de Programmation Hospitalière. Cette dernière émet un avis favorable sur le dossier qui lui est soumis. La Commune d'Anderlecht accorde l'autorisation de bâtir l'Hôpital de Nuit qui sera agréé selon les normes «T» de l'arrêté royal du 15 février 1974.

En juin 1978, le chantier s'ouvre enfin et l'on espère pouvoir terminer le gros oeuvre pour la fin de l'année. Malheureusement, son exécution est retardée par les fortes intempéries de l'hiver et les travaux doivent être interrompus pendant près de trois mois.

À ce retard, il faut encore ajouter le délai imposé par les services ministériels. Les contrats sont prêts et le dossier technique est rentré en février 1979 au Ministère de la Santé Publique, mais les difficultés gouvernementales font que l'accord définitif signé par le Ministre des Affaires bruxelloises n'est pas encore parvenu au Ministère de la Santé Publique. L'Équipe est alors obligée de demander un délai supplémentaire aux adjudicataires.

Le 25 novembre 1981, après moult péripéties, l'Hôpital de Nuit est enfin inauguré. Il aura donc fallu huit années de patience et de persévérance pour achever ce «Nouveau Foyer»¹⁷⁸.

Influence de l'environnement sur la vie communautaire

Le déménagement de la plus ancienne structure de l'Équipe, l'aménagement dans un nouveau lieu et l'occupation d'espaces différents sont des facteurs importants qui ont une grande influence sur le comportement tant des malades que de l'équipe thérapeutique.

Les différences entre l'environnement en communauté dans une maison ancienne et la vie au sein d'un petit hôpital sont nombreuses. Depuis le déménagement, on constate de moins en moins de départs en week-end et, dès lors, le problème des distractions se pose avec acuité. Il est en partie résolu par la présence d'un stagiaire chargé de s'occuper des pensionnaires pendant quatre heures chaque dimanche.

Le déménagement a influencé profondément le style de la vie communautaire. Les replis et les attitudes individualistes se sont développés. Malgré tout, les choses semblent favorables et le taux d'occupation est remarquablement élevé. Le nouveau style se cherchera encore pendant plusieurs mois. Sur le plan de la vie communautaire, de nouvelles voies sont encore à explorer, sans doute vers les notions de self-help et d'entraide. Peut-être aussi par une plus grande perméabilité de l'extérieur vers le dedans. L'ouverture de la nouvelle section d'ergothérapie pourrait être l'occasion d'un changement de style¹⁷⁹.

¹⁷⁸ AE, CA, 25/10/76; CA, 5/7/78; CA, 13/4/79 et AE, R.M., AG, 30/5/79 et AE, Farde 1981, Discours de J. Andry à l'occasion de l'Inauguration du Foyer, 25/11/81.

¹⁷⁹ AE, CA, 1/12/82; AG, 11/5/83 et AE, Farde 1983, Texte destiné au conseil d'administration. Objectifs de réadaptation psycho-sociale-Foyer, sd.

CHAPITRE 12

LE CENTRE OCCUPATIONNEL DE L'ÉQUIPE : CODE (1978-1982)

Projet du Club de l'Équipe, Centre de loisirs à Anderlecht

Au début de l'année 1979, la création d'une nouvelle structure thérapeutique est souhaitée par les docteurs Jean Vermeylen et Michel Aflalo. À l'origine, elle est vue comme une annexe du CRIT. Elle doit prendre en charge les patients qui ont essayé une réadaptation pendant une période assez longue mais dont la thérapie n'a pas abouti. Ils ne peuvent être simplement exclus du CRIT sans garder aucun soutien occupationnel ni suivi médical. Cette nouvelle structure aurait un double objectif : rencontrer les besoins de cette catégorie de patients et permettre au CRIT d'évoluer en le libérant quelque peu. Ce projet répondrait aussi aux souhaits du Secteur d'Anderlecht.

Comme la future structure s'apparente fort à un club de loisirs, la première dénomination proposée pour le nouveau centre est «le Club de l'Équipe». Plusieurs autres propositions étant écartées, à la fin de l'année 1979, la nouvelle structure est officiellement appelée «Centre Occupationnel De l'Équipe» ou «CODE». Plus tard, ces initiales seront traduites par «Centre Original De l'Expression»¹⁸⁰.

Le CODE est inauguré le premier janvier 1980, mais c'est seulement le 1er mars 1980 que les premiers patients y seront accueillis.¹⁸¹

L'immeuble du 85 de la rue Lieutenant Liedel (1979)

Pour créer le Code, il a fallu acquérir un nouvel immeuble car tous les bâtiments que possède l'Équipe sont déjà occupés. Les recherches ont pu aboutir rapidement. Le choix se porte sur une maison située 85, rue Lieutenant Liedel proche de la rue de Veeweyde, ce qui permet de conserver une certaine homogénéité entre les structures. L'endroit est bien desservi en moyens de

¹⁸⁰ AE, CA, 30/5/79; CA, 29/8/79; CA, 10/10/79; AG, 28/5/79; AE, Farde 1979, Quelques idées à propos d'un centre pour cas chronifiés, 6/3/79 et AE, Farde 1979, Projet du «Cercle de l'Équipe» Centre occupationnel à Anderlecht, sd. C'est Jacques Andry qui préférerait l'appellation «Cercle» plutôt que «Club» (AE, CA, 28/6/79).

¹⁸¹ AE, CA, 29/8/79 et AE, Farde 1981, Lettre de M. Aflalo en date du 12/6/1981.

communication; récemment rénovée, la maison pourra être occupée sans retard. L'acte d'achat est signé le 19 septembre 1979¹⁸².

Les objectifs thérapeutiques du CODE

Au cours des premières années de fonctionnement des structures de l'Équipe, celles-ci s'adressaient, par définition, à une population de patients dont l'état devait évoluer favorablement dans un laps de temps relativement court et estimé à quelques années seulement. La réalité du traitement de patients gravement psychotiques avait alors montré la nécessité, pour ceux dont la progression ne pouvait pas s'inscrire dans ce cadre, d'une structure portante, prête à leur apporter soutien et activité dans un milieu de vie extérieur à l'hôpital psychiatrique et pouvant leur éviter la régression dans l'inactivité à domicile. Le maintien d'une vie sociale structurée permettrait même à certains patients de passer, à un moment plus favorable, dans une structure plus évolutive.

Le CODE est un centre occupationnel, c'est-à-dire une structure offrant une occupation dans un cadre sécurisant. Les activités qui y sont proposées sont des médiateurs du soutien psychologique offert au patient. Les deux dimensions essentielles sont le soutien psychologique et le maintien en activité. Elles s'intègrent dans l'organisation d'une vie sociale structurée.

Ce centre s'adresse aux patients présentant une névrose grave ou une psychose évolutive. Excluant dans ses buts la psychothérapie intensive, appliquée au Centre de Jour, la réadaptation au travail, appliquée au CRIT, la socio-psychothérapie en dehors du milieu de vie habituel, appliquée au Foyer, le CODE s'adresse d'emblée à une population dont les capacités d'adaptation à la vie active sont faibles et les possibilités d'évolution limitées.

Il s'agit donc de patients habituellement considérés comme chroniques, exclus pour une raison ou une autre des circuits de traitement intensifs et auxquels le centre est prêt à apporter soutien et occupation pendant une période qui n'est plus limitée dans le temps. De la même manière, et contrairement aux autres structures, le centre est ouvert à tous les patients sans qu'il soit tenu compte d'aucune limite d'âge. Lors de son ouverture, la capacité du centre est de trente patients.

Diverses activités y sont proposées :

- Des groupes orientés vers l'expression scénique et musicale utilisant de manière intensive les techniques du théâtre, du cinéma super 8, de la télévision en circuit fermé vidéo ou de la musicothérapie.

¹⁸² AE, CA, 28/6/79 et CA, 29/8/79.

- Une activité sportive très développée, conjointement avec les autres structures de l'Équipe.
- Une activité socio-culturelle orientée vers l'extérieur (expositions, cinémas, conférences, visites de musées, etc.)
- La participation à la préparation des repas et l'apprentissage de notions pratiques de gestion du budget.
- Le groupe de discussion journalier¹⁸³.

Évolution de la philosophie thérapeutique du CODE

Alors que l'accès au travail est devenu une gageure pour un si grand nombre de «normaux», le CODE a dû renoncer à l'illusion du début qu'il pourrait guérir ses patients et les ramener tous dans un circuit de travail normal. Néanmoins, les thérapeutes ont, encore et toujours, gardé la conviction qu'une majorité de malades psychotiques qui sont passés par un processus de réadaptation peuvent recouvrer et maintenir une qualité de vie leur permettant d'accéder au statut d'«habitants de la cité» participant à la vie sociale dans la communauté.

Le CODE en a fait son principal objectif. Il a dépassé rapidement la dimension occupationnelle traditionnelle pour donner aux patients les moyens et la motivation d'accéder à une véritable expression créatrice et ainsi de redevenir des sujets actifs dans leur propre vie. La vie institutionnelle du CODE s'organise autour de groupes qui se constituent librement et qui utilisent les techniques du théâtre, de la vidéo, de la peinture, de l'expression musicale, de la sculpture, du collage, etc. Des activités sportives sont aussi développées dans le cadre de la Fédération Spéciale Belge Omnisports. Bien que la présence au CODE et la participation aux activités soient libres, les taux de fréquentation et de participation sont élevés. Les patients les plus régressés parfois prouvent, jour après jour, qu'ils ont préservé une force expressive et créative puissante et jusque-là insoupçonnée.

Ils créent des événements qui les amènent à se produire ou à montrer leurs oeuvres en public dans la ville ou encore à participer à des championnats sportifs où certains collectionnent les trophées. Ils sortent de leur ghetto institutionnel où ils communiquaient, mais en circuit fermé, pour affronter, avec l'appui du groupe, le monde extérieur et y trouver une place et un rôle, ce à quoi ils avaient précédemment renoncé. Le temps retrouve un sens puisque des projets sont élaborés et qu'il faut les réaliser dans les délais avec le stimulant du défi. Échappant au repli sur soi et à la solitude, les patients retrouvent là des moyens renouvelés de communication, d'échanges, le sentiment d'exister et une source de

¹⁸³ AE, Farde 1979, Le C.O.D.E. Centre Occupationnel de l'Équipe, 20/11/79.

valorisation personnelle qui les fait renaître et leur donne des raisons de vivre. Ce travail redonne à des malades menacés de chronification par leur pathologie et par le séjour trop prolongé dans certaines institutions psychiatriques, une qualité de vie et une dignité humaine menacées ou perdues¹⁸⁴.

Le festival «Art et Thérapie» (1986)

Le CODE est une structure dynamique dont l'équipe thérapeutique et le médecin directeur sont à l'initiative de nombreux projets culturels et artistiques : par exemple, en 1986, le festival «Art et Thérapie», avec comme thème : «Sur les chemins de l'émotion». L'idée directrice de l'événement est de rapprocher tous ceux qui font un travail similaire à celui du centre.

Ce festival se déroule sur trois jours, du 21 au 23 février 1986 à l'Institut Médico-Pédagogique Decroly. Une série d'ateliers y sont organisés sous la forme de tables rondes sur la musique, la sculpture, la vidéo, le théâtre, etc. La salle d'exposition est occupée par les réalisations des patients du CODE et du CRIT ainsi que du Club Antonin Artaud, Unité 21, Wops, Silex, etc. Le soir, le théâtre du CODE donne un spectacle. Le nombre de participants est limité à 250 et parmi les célébrités on remarque la présence de personnalités comme Serge Creuz, Roger Somville ou Francis Couvreur.

Le festival «Art et Thérapie» est un succès et le bilan en est très positif. Il a permis d'établir des liens avec beaucoup de personnes concernées par la recherche dans le domaine de l'art et de la thérapie. Du point de vue des échanges scientifiques, il s'est révélé important et avec des retombées intéressantes.

Les «jeudis du CODE» (1984) et les «mercredis du CODE» (1989)

En 1984, le docteur Michel Aflalo instaure les «jeudi du CODE» dont l'organisation témoigne d'une volonté d'ouverture vers l'extérieur. Plus tard, en 1989, sur un modèle semblable, le centre organise des journées-ateliers appelées «mercredis du CODE». Ces journées-ateliers, moments d'expression, d'échanges et de réflexion entre professionnels ont lieu de 9 à 22 heures au 60 de la rue de Veeweyde. Elles sont chaque fois centrées sur un médiateur de l'expression et organisées autour d'un invité. À titre d'exemple citons la venue de Philippe Geissler¹⁸⁵ et la «peinture d'ombres grandeur nature», Jean Broustra¹⁸⁶ sur le

¹⁸⁴ AE, Farde 1995, J. Vermeulen, Défense et illustration du C.O.D.E., 3/2/95.

¹⁸⁵ Médecin à Alençon (France), auteur de la thèse «A la recherche des ombres perdues. Le «pictodrame» et les pratiques dérivées : les approches «art-thérapeutiques» à partir de silhouettes humaines», Université de Paris-Nord, Faculté de médecine de Bobigny, février 1989.

thème «collage, images, sons» et Gérard Bleandonu¹⁸⁷ avec «images vidéo et thérapie»¹⁸⁸.

¹⁸⁶ Psychiatre à Bordeaux, psychanaliste, chef de service au Centre hospitalier général de Libourne (France).

¹⁸⁷ Psychiatre des hôpitaux à Lyon (France). Il a publié entre autres «La vidéo en Thérapie», le choc de l'image de soi dans les soins psychologiques, éd. ESF, 1986.

¹⁸⁸ AE, AG, 10/5/84 et AE, Farde 1989, Le C.O.D.E. de l'Équipe, sd.

CHAPITRE 13

ÉVALUER POUR AMÉLIORER

S'interroger sur l'adéquation d'une activité médicosociale aux besoins du groupe auquel elle s'adresse et en évaluer les résultats n'est pas tâche aisée.

D'une part, le choix des critères est toujours délicat, d'autre part, une telle recherche impose le respect de la sensibilité des personnes qui sont l'objet des investigations et souhaitent souvent se fondre dans un anonymat qui leur assure l'oubli des difficultés qu'elles ont connues. À cela s'ajoutent des obstacles administratifs liés, entre autres, à la mobilité de la population, bien connue des démographes.

Dans ce chapitre sont réunies, dans l'ordre chronologique où elles se sont développées, deux approches d'une évaluation visant à améliorer la qualité des programmes thérapeutiques extrahospitaliers proposés par les différentes structures de l'Équipe.

La première est un essai d'évaluation des résultats à court et moyen terme du traitement. La seconde visait à améliorer la qualité du recrutement en affinant l'analyse du bilan psychologique, social et professionnel du candidat à l'admission.

I. Le projet d'«évaluation du résultat du traitement des patients»

Début de la recherche : 1979-1980

À la fin des années septante, il n'existe pas d'étude sur l'état des patients ayant séjourné dans une structure extra-hospitalière. Pour pallier cette lacune, il est décidé de réaliser une sorte de «suivi sociologique» des anciens patients de l'Équipe en interrogeant une cinquantaine des cent dix-neuf malades qui ont quitté l'Équipe entre 1977 et 1978 (quarante-cinq patients du Foyer, dix-neuf du Centre de Jour et quarante-cinq du C.R.I.T).

L'étude est coordonnée par le Directeur médical Jean Vermeylen, les trois Médecins-directeurs, Philippe Corten, Michel Aflalo et Jacques Michiels secondés par la Directrice administrative Éliane Vindevogel. Le conseil d'administration donne son accord pour l'engagement d'un psychologue, d'un sociologue (statisticien), de deux assistantes sociales et d'une secrétaire. Pour cela, le conseil d'administration fait appel aux dispositions du Plan de Résorption du Chômage adopté par le Gouvernement en 1977 et qui permet

l'engagement de jeunes chômeurs dans le statut du «Cadre Spécial Temporaire»¹⁸⁹.

Les anciens patients sont interrogés à l'aide d'un long questionnaire. Les données ainsi récoltées sont complétées par les renseignements contenus dans leurs dossiers médicaux. Toutes ces informations sont ensuite encodées sur cartes et traitées par l'ordinateur de l'U.L.B. Un programme est spécialement écrit à cette occasion par un informaticien et un statisticien du Laboratoire d'épidémiologie et de médecine sociale de l'École de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles, dirigé par le Professeur Alfred Sand.

L'équipe de travail rencontre plusieurs difficultés. La recherche porte sur un petit nombre de patients d'où le manque de certaines informations ce qui a une incidence sur la valeur statistique des résultats obtenus. Les enquêteurs connaissent mal la psychiatrie en général et l'Équipe en particulier, ce qui conduit parfois à un recueil de données inutiles. Enfin, des frictions apparaissent au sein de l'équipe de travail, surtout en fin de parcours. En février 1980, les jeunes chercheurs désirent que leur position au sein de l'Équipe et leur rôle soient clairement définis. Ils ressentent comme une intrusion dans leur liberté de recherche le fait que le conseil d'administration ait l'obligation d'appliquer les dispositions légales les concernant. De son côté, le docteur Philippe Corten estime que l'équipe de travail s'est fort identifiée aux patients qu'elle rencontre et manifeste surtout une grande méfiance en ce qui concerne l'utilisation par le conseil d'administration des renseignements recueillis tout au long de l'enquête. Si les tensions disparaissent, la confiance ne régnera jamais entre les enquêteurs et le conseil d'administration¹⁹⁰.

Prolongation de la recherche 1980-1981

En 1980, il est décidé de prolonger cette étude sous la direction de Philippe Hoyois, sociologue de l'ULB à condition de développer les conclusions et d'axer

¹⁸⁹ Ce plan est souvent appelé «Plan Spitaels» du nom du Ministre Guy Spitaels qui en fut le promoteur. Ce «Cadre Spécial Temporaire» visait à exploiter les nouvelles perspectives d'emploi liées aux besoins insatisfaits en matière de qualité de vie et d'environnement. En offrant à des jeunes chômeurs la possibilité de travailler, le Gouvernement espérait qu'ils échapperaient aux conséquences néfastes de l'inactivité involontaire et que des emplois nouveaux se créeraient notamment dans le secteur privé pour rencontrer les besoins collectifs.

¹⁹⁰ AE, CA, 10/10/79; CA, Note de M. J. Andry concernant les différents points de l'ordre du jour du CA du 25/1/80; CA, 17/9/80; CA, 10/12/80; CA, 8/4/81; AE, Farde 1980, Les structures extra-hospitalières de l'Équipe comme agent de resocialisation, sd et Rapport d'activité du groupe de recherche, sd; AE, Farde 1981, Compte-rendu d'une discussion avec le docteur Corten, 7/2/80 et AE, Farde 1981, Rapport d'enquête, novembre 1980.

le traitement des données sur les enseignements que peut utilement en retirer l'Équipe : Incidence sur la façon dont on recrute les patients, on les soigne et on les prépare à la sortie. Il s'agit d'évaluer de façon précise les résultats du travail institutionnel de resocialisation du Foyer de l'Équipe grâce à une première enquête approfondie sur tous les candidats arrivant au Foyer, une deuxième enquête sur tous ceux qui restent au moins six mois dans l'institution et une investigation sur les six premiers mois vécus hors du Foyer. Cette recherche bénéficiera de l'expérience acquise par les précédents travaux effectués dans le cadre du «Plan Spitaels».

Cette recherche permettra le cas échéant de reformuler les stratégies du travail de resocialisation. Cette reformulation devra tenir compte des changements survenus dans le contexte social le plus large tout en tenant compte de la crise économique. Et ceci, tant du point de vue des pensionnaires sortants qui sont confrontés à des conditions de réinsertion beaucoup plus dures que du point de vue de l'institution qui doit se dégager d'un modèle de fonctionnement correspondant à une période de prospérité économique et d'expansion de la sécurité sociale qui n'est plus.

Le programme de recherche se termine le 31 octobre 1981 et ne sera pas prolongé, l'Équipe n'étant pas un organisme appelé à financer des recherches¹⁹¹.

Les résultats de l'enquête «Plan Spitaels»

Trois destinées attendent les anciens patients de l'Équipe :

- 35% se sont retrouvés en hôpital psychiatrique. On les appelle les «Récidivistes».
- 38% gravitent toujours dans les circuits de soutien psychosocial ou dans d'autres structures intermédiaires. Il s'agit des «Statu quo».
- 27% ne se retrouvent plus dans aucun de ces deux circuits. On peut les qualifier d'«Autonomes».

Leur destinée est analysée selon les critères suivants :

le lieu de vie habituel : Les «Autonomes» vivent significativement plus chez eux, de façon indépendante, les «Statu quo» vivent plutôt chez leurs parents et les «Récidivistes» en hôpital depuis au moins six mois

¹⁹¹ AE, CA, 17/9/80; CA, 26/8/81 et AE, Farde 1981, Le Foyer de l'Équipe comme agent de resocialisation, sd.

le travail : 79% des Autonomes travaillent et plus l'autonomie s'accroît plus ils ont tendance à avoir un statut d'employé. Par contre, les Récidivistes vivent d'indemnités de mutuelle ou d'invalidité

les référants spontanés : En cas de difficultés, les «Autonomes» font appel indifféremment aux parents et aux amis, les « Statu quo » s'adressent préférentiellement à la famille tandis que les «Récidivistes» se tournent naturellement vers les circuits médicaux

la prise de médicaments psychotropes : 43% des «Autonomes» et 99% des «Récidivistes» doivent prendre régulièrement une médication, généralement à base de neuroleptiques

le champ de déplacement : La grande majorité des «Autonomes» circulent partout sans difficulté, ce n'est le cas que pour 40% des « Statu quo » et de 20% des «Récidivistes»¹⁹².

En résumé, les résultats sont encourageants. Pour plus d'un quart des patients, on peut même les considérer comme fort satisfaisants puisque 80% d'entre eux ont repris une activité professionnelle. Par contre, 1/3 des patients s'est retrouvé dans le circuit hospitalier. Il y aurait donc lieu de s'interroger : l'orientation des patients vers les structures de l'Équipe est-elle bien adéquate lors de l'admission ?

II. Le service d'Orientation Psychologique Spécialisée (OPS) (1982-1986)

L'idée d'intégrer dans le «Secteur d'Anderlecht», un Centre d'orientation psychologique spécialisée n'est pas neuve¹⁹³.

Dès le 22 mars 1960, le groupe «Commune» en avait envisagé la création.

En 1981, le projet du centre d'orientation professionnelle spécialisé est relancé par le Médecin-Directeur du CRIT, Michel Aflalo. Ce serait un prolongement de ce qui se fait au CRIT depuis une année. En ce moment, les patients sont envoyés chez une psychologue du Secteur afin d'être testés en vue de leur orientation vers le CRIT. Michel Aflalo estime que cette observation devrait se faire au CRIT même ou à l'extérieur mais dans un centre d'observation spécialisé couplé avec une mise en observation d'un mois au CRIT. Il en

¹⁹²P. Corten, P. Hoyois et F. Samoilovitch, «Trajectoires des patients après le passage par une structure intermédiaire. Approche statistique à partir d'une structure bruxelloise», article dactylographié, intervention effectuée au 9e congrès mondial de psychiatrie sociale le 8 juillet 1982 à Paris.

¹⁹³AE, Farde 1960, PV de la réunion du Groupe Commune du 22 mars 1960 et Rapport d'une réunion d'étude sur un projet d'assistance psychologique aux malades et à la population d'Anderlecht, 31/8/60.

résulterait un rapport complet qui serait discuté avec l'intéressé et transmis à ceux qui l'ont envoyé au centre.

Les objectifs et la méthode de l'OPS

Le centre se propose d'occuper un créneau vide, ou à peu près, celui de la réponse à la demande d'évaluation et d'orientation psychologique, sociale et professionnelle de sujets dont les troubles mentaux contrecarrent une bonne adaptation sociale. Ce centre sera donc destiné principalement à des malades mentaux graves, à des personnes présentant des troubles névrotiques ou des problèmes d'adaptation tels qu'une nouvelle orientation socioprofessionnelle et psychologique s'impose.

Il s'agit d'établir non seulement une évaluation socioprofessionnelle du patient mais aussi une évaluation thérapeutique.

Pour cela, en collaboration étroite avec les demandeurs, il faudra dresser :

- un bilan des caractéristiques et des aptitudes psychologiques et intellectuelles des motivations et des limites ainsi qu'une évaluation du potentiel évolutif.
- un programme de traitement ou de réadaptation socioprofessionnelle tenant compte des caractéristiques du sujet et de son milieu socioculturel.
- un inventaire des lieux, services, centres et personnes permettant de mettre en oeuvre ce programme.

À cet effet, une méthode d'investigation longue et complexe est nécessaire. Elle comprend:

- une analyse attentive de la demande de l'intéressé et des autres demandeurs.
- une anamnèse personnelle approfondie
- une enquête familiale et sociale
- une série de tests psychologiques de personnalité et d'aptitude
- une observation en situation de travail dans les différents ateliers du CRIT.

L'évaluation se pratique en plusieurs séances, réparties sur un mois pendant lequel le patient fréquente le CRIT, ceci dans le but de compléter l'examen et les entretiens psychologiques par une observation dans un cadre de travail. L'étape ultime est la rédaction d'un rapport de synthèse. Son originalité réside dans une élaboration finale qui se fait en séance de discussion avec l'intéressé et le demandeur principal. Les thérapeutes souhaitent ainsi pouvoir répondre à la demande véritable, tenir compte de points de vue divers et parfois opposés et transmettre un message clair, compréhensible et utilisable. Les résultats de l'évaluation et les propositions d'orientation socioprofessionnelle et

psychologique seront discutés avec le médecin «demandeur» en fonction de sa demande précise. L'objectif est donc de faire un diagnostic et de proposer une orientation en collaboration avec le médecin demandeur mais non d'entreprendre un travail thérapeutique¹⁹⁴.

Quelques remarques sur le nom et la signification d'«OPS»

Alors que le projet de l'Équipe est encore à l'étude, il existe déjà des «Centres d'Orientation Professionnelle» reconnus par le FNRHS. Le conseil d'administration pense donc que l'on devrait appeler la future structure «Centre d'Orientation Psychologique Spécialisé» ou «OPS». Petit à petit, des divergences philosophiques vont faire leur apparition et l'abréviation O.P.S. signifiera «Orientation Professionnelle Spécialisée», «Orientation Psychologique Spécialisée» ou encore «Observation Psychologique Spécialisée». Sur une entête de lettre nous trouvons même la dénomination suivante : «Observation psychologique et orientation professionnelle spécialisées». De quoi ajouter à la confusion ! Cependant, comme la dénomination «Observation Psychologique Spécialisée» peut faire peur au patient, on lui préférera officiellement «Orientation Psychologique Spécialisée». À côté de toutes ces définitions fort savantes, mentionnons qu'en mai 1981, on évoquait la création d'un Centre d'Observation plaisamment baptisé «le nouvel OBS»! Finalement, l'équipe psychosociale de cette structure préférera que les initiales OPS restent vagues¹⁹⁵! Ainsi certains médecins insisteront sur l'aspect orientation professionnelle pour motiver les patients qui seraient réticents à l'idée d'une approche psychologique¹⁹⁶.

L'ouverture et les premiers résultats de l'OPS (1982)

L'installation de l'OPS dans les anciens locaux du Foyer rafraîchis est provisoire. Le déménagement de l'OPS dans un autre lieu est rapidement envisagé. Le rez-de-chaussée et le premier étage de l'immeuble, acquis par l'association le 6 décembre 1982 au 20 de l'avenue du Roi Soldat lui seront affectés.

¹⁹⁴AE, Farde 1981, J. Vermeylen, OPS, novembre 1981; M. Aflalo, OPS. Orientation professionnelle spécialisée, 17/5/81 et Projet d'Orientation Psychologique Spécialisée - OPS, sd.

¹⁹⁵C'est pour cette raison que nous avons simplement conservé les initiales OPS dans le texte.

¹⁹⁶AE, AG, 12/5/1982; AE, Farde 1981, J. Vermeylen, OPS, novembre 1981; AE, Farde 1983, Compte-rendu de la rencontre médecins-staff OPS, sd et AE, Farde 1983, Lettre de Nadine Vermeylen à divers membres de l'Équipe en date du 5 octobre 1983.

Les médecins de la commune sont satisfaits du travail fourni par l'OPS. Le rapport écrit où sont rassemblées toutes les informations sur le malade peut être utilisé pour l'orientation thérapeutique du patient ou comme bilan objectif par un «service neutre» dans le cas d'un litige avec l'INAMI. Ce bilan permet également d'éviter une psychiatrisation prématurée de certains malades. Les médecins apprécient aussi la situation géographique de l'OPS qui leur permet d'y adresser des patients ne présentant pas de troubles psychiatriques profonds et qu'ils auraient hésité à envoyer dans une structure ayant la réputation d'accueillir des malades graves. Cette collaboration entre l'OPS et les médecins est possible car plusieurs réunions d'information ont été organisées entre les membres de l'Équipe et les médecins généralistes de la commune d'Anderlecht. La principale revendication des médecins était alors d'être associés au traitement des patients et d'en garder la supervision. Trop souvent, quand ils envoient un patient chez un psychiatre, ils ne le revoient plus. Il semble donc que les thérapeutes de l'Équipe et les praticiens d'Anderlecht aient réussi à s'entendre sur ce dernier point¹⁹⁷.

La faible rentabilité de l'OPS et la fermeture du centre (1986)

Bien que le travail réalisé par l'OPS soit très valable, le service n'est pas rentable et l'on ne parvient pas à couvrir les frais de fonctionnement.

Malheureusement des divergences apparaissent au sein même du personnel et ces tensions internes entravent le recrutement.

Enfin, le financement des prestations est insuffisant pour couvrir l'ensemble d'un travail médicosocial complexe dont l'originalité ne répond à aucun des critères habituels de subsidiation.

Au mois de mai 1986, le conseil d'administration doit se résoudre à la fermeture «momentanée» du Centre qui n'a pas rouvert depuis lors¹⁹⁸.

Le projet de réouverture du nouvel OPS (1991)

Beaucoup de thérapeutes regrettent la fermeture de l'OPS. Ils rappellent régulièrement l'intérêt d'une telle structure et en souhaitent la réouverture. Celle-ci fut souvent évoquée lors des réunions du conseil d'administration de l'Équipe. Une tentative aurait pu aboutir quand en 1991 un nouveau projet de centre d'évaluation est présenté par les responsables du CRIT, le docteur Michel

¹⁹⁷ AE, CA, 26/8/81; CA, 30/6/82; CA, 1/12/82; AE, Farde 1981, Réunion avec les représentants de l'a.s.b.l. regroupant les Médecins généralistes d'Anderlecht, 9/12/81; AE, Farde 1983, Lettre de Nadine Vermeylen à divers membres de l'Équipe en date du 5 octobre 1983 et AE, Farde 1983, Compte-rendu de la rencontre médecins-staff OPS, sd.

¹⁹⁸ AE, CA, 28/4/86 et CA, 14/5/86.

Aflalo et Etienne Leclercq, ainsi que par le responsable de l'OPS, le docteur Jacques Owieczka. Ce centre aurait été greffé sur le groupe «recherche travail» du CRIT.

L'idée ne fit pas son chemin bien que le conseil d'administration ait trouvé le projet intéressant. Pour le réaliser, il était envisagé de détacher du personnel des structures existantes ce qui paraissait peu judicieux. Il fallut donc y renoncer¹⁹⁹.

¹⁹⁹AE, CA, 6/5/91.

CHAPITRE 14

LES MULTIPLES PROJETS DE L'ÉQUIPE (1982-1985)

En 1980, grâce à l'indexation de la dernière convention INAMI, les bilans de l'association sont à nouveau positifs. Cette situation financière favorable doit permettre, dans l'intérêt général, de compléter le dispositif du Secteur Psychiatrique d'Anderlecht et d'élargir le réseau des structures intermédiaires par de nouvelles créations. En même temps on pourra améliorer le programme thérapeutique déjà offert aux patients, soit en augmentant le personnel d'encadrement, soit en investissant dans de nouveaux bâtiments.

Divers projets sont en gestation²⁰⁰. Ils peuvent être regroupés en trois catégories :

- Des projets psychiatriques comme un service d'observation psychologique spécialisée ou un centre d'intervention en crise.

Nous venons de voir que le premier sera réalisé mais, faute de trouver les moyens de subsidiation nécessaires n'aura qu'une vie éphémère.

- Des projets d'assistance psychosociale comme un restaurant-club, des appartements protégés, un service psychopédagogique de préparation au travail et à sa recherche ou une maison d'accueil non psychiatrique pour personnes en difficulté psychosociale aiguë.

Toutes ces structures s'adresseraient tant à des patients poursuivant ailleurs un programme thérapeutique à temps complet ou partiel qu'à des personnes qui ont quitté les circuits thérapeutiques mais qui restent vulnérables et faiblement socialisées. Elles leur offriraient des lieux de vie et d'échanges sociaux semi-protégés mais non psychiatisés²⁰¹.

- Des projets de caractère scientifique : recherche et documentation.

En 1980, le docteur Philippe Corten Médecin Directeur du Foyer et chercheur à l'École de Santé Publique souhaite disposer d'un centre de documentation et d'évaluation du travail des secteurs psychiatriques de l'agglomération bruxelloise. Ce centre devrait être situé à Anderlecht puisque c'est le secteur le plus étudié et le plus ancien. On peut ainsi y travailler sur un énorme fichier comprenant les dossiers de plus de six cents malades pour le Secteur et d'une

²⁰⁰ Tous ces différents projets seront détaillés ci-dessous et dans les prochains chapitres.

²⁰¹ AE, CA, 8/4/81 et CA, 3/2/82.

centaine pour l'Équipe. Il s'agit là d'une énorme documentation qui n'a pas encore fait l'objet d'une analyse approfondie.

Un modèle du genre est le centre de documentation du Centre International de l'Enfance à Paris et l'Équipe devrait naturellement s'en inspirer. Pour mener à bien ce projet, la collaboration avec d'autres organismes comme les universités, la Ligue Belge d'Hygiène Mentale ou la Fondation Julie Renson s'impose.

De son côté, le Directeur Médical de l'Équipe, Jean Vermeulen, souhaite mettre à la disposition de ses collaborateurs une documentation scientifique qui leur soit aisément accessible et soit la base de la formation continue de l'ensemble du personnel. Il suggère la création d'une bibliothèque spécialisée; le fond initial serait constitué par des ouvrages issus de sa propre bibliothèque dont il fait don à l'Équipe. Il serait ensuite complété par des achats de livres et des abonnements à des revues psychiatriques.

Les projets réalisés

Deux de ces projets seront rapidement réalisés et n'ont cessé de se développer : le Centre de Documentation et l'organisation d'appartements protégés qui fera l'objet d'un prochain chapitre. Par contre, d'autres n'ont pu voir le jour jusqu'à présent, mais ne sont pas totalement oubliés pour autant.

Le Centre de Documentation «Le Fil d'Ariane» (1984)

En juin 1984, le Centre de Documentation est ouvert dans les locaux

Si dans le projet initial, on avait estimé que l'accès à la bibliothèque devait être réservé uniquement aux personnels de l'Équipe, car il s'agissait d'un outil destiné à soutenir la pratique et la réflexion des membres des différentes structures, déjà il avait été prévu que les personnes extérieures pourraient y être reçues moyennant autorisation. Elles seraient toutefois invitées à consulter les ouvrages sur place, les prêts extérieurs n'étant pas prévus. En mars 1988, il est décidé que le Fil d'Ariane sera désormais ouvert à tout travailleur, étudiant ou chercheur intéressé par le domaine psychosocial²⁰².

Cette décision s'est avérée très heureuse. Les services rendus par le Fil d'Ariane sont de plus en plus appréciés et cette structure originale de l'Équipe contribue non seulement au rayonnement de l'association, mais surtout à la diffusion d'une approche scientifique ouverte de la maladie mentale et de ce qu'elle représente dans notre société.

²⁰² AE, CA, 29/4/81; CA, 28/3/84 et AE, AG, 12/5/84.

Les objectifs du Fil d'Ariane

Les objectifs du Fil d'Ariane sont multiples :

- Rassembler un fonds documentaire composé de livres, actes de congrès, revues, bulletins d'information, ouvrages de références, mémoires de fin d'études et répertoires orientés vers la psychiatrie sociale.
- Offrir au personnel de l'Équipe un outil de formation et un soutien théorique dans sa pratique quotidienne; l'informer sur les activités du domaine psychosocial.
- Offrir aux étudiants et aux professionnels de la santé mentale un service de prêt et d'information ainsi qu'une aide dans leurs recherches.
- Participer à une certaine «image de marque» de l'Équipe en offrant, dans un cadre agréable et ouvert sur l'ensemble de l'association, un service axé sur l'actualité des livres et des informations.
- Inscrire le Fil d'Ariane dans un «réseau» documentaire composé d'autres bibliothèques et centres de documentation du domaine psychosocial et ceci dans un perpétuel souci de complémentarité et de coopération.
- Maintenir une spécificité par rapport à ce «réseau» afin de mettre à la disposition des lecteurs des ouvrages qu'ils ne peuvent trouver ailleurs.
- Figurer enfin un lieu de rencontre et d'échange entre institutions.

Les locaux du Fil d'Ariane sont aussi utilisés lors d'événements particuliers. Par exemple, en 1989, des séminaires inter-structures y sont régulièrement organisés. Les thèmes y sont variés et divers comme «Sortir, s'en sortir», «Créer des liens», «Entre Prélude, lieu de vie, l'hôpital et les centres de jour : quel dialogue ? De l'entrée à la sortie», «Avant le jeu, c'est pas le jeu, après le jeu, c'est plus le jeu»²⁰³.

Les nouveaux bureaux de l'administration centrale de l'Équipe, le Jade (1984)

Les services administratifs de l'Équipe manquent cruellement de place. En outre, la situation géographique excentrique des services administratifs installés dans l'immeuble de la rue Rauter est défavorable à l'établissement de relations suivies avec le Centre de Documentation et à une bonne supervision de l'ensemble des structures thérapeutiques de l'Équipe.

Le conseil d'administration décide de construire un nouveau bâtiment dans lequel seraient réunis tous les bureaux de direction et de secrétariat

²⁰³ AE, Farde 1989, Communication aux équipes concernant les séminaires interstructures, 10/1/89, 12/4/89, 31/5/89, 26/9/89 et 28/11/89 et AE, Farde 1994, A l'attention des membres du conseil d'administration de l'Équipe, Octobre 1994.

indispensables. Appuyé contre le mur du fond du jardin de la propriété du 60 rue de Veeweyde, il serait ainsi implanté au coeur même des structures, avec un accès facile pour tous. Afin de ne pas trop empiéter sur le jardin et de ne pas gêner le paysage, le bâtiment sera bas et les bureaux discrètement dissimulés dans la verdure.

En 1986, le chantier est entamé. Le centre administratif s'appellera «Jade», soit «Jardin D'Éliane»²⁰⁴ un clin d'oeil amical à celle qui l'anime, la directrice administrative, Éliane Vindevogel.

Les projets non encore réalisés

Le Centre de situation de Crise (1982)

Au fil du temps, le travail en secteur, qui garde bien entendu toute sa valeur, a montré de plus en plus clairement ses limites. Le secteur de base ne peut apporter à certaines demandes d'aide et de soins une réponse suffisante. Par exemple, les psychotiques et d'autres catégories de malades nécessitent une prise en charge plus étendue au quotidien et plus spécifique au niveau relationnel.

Les équipes thérapeutiques du Secteur d'Anderlecht constatent également qu'elles ne peuvent assumer dans les meilleures conditions la prise en charge de nombreuses situations de crise qui, faute d'autres modes d'intervention et de prise en charge, prennent trop souvent le chemin de l'hôpital. Si le développement des services extrahospitaliers n'a pas encore fait baisser de manière sensible le nombre de lits psychiatriques, on peut en trouver ici une explication partielle. Une meilleure gestion de la crise ou de la pré-crise évitant nombre d'hospitalisations inutiles, maintiendrait dans le circuit de soins extrahospitaliers un nombre élevé de patients²⁰⁵.

À part quelques centres expérimentaux visant des populations bien spécifiques comme les femmes battues ou les adolescents, les victimes de crises psychosociales s'adressent ou sont envoyées aux gardes des hôpitaux généraux, aux médecins généralistes ou à la police. Des études épidémiologiques ont mis en évidence que seuls 20 à 30% des cas vus par les psychiatres aux gardes hospitalières sont hospitalisés en psychiatrie et que pour 50% des interventions, les intervenants se plaignent de l'absence de structures portantes non psychiatriques. Une enquête réalisée à l'Hôpital Érasme par des collaborateurs de l'Équipe a même mis en évidence que pour les deux tiers de ces cas, l'existence d'une équipe d'intervention serait la réponse la plus adéquate pour la psychiatrie.

²⁰⁴ AE, CA, 28/3/84; CA, 10/5/84 et AG, 4/6/86.

²⁰⁵ AE, CA, 3/2/82.

D'un point de vue plus concret, une enquête réalisée en 1976 sur les cas d'urgence à Bruxelles a révélé qu'il y avait eu, pour la seule commune d'Anderlecht, 1.200 appels au service d'urgence «900» pour des cas psychiatriques : 17% de ceux-ci sont hospitalisés en psychiatrie parce qu'il n'y a rien d'autre, 25% sont renvoyés chez eux, souvent à tort, soit 300 pour la commune. Le Secteur d'Anderlecht s'est occupé pour sa part de 150 cas sur les 1.200. Il y a donc un vide à combler et une conséquence prévisible à la création d'un tel centre sera l'amélioration substantielle du recrutement pour le Secteur et l'Équipe.

Le centre de situation en crise²⁰⁶ tel que le conçoit l'Équipe devrait pouvoir s'occuper sans délai, de façon intensive et pour une brève durée de toutes personnes souffrant de crises relationnelles (conflits avec les voisins, parents, conjoints, etc) ou existentielles (isolement, vieillesse, adolescence, alcool, etc). Les réponses apportées seront de l'ordre de l'intervention à domicile ou sur le lieu du problème (école, hôpital, lieu de travail, etc), dans le milieu de vie et avec les familles, de l'analyse des causes de la crise et des modèles de résolution, de l'aiguillage vers les structures de prise en charge *ad hoc*, du soutien dans cette démarche et d'un hébergement éventuel en refuge.

Idéalement, ce centre devrait disposer d'une part d'une équipe mobile intervenant sur les lieux des problèmes et d'autre part de locaux où fonctionnerait une permanence téléphonique de jour comme de nuit.

Ceux-ci comprendraient un bureau de consultation, siège de l'équipe permanente, et une unité d'hébergement banalisé susceptible d'accueillir pour une très courte durée, de cinq à dix jours, les personnes en crise qui attendent d'être prise en charge par les structures sociales ou psychosociales habituelles.

Alors que des projets d'intervention en crise à partir de l'hôpital psychiatrique et de son service de garde sont à l'étude ou mis en oeuvre, L'Équipe voudrait de son côté éviter cet hospitalocentrisme. Une des raisons d'être d'une gestion extra-hospitalière de la crise est d'arriver dans un nombre élevé de cas à des solutions qui ne passent pas par l'hôpital psychiatrique. Le 28 juin 1982, une importante réunion de travail est organisée au Secteur d'Anderlecht à propos du Centre de Crise. On y assiste à un intéressant échange d'idées inspirées notamment de la visite de trois institutions similaires situées à Gand et à Louvain pour la Belgique et à Maastricht pour les Pays-Bas.

Comme pour toutes les initiatives de ce genre, il est nécessaire de prendre contact avec les différentes instances susceptibles d'être intéressées par le projet tel que le

²⁰⁶ Appelé aussi Centre de Crise ou encore S.I.C. (Service d'Intervention en Crise) (AE, Farde 1983, Lettre de Jacques Andry à Carmen Bracops, présidente du CPAS d'Anderlecht, en date du 17 février 1983).

service de garde de l'hôpital Érasme, les services des hôpitaux généraux de l'agglomération bruxelloise et les autorités communales d'Anderlecht.

Lucette Decroly, Présidente du Conseil d'administration de l'Équipe estime que ce n'est pas à cette association de prendre l'initiative de mettre sur pied une activité sociale qui relève de l'ensemble de la collectivité et donc des instances officielles compétentes en matière de santé publique et d'aide sociale. L'association peut y apporter son expérience et éventuellement mettre des locaux à disposition. La plupart des autres membres du conseil d'administration sont très sceptiques sur les possibilités de réalisation de cette activité qui nécessite un grand investissement en personnel, près d'une vingtaine de personnes, et peu d'espoir de subsidiation par les pouvoirs publics.

Ces réticences et divergences d'opinion au sein même du conseil d'administration sont les principales raisons expliquant la non-réalisation du projet. Il est pourtant indéniable qu'une telle structure manque non seulement au Secteur d'Anderlecht mais aussi à l'agglomération bruxelloise. Ainsi, au même moment divers autres projets aboutissent :

- Un système de soins à domicile se développe à Anderlecht en médecine générale²⁰⁷. Un groupe de médecins néerlandophones et un groupe de médecins francophones occupent un local que le CPAS d'Anderlecht a mis à leur disposition.
- L'hôpital Saint-Pierre dispose d'un service de soins à domicile pour les patients qui dépendent du CPAS.
- De même, le premier août 1983 un centre de crise est ouvert à l'Institut de Psychiatrie de l'Hôpital universitaire Brugmann où quatorze chambres individuelles pour séjours de moins d'une semaine sont en fonction.

Pour intéressantes qu'elles soient, ces initiatives ponctuelles ne réalisent pas le projet étudié par les collaborateurs de l'Équipe et dont l'envergure comportait des risques devant lesquels le conseil d'administration a joué la prudence²⁰⁸.

En effet, ces services s'inscrivent clairement dans le réseau hospitalier, ce qui peut amener à «psychiatriser» des personnes dont les difficultés ne relèvent pas de la

²⁰⁷ Rappelons que le Secteur avait à l'origine un service de soins psychiatriques à domicile intervenant lors des demandes de collocation. La collocation étant devenue exceptionnelle, le Secteur n'est plus averti des états de crise et n'est du reste plus en état de répondre à des appels de ce genre suite à un manque de personnel (AE, CA, 12/12/84).

²⁰⁸ AE, CA, 3/2/82; CA, 30/6/82; CA, 25/8.82; CA, 5/9/84; CA, 12/12/84; AE, Farde 1982, Projet de service d'intervention en crise, sd et AE, Farde 1983, Lettre de Michèle Roelandts à divers institutions médicales en date du 5 août 1983.

maladie mentale, mais de situations existentielles, souvent transitoires si la prise en charge sociale et un accompagnement psychologique léger peuvent être assurés. L'extrahospitalier est en échec!

Le Restoclub de l'Équipe (1982)

Autre projet de l'Équipe, le Restoclub serait un centre social intercommunautaire où l'on servirait des repas simples, où des livres et des journaux seraient disponibles et où la permanence du service de crise aurait pu avoir un local. Au centre du dispositif psychiatrique d'Anderlecht, constitué par le Secteur et les structures de l'Équipe, mais totalement autonome, le Restoclub offrirait l'accueil, mais aussi le climat d'un lieu de rencontre et d'échange sans appartenance psychiatrique.

Les patients et anciens patients du Secteur et de l'Équipe, ainsi que d'autres personnes dont l'insertion sociale est fragile et que la solitude guette, y trouveraient une structure portante légère dont ils prendraient ce qu'ils veulent. Les caractéristiques d'un lieu banalisé favorisent et dédramatisent les démarches d'appel à l'aide et justifient que la répondeur du service de crise y trouve sa place. Cette structure permettrait de recadrer les relations à l'intérieur de l'Équipe et avec le Secteur, mais aussi à créer une source nouvelle de recrutement.

Le Restoclub restera à l'état de projet, toutefois jamais entièrement abandonné - on en reparlera régulièrement- et ce n'est pas fini ! Mais une fois de plus, il faut trouver les moyens financiers permettant de soutenir, sans mettre en péril les autres structures de l'Équipe, un projet dont l'orientation est plutôt sociale que médicale.

En 1992, à l'initiative de l'administrateur-délégué, Jacques Andry, un dossier est introduit au nom de l'asbl Juan-Luis Vivès, dont il sera question plus loin, auprès de l'Opération Solidarité 48.81.00 de la R.T.B.F. avec l'espoir d'obtenir une intervention qui permettrait enfin de créer le «Resto-Club», en parallèle avec les Habitations Protégées.

Le dossier n'est malheureusement pas retenu, et, depuis, le projet sommeille²⁰⁹.

La ferme thérapeutique ou «l'Équipe aux champs» (1985)

En 1985, Michel Batugowski de l'équipe du Foyer suggère la création d'une ferme thérapeutique en milieu semi-rural. Avec prise en charge de jour et en partie de nuit, la ferme serait destinée à une population différente de celle traitée habituellement par l'Équipe. Elle s'adresserait à des citadins qui ne

²⁰⁹ AE, CA, 3/2/82; CA, 12/12/84; AE, Farde 1988, Projet Resto-Club, décembre 1988 et AE, AG, R.M., 1992.

nécessiteraient pas un encadrement permanent, à savoir : des patients souffrant de petites névroses, de légères dépressions, de petits accidents psychiatriques, des personnes qui souhaiteraient terminer un bref séjour hospitalier ou qui souhaiteraient une mise au vert, une parenthèse ou une coupure. Il s'agit donc d'une structure psychiatrique légère, mixte, sans limitation d'âge, permettant un hébergement de courte durée pour six pensionnaires.

La ferme serait animée par des professionnels du monde agricole encadrés d'une équipe thérapeutique. Les patients devraient participer aux différents travaux et tâches de la maison. Des activités variées seraient proposés comme l'élevage d'animaux, la culture maraîchère, l'apiculture, etc.

Le point de départ de ce projet est la possibilité offerte de louer la ferme appartenant au domaine de Fond'Roy à Uccle en 1985. Malheureusement, la négociation n'aboutit pas et l'Équipe doit donc chercher ailleurs la bâtisse idéale. Une étude de faisabilité est entamée.

En octobre 1985, le projet se structure et on recherche le lieu le mieux adapté. Mais, la bâtisse idéale est difficile à trouver. À la fin de l'année 1986, le conseil d'administration décide la mise en veilleuse momentanée du projet.

Au printemps 1987, le projet est recentré théoriquement et réactualisé avec de nouvelles visites. Une ferme est repérée à Anderlecht, rue des Poulets; elle semble bien convenir en raison de sa proximité des autres structures de l'Équipe. Malheureusement, une fois de plus la négociation de location échoue. Depuis, le projet dort à nouveau²¹⁰.

Prévention du vieillissement cérébral et Centre de Jour Psycho-gériatrique (1985)

Dès l'année 1985, la psychogériatrie suscite un intérêt marqué. Dans la population générale, la population âgée devient de plus en plus importante et il en va de même pour les patients de l'Équipe. Si au départ, leur moyenne d'âge est plutôt jeune, environ trente ans, avec le temps, les thérapeutes de l'Équipe notent un net vieillissement des malades. L'intérêt pour ce problème est tel qu'en octobre 1987, la Fondation Julie Renson organise un congrès international sur le thème «Psychogériatrie - Aspects préventifs et curatifs» dont les travaux feront l'objet d'une publication.

D'autre part, une réalisation française retient l'attention du docteur Jacques Owieska et de ses collaborateurs du Service d'Orientation Psychologique

²¹⁰AE, CA, 25/9/85; Annexe au CA du 11/12/85, E. Vindevogel, J. Andry et M. Batugowski, Projet de Création d'une ferme thérapeutique en milieu semi-rural, 31/10/85; CA, 12/3/86; CA, 22/8/86; CA, 28/10/87; CA, 22/1/88; AE, Farde 1987, M. Batugowski, Projet d'une ferme thérapeutique, octobre 1987 et AE, Farde 1988, R.M. de l'exercice 1987.

Spécialisée (OPS) : l'Institut National de Recherche de la Prévention du Vieillessement Cérébral (INRPVC) créé à l'Hôpital Bicêtre à Paris, par Madame Leponcin-Laffite. On y réalise des bilans psychométriques informatisés complétés par des séances de «gym-cerveau», exercices appelés à maintenir au meilleur niveau possible les performances cérébrales, notamment la mémoire. Ce type d'activité pourrait s'inscrire dans le cadre de l'O.P.S. et permettrait peut-être de relancer la structure... Dans un projet ultérieur, on créerait à l'Équipe un centre de réadaptation psychosociale particulier pour ce genre de patients. Il faudra envisager deux types de clientèle : les personnes atteintes par le processus normal de vieillissement et celles atteintes par un processus de vieillissement anormal, comme la maladie d'Alzheimer.

L'institut parisien qui a déjà développé des antennes en France envisagerait favorablement une collaboration en Belgique.

Les docteurs Jean Vermeulen et Jacques Owieczka, accompagnés de l'administrateur-délégué Jacques Andry et de la directrice administrative, Éliane Vindevogel se rendent à Paris pour visiter le service de l'Hôpital Bicêtre et voir quel type de collaboration serait envisageable et sous quelle forme ce modèle pourrait être adopté.

Finalement, l'hypothèse de devenir une antenne belge est repoussée car elle entraînerait une trop grande dépendance vis-à-vis de l'institut français. Une série de visites pour découvrir les initiatives belges oeuvrant dans ce sens sont également organisées mais toutes ces informations ne sont pas suffisamment convaincantes pour que l'Équipe décide de développer un modèle original et le projet est abandonné²¹¹.

Les Cahiers de l'Équipe (1985)

L'idée de réaliser une publication périodique donne lieu à deux projets différents, proposés au conseil d'administration par Michel Aflalo et Félix Samoïlovitch.

Michel Aflalo aimerait réaliser un bulletin de liaison entre les structures extra-hospitalières. Il comprendrait cinq à six articles rédigés moitié par les membres de l'Équipe moitié par ceux d'équipes thérapeutiques d'autres institutions. Il ne s'agit pas là d'un projet coûteux ou ambitieux puisqu'il peut être réalisé sur offset. Un premier numéro test pourrait donc paraître sans trop de risques financiers.

Félix Samoïlovitch a un dessein beaucoup plus ambitieux se situant entre la revue médicale spécialisée et la revue journalistique. On trouverait dans la publication

²¹¹ AE, CA, 11/12/85 et CA, 12/03/86.

tant des articles accrocheurs que des interviews de personnalités du monde psychiatrique ou des articles de fond. La parution serait trimestrielle et des publicités émanant de firmes pharmaceutiques permettraient d'équilibrer le budget. Ce serait une publication payante par abonnement. Ce projet, de l'avis d'un professionnel, Jean-Claude Broché, journaliste au Soir, doit reposer sur une solide équipe journalistique.

Bien que les deux initiatives soient très différentes, aucune ne convainc le conseil d'administration qui souhaite une diffusion plus vivante des différentes activités des structures. Il préfère, par exemple, la participation du personnel de l'Équipe à des colloques. Jean Vermeulen estime devoir postposer de six mois la création d'une publication, parce que le projet n'est pas suffisamment précis et que, d'autre part, il envisage l'organisation de séminaires internes et externes dont les conclusions pourraient étoffer les futurs cahiers. De nos jours, la solution idéale n'a pas encore été trouvée et l'Équipe n'édite aucune publication²¹².

²¹²AE, CA, 3/7/85 et CA, 25/9/85.

CHAPITRE 15

LES APPARTEMENTS PROTÉGÉS (DE 1984 À NOS JOURS)

Le concept des appartements protégés

Parmi les projets envisagés dès 1980, figure celui des appartements protégés. En effet, si le Secteur d'Anderlecht, tel qu'il existe, donne satisfaction, il n'a pas assez de moyens pour être une alternative effective à l'hospitalisation, d'où la nécessité de s'intéresser au problème de l'hébergement provisoire. En effet, l'objectif de la réadaptation psychosociale est de ramener les patients à une vie normale sans structure portante. Le maintien en circuits thérapeutiques conduisant à trop de psychiatrisation, il faut favoriser les structures intermédiaires non psychiatriques telles que les restoclubs dont il a déjà été question et les appartements protégés où le personnel n'est pas psychiatrique. Ces appartements doivent permettre aux patients de passer de la vie collective à une existence individuelle et autonome.

Les résidents sont en majorité des psychotiques avec un passé psychiatrique d'hospitalisations et de séjours dans d'autres structures intermédiaires plus protégées comme le Foyer ou le Centre de Jour. Progressant de la dépendance vers une autonomie affective et sociale croissante, ils ont encore besoin, pour expérimenter cette indépendance reconquise, d'un environnement sécurisant et d'un accompagnement psychologique et rééducatif.

Ce modèle de travail est fondé sur la plus grande responsabilisation du résident. Ce dernier pose personnellement sa candidature, choisit librement d'occuper un appartement, d'apporter sa quote-part financière et de respecter les règles d'un contrat. Il doit prendre en charge les nécessités d'une vie autonome comme la gestion de son budget, l'alimentation, l'entretien des lieux, etc. L'équipe d'accompagnement veille au respect de ces règles de vie et assure la maintenance dans les immeubles à appartements. Elle contribue, le plus souvent à la demande des intéressés, à un apprentissage des conduites sociales et à des formes diverses de rééducation et favorise l'intégration du malade dans la vie locale, notamment par la participation à des groupes d'activités de quartier. Elle intervient dans les situations de crise et fait face à l'urgence lorsqu'un résident décompense.

Les appartements supervisés constituent donc une structure de réadaptation dont le programme prolonge et achève le processus thérapeutique déjà entrepris dans des institutions plus protégées et conduisent à une vie à la fois plus autonome et mieux intégrée dans la collectivité²¹³.

²¹³ AE, Farde 1987, J. Vermeulen, Les appartement supervisés de l'Équipe, 15/5/87.

Les débuts de Prélude Anderlecht (1984)

Le 25 août 1982, le conseil d'administration décide d'acquérir une nouvelle maison qui permettrait l'extension des activités de l'association. Il s'agit d'un immeuble situé au 20 de l'avenue du Roi Soldat. Le compromis de vente est rapidement signé et l'acte d'achat passé le 6 décembre 1982.

Le 3 septembre 1982 a lieu une réunion d'étude sur l'aménagement d'appartements protégés pour tous ceux que le projet intéresse. On décide d'aménager le troisième étage de l'immeuble acheté l'année précédente en vue d'y installer un appartement protégé qui servira d'étude pilote à un projet plus ambitieux.

L'exploitation des appartements protégés commence au début de l'année 1984. C'est Anne-Marie Galland, détachée à raison de quatre heures par semaine du CRIT, qui supervise cette nouvelle activité de l'association. C'est un succès. Les quatre premiers locataires ont rapidement payé garanties, charges et loyers tandis que deux autres candidatures ont été retenues. De nombreuses demandes sont adressées à l'Équipe pour ce type de logement.

À la même époque, en 1982, d'autres institutions comme l'association *Papenkasteel* sous l'égide de M. Boulvin, Sue Ryder avec Francine Hulet, Bivouac avec Suzanne Dietz, s'intéressent aussi vivement à la mise en place d'appartements supervisés²¹⁴.

La Fondation Sue Ryder prend contact avec l'Équipe (1984)

En 1984, la Fondation Sue Ryder²¹⁵ (*Sue Ryder Foundation Belgium*) est sur le point de cesser ses activités pour des raisons financières. Propriétaire d'une maison, située Grande rue au Bois à Schaerbeek, cette association gère la location de logements protégés et organise des animations de quartier. Certains anciens pensionnaires de l'Équipe sont hébergés dans quelques un de leurs appartements.

²¹⁴ AE, CA, 25/8/82; CA, 6/10/82; CA, 9/2/83; CA, 28/3/84 et AE, Farde 1982, Projet appartements protégés, 3/9/82.

²¹⁵ Au niveau international, la «Sue Ryder Foundation» encourage et soutient toutes initiatives en matière d'hébergement et de réadaptation psychologique et sociale, pour adultes ou enfants malades et handicapés physiques, mentaux et sociaux. Cette fondation a pour origine l'action accomplie par Miss Sue Ryder en Europe après la seconde guerre mondiale en faveur du reclassement des victimes de la guerre. En 1973, après des contacts avec l'Angleterre, la Fondation belge se constitue et définit ses objectifs : créer en Belgique des structures d'hébergement en harmonie avec la vie quotidienne pour des personnes en difficultés psychologiques ou sociale. Les statuts de l'asbl sont publiés au Moniteur Belge le 14 août 1975.

Dans l'urgence, deux administrateurs de la Fondation Sue Ryder, Francine Hulet et le docteur Daniel Lengelé sollicitent la reprise par l'Équipe des activités de cet organisme. La Fondation Sue Ryder propose que l'Équipe reprenne l'actif et le passif de l'association de même que la gestion de ses activités. Le docteur Jean Vermeulen estime que le travail de cette Fondation est intéressant, ces appartements protégés n'étant pas psychiatisés, ils sont intermédiaires entre l'appartement thérapeutique et l'appartement banalisé en ville, ce qui entre dans les préoccupations de l'Équipe. Le conseil d'administration de l'Équipe reconnaît l'intérêt de ces activités et leur compatibilité avec ses statuts d'association, mais il s'interroge sur plusieurs problèmes concrets tant financiers que juridiques. Il souhaite recevoir plus d'informations sur le sujet et bénéficier d'un peu de temps de réflexion²¹⁶.

La reprise de la Fondation Sue Ryder par l'Équipe

Après de nouvelles discussions, le conseil d'administration décide, afin d'éviter la saisie de l'immeuble de la Grande rue au Bois, d'adresser une lettre à Daniel Lengelé pour signifier que la reprise de leurs activités intéresse l'Équipe mais qu'elle désire poursuivre l'étude de la question.

Plusieurs solutions sont alors envisagées :

- acheter l'immeuble : l'Équipe devient propriétaire et assure la gestion des activités. La Fondation Sue Ryder se dissout ou continue d'exister avec ce qui lui reste comme patrimoine après apurement de ses dettes;
- substituer le conseil d'administration de l'Équipe à celui de la Fondation Sue Ryder. Une association sans but lucratif se substitue à une autre et devient le propriétaire de l'immeuble;
- prêter à la Fondation Sue Ryder une somme suffisante pour assainir sa situation et lever l'hypothèque prise sur l'immeuble;
- louer l'immeuble de la Grande rue au Bois, l'Équipe s'occuperait de la gestion des appartements protégés.

Finalement, c'est la première de ces solutions qui remporte l'adhésion de la majorité des membres du conseil d'administration de l'Équipe car si elle n'est pas la plus astucieuse, elle est la plus rigoureuse tant du point de vue financier que du point de vue juridique²¹⁷.

²¹⁶ AE, CA, 8/2/84.

²¹⁷ AE, CA, 15/2/84 et CA, 28/3/84.

L'ouverture de Prélude Schaerbeek (1984)

En 1984, les appartements protégés de la Grande rue au Bois deviennent Prélude Schaerbeek. Pour la première fois, l'Équipe sort de «son territoire» anderlechtois ce à quoi elle s'était toujours refusée jusqu'alors. Ce n'est pas l'esprit de clocher qui l'inspirait, mais la volonté de mettre en valeur la complémentarité des différentes structures qui ont été créées et dont chacune voit sa spécificité renforcée par l'inclusion dans l'ensemble cohérent qu'est le Secteur. Si cette fois-ci l'Équipe fait exception c'est, d'une part, qu'elle n'a pas voulu laisser aller à vau-l'eau une initiative intéressante momentanément privée des moyens nécessaires à son développement et, d'autre part, que les objectifs poursuivis, assurer l'étape ultime du patient dans une insertion professionnelle et sociale aussi complète que possible semble justifier une autonomie géographique de la structure qui veut ainsi se démarquer de toute démarche thérapeutique. Cette autonomie géographique doit naturellement s'appuyer sur une autonomie de gestion²¹⁸.

Les difficultés d'agrégation des appartements protégés

L'espoir d'obtenir l'agrégation est minime. L'Équipe dépose un projet de convention avec l'INAMI pour obtenir une journée d'entretien d'environ mille francs par jour. Le 15 juillet 1987, la demande de l'Équipe est soumise au Collège des médecins directeurs du service des soins de santé de l'INAMI.

Après un échange de vues, au cours duquel les membres du collège ont fait part de leurs réticences sur la conception du projet (séjour trop long, nombre de patients trop élevé par rapport à l'équipe thérapeutique, patients ayant séjourné dans d'autres établissements), le Collège des médecins directeurs émet un avis défavorable. Par ailleurs, il a précisé qu'il était opposé à l'élaboration d'une convention séparée pour une formule d'appartements supervisés. Seul un avenant qui viserait les patients en rééducation fonctionnelle dans l'établissement même et qui imposerait des conditions restrictives, pourrait éventuellement être envisagé. Comme il est impossible pour l'instant de bénéficier de subsides et comme les loyers constituent une recette négligeable, le budget de cette structure est déficitaire²¹⁹.

Les arrêtés royaux du 10 juillet 1990

Le 10 juillet 1990, le Roi signe plusieurs arrêtés portant sur la réorganisation de la psychiatrie, arrêtés préparés par le Ministre des Affaires Sociales, Philippe Busquin, qui avait, en 1988-1989, pris l'avis des praticiens de la santé au cours de

²¹⁸ AE, CA, 10/5/84 et AG, 10/5/84.

²¹⁹ AE, Lettre de F. Praet à J. Andry en date du 25/9/87 en annexe au CA du 28/10/87

tables rondes auxquelles plusieurs administrateurs et collaborateurs de l'Équipe s'étaient exprimés sur les questions posées par la psychiatrie extra-hospitalière. Le 27 juillet 1990, le *Moniteur Belge* publie huit arrêtés royaux suivis de trois arrêtés ministériels. L'Équipe est plus spécialement concernée par les arrêtés numéros 1858, 1859, 1860, 1863 et 1869 relatifs aux habitations protégées.

Les Habitations Protégées doivent, désormais, être considérées et gérées par une association d'institutions ou de services psychiatriques; celle-ci doit adopter la forme juridique d'une association sans but lucratif et comporter au moins, d'une part, un hôpital général avec service psychiatrique ou un hôpital psychiatrique et, d'autre part, un service ou centre de santé mentale.

L'Équipe n'est donc plus habilitée à gérer seule les habitations protégées créées il y a plus de cinq ans et réunies sous la dénomination «Prélude».

La création de l'asbl Juan-Luis Vivès (1990)

Déjà en 1984, il avait été suggéré par l'administrateur-délégué Jacques Andry de créer sous le nom de «Prélude» une association autonome regroupant les appartements protégés afin d'en faciliter la gestion. Désormais, l'Équipe n'a plus le choix, elle doit s'adapter aux nouvelles exigences légales et rechercher les partenaires requis pour créer une association conforme à celles-ci.

Il est naturel qu'une association ayant son siège social et ses activités principales à Anderlecht choisisse comme partenaire l'hôpital académique Érasme, géré par l'Université Libre de Bruxelles. Il aurait été souhaitable que le deuxième partenaire, soit le Service de Santé Mentale fonctionnant au Centre de Santé de la commune, et rappelons-le, pivot du Secteur. Mais ce service étant communal est obligatoirement bi-communautaire alors que l'Équipe et l'Université Libre de Bruxelles relèvent de la Communauté française. Le troisième partenaire sera donc le service Psycho-Belliard dirigé par le docteur Michel Souris et dont le pouvoir organisateur est l'ULB. Surgit alors un nouvel obstacle juridique : l'Hôpital Érasme et le Centre de Santé Mentale Psycho-Belliard, bien qu'ayant une gestion autonome n'ont pas de personnalité juridique distincte. En effet, l'ULB est la même personne morale pouvoir organisateur des deux institutions. Or, la constitution d'une asbl exige trois partenaires autonomes, il faut donc trouver un troisième comparse. La troisième personne, membre fondateur de la nouvelle institution sera une personne physique, à savoir, l'un des administrateurs de l'Équipe agissant à titre personnel, en l'occurrence Yves Pechon.

Après une longue étude juridique confiée à Monsieur Bricmann, juriste de l'ULB, les statuts sont enfin signés le 7 mai 1991.

L'association a été placée sous le patronyme d'un humaniste contemporain d'Érasme, Juan-Luis Vivès qui fut l'un des premiers à souhaiter que l'assistance aux personnes en difficulté relève de la solidarité de l'ensemble de la société et

non plus uniquement de l'Église, en même temps qu'il accordait une attention toute particulière à l'éducation et à l'enseignement²²⁰.

Finalement, les démarches entreprises dès la parution des arrêtés royaux, avant même la constitution de la nouvelle association, aboutissent à l'agrément de vingt-cinq places d'habitations protégées et à la reconnaissance, pour la section Prélude, du droit à la journée d'entretien²²¹.

²²⁰ Juan-Luis Vivès, né le 6 mars 1492 à Valence meurt le 6 mai 1540 à Bruges où il a été enterré dans la cathédrale Saint Donatien. A Louvain, il suit les cours d'Erasmus et séjourne ensuite en Angleterre où il est proche de Thomas More. Rentré aux Pays-Bas il publie «De subvertime Pauperum», ouvrage qui eut un grand retentissement et fut à la base du «Règlement d'Ypres» de 1525 qui confiait au magistrat de la ville l'organisation des secours. En 1560 un décret de Philippe II remet en cause ces dispositions pour rendre à l'Église l'organisation de la bienfaisance.

²²¹ AE, CA, 5/9/84 et AG, R.M., 1991.

CHAPITRE 16

LES RÉFORMES DE LA LÉGISLATION (1986-1990)

Un renouveau de l'idée de secteur serait-il possible ?

À la fin des années 80, au moment où les grands changements dont nous venons de parler sont d'actualité, l'Équipe s'interroge sur ses liens avec le Secteur et sur leur coopération mutuelle. Serait-il possible, pour la région de Bruxelles Ouest de relancer une organisation sectorisée de l'assistance psychiatrique en s'appuyant sur les réalisations médicosociales mises en place à Anderlecht au cours des dernières années?

Le lien entre le Service Psycho-Social communal et les structures de l'Équipe est basé sur la participation de plusieurs membres du personnel aux activités des deux institutions. En outre, elles entretiennent chacune des liens privilégiés avec les services sociaux de l'administration communale et du CPAS.

Le développement du programme de départ a cependant été freiné par :

- le manque de moyens mis, par le département de la santé publique à la disposition du Centre de Santé Mentale communal.
- l'organisation propre à chacune des institutions dont les règles de fonctionnement interne sont parfois allées à l'encontre d'une réelle collaboration.
- la réorganisation administrative du pays qui a placé sous la responsabilité des Communautés, française et flamande, l'aide aux personnes dont relèvent les centres de santé mentale alors que l'ensemble du secteur des soins de santé reste national, rencontrant en outre des difficultés particulières pour la région bi-communautaire de Bruxelles.

Pourrait-on espérer une relance de l'idée d'une organisation sectorisée de la psychiatrie sociale maintenant que depuis 1986, se manifeste tant de la part des responsables de la santé publique que de ceux de l'INAMI la volonté de réorganiser la psychiatrie dans une double optique :

- réduire les dépenses dans ce secteur des soins de santé.

- instaurer un contrôle fonctionnel et financier sur les structures expérimentales créées depuis vingt ans, en dehors du réseau hospitalier classique²²².

Ce sont plutôt de nouvelles difficultés qui vont apparaître par la remise en cause des conventions spéciales de réadaptation. Les structures psycho-socio-thérapeutiques devront fermement se défendre pour faire reconnaître leur spécificité.

Limitation des conventions spéciales par l'INAMI (mars 1986)

Rappelons que le régime des conventions spéciales est apparu à la fin des années soixante pour permettre aux organismes assureurs d'intervenir dans les traitements de réadaptation développés en dehors du cadre hospitalier classique. Il a adopté la formule du forfait couvrant globalement l'ensemble des prestations dont certaines n'étaient pas prévues dans la nomenclature des soins de santé. Les organismes assureurs interviennent en faveur de l'assuré, au cas par cas, chaque dossier devant être soumis au préalable au collège des médecins directeurs du service des soins de santé de l'INAMI. Au moment même où ce régime prend de l'extension, la notion de réadaptation s'élargit. Elle trouve son origine dans la volonté de faire réintégrer dans la vie sociale et professionnelle non seulement les victimes d'accidents du travail et de traumatismes physiques, mais aussi les handicapés et malades mentaux. L'Équipe a ainsi été l'une des premières institutions de réadaptation psychosociale à bénéficier d'une convention spéciale avec l'INAMI en 1968.

Ce régime des conventions spéciales a l'avantage de garantir une souplesse dans le fonctionnement d'organismes qui s'engagent dans une voie expérimentale et peuvent ainsi adapter leurs modalités de travail à l'évolution des besoins et des conceptions thérapeutiques. Une fois la convention négociée, l'INAMI n'a aucun droit de regard sur l'organisation des institutions en tant que telles, son rôle se limitant à veiller à ce que les assurés bénéficient des interventions sollicitées et n'en abusent point. C'est au Ministère de la Santé publique qu'est normalement confiée la mission de contrôler le fonctionnement des institutions par la procédure de l'agrément. Aussi, depuis plusieurs années, l'INAMI demandait aux institutions bénéficiant de conventions spéciales, d'obtenir une agrégation du Ministère de la Santé publique, en application de l'arrêté royal qui, en 1974, a défini les normes d'agrégation des services neuropsychiatriques. Ainsi le Foyer de l'Équipe a été agréé en indice «T».

En mars 1986, il est question de limiter les conventions spéciales aux seules prestations de rééducation non prévues dans la loi sur les hôpitaux,

²²² AE, Annexe au CA, 13/12/89.

l'hospitalisation pure devant être couverte par une journée d'entretien Santé Publique pour autant que les institutions entrent dans le cadre du secteur hospitalier. Cette proposition fut loin de susciter l'enthousiasme des institutions concernées et ce, pour deux raisons principales :

- la pratique de la réadaptation psychosociale dans des milieux de vie communautaire est incompatible avec la conception toute théorique selon laquelle l'hébergement et les actes de la vie quotidienne seraient exclus du cadre général de la réadaptation.
- l'objectif des institutions de réadaptation psychosociale a toujours été de se démarquer des hôpitaux en refusant l'isolement social et le cocon, protecteur peut être, mais peu stimulant, que représente le milieu hospitalier dont on a souligné à maintes reprises qu'il entretient l'aliénation plus qu'il ne la réduit. Les institutions de réadaptation veulent, au contraire, s'ouvrir vers la vie de la cité, favoriser les échanges culturels et sociaux, inciter le patient à reconquérir son autonomie, son dynamisme et stimuler la valorisation de soi par les techniques les plus variées. Intégrer de telles institutions dans le secteur hospitalier, isolat social au cadre nécessairement rigide, apparaît comme une aberration; dans l'hypothèse favorable où une telle mesure se résumerait à une simple question de langage administratif, elle pourrait, au fil du temps, mettre en grand danger la spécificité des institutions extra-hospitalières.

Il faut également souligner que la journée d'entretien fixée par convention particulière négociée avec le service de Réadaptation de l'INAMI n'est pas une libéralité des services publics mais un droit reconnu au patient en application de l'assurance maladie, soit en tant qu'assuré ayant personnellement cotisé soit en tant qu'ayant-droit. Ceci explique que l'intervention de l'INAMI ne peut être acquise qu'après présentation d'un dossier individuel.

Le cas particulier de l'Équipe

Si toutes ces réformes étaient appliquées, cela entraînerait de graves problèmes financiers pour l'Équipe.

Deux conventions régissent les rapports de l'Équipe et de l'INAMI. L'une porte sur les internats, l'autre sur les externats. Les taux d'intervention sont forfaitaires, couvrent la totalité des prestations fournies et aucune intervention personnelle ne peut être réclamée au patient en dehors de la quote-part légale «hôtellerie».

Si l'on venait à remplacer le régime des conventions particulières par le régime hospitalier, l'Équipe verrait la journée d'entretien réduite à environ un tiers de sa valeur actuelle. Si le régime hospitalier permet l'ajustement aux frais réels celui-ci ne peut être obtenu qu'après présentation des documents justificatifs portant sur un an de fonctionnement. Ensuite l'étude du dossier par les services

de contrôle demande encore environ une année. Cela signifie que, pendant deux ans au minimum, l'Équipe devrait assurer sur ses fonds propres les deux tiers des frais de fonctionnement. Il n'est pas de l'intérêt général que les structures intermédiaires gérées par l'Équipe passent du régime des conventions particulières au secteur hospitalier classique²²³.

1988 : Constitution d'un groupe de travail

L'Équipe n'est pas la seule institution à être confrontée à ce problème.

Une dizaine de structures de réadaptation psychosociale, dont la plupart fonctionnent dans la région bruxelloise décident de se regrouper et de mettre en commun leur expérience pour tenter de définir les critères spécifiques des institutions extra-hospitalières psycho-socio-thérapeutiques.

Les réunions de travail se tiennent dans les locaux de la Ligue Bruxelloise Francophone de Santé Mentale qui assure le secrétariat et accorde son appui à la réflexion en cours.

L'Équipe est représentée au sein de ce groupe de travail par la Présidente, Lucette Decroly et l'Administrateur-Délégué, Jacques Andry.

Malgré la diversité des institutions concernées, l'étude a permis de dégager un consensus sur quelques caractéristiques générales des structures psycho-socio-thérapeutiques parmi lesquelles il faut souligner :

- l'orientation nettement thérapeutique -et non purement sociale ou d'animation culturelle- des institutions. Ceci a pour corollaire qu'elles s'engagent à fonder leurs interventions sur un diagnostic médical, psychologique et social aussi précis que possible ainsi qu'à reconnaître la responsabilité médicale non seulement dans l'application générale du processus de réadaptation, mais dans les relations déontologiques avec l'extérieur ainsi qu'à l'égard des organismes assureurs supportant la charge financière des soins.
- l'établissement d'un programme de réadaptation conçu comme une démarche d'ensemble intégrant l'apport des différentes techniques, y compris les modalités pratiques de la vie quotidienne.
- un objectif de réinsertion dans la famille, la société et, dans les cas les plus favorables, la vie professionnelle. La réinsertion est fondée sur l'autonomie psycho-relationnelle et une qualité de vie qui tienne compte de l'évolution individuelle et des limites de chacun.

²²³ AE, Farde 1989, Centre de réadaptation ou Hôpital?, sd.

- la reconnaissance de ce que le traitement de réadaptation demande du temps, que la durée peut varier selon les personnes, qu'elle n'est pas uniquement fonction d'un diagnostic de départ, mais qu'elle résulte d'un ensemble de facteurs parfois imprévisibles et que, en tout état de cause, elle ne peut être fixée arbitrairement à quinze jours, six semaines ou trois mois comme certains voudraient le faire dans une perspective de rationalisation budgétaire.

Au-delà de ces critères généraux, la multiplicité des institutions doit être protégée car elle répond à la diversité des besoins et de situations régionales ou locales.

Le travail réalisé sous l'égide de la Ligue Bruxelloise Francophone de Santé Mentale a le mérite de favoriser le dialogue entre institutions et de préparer les arguments qui permettront de défendre la spécificité du secteur extrahospitalier lorsque le moment sera venu d'en discuter avec les autorités de tutelle. Celles-ci, mieux informées des réalités vécues sur le terrain pourront concevoir des normes d'agrément inspirées par l'expérience²²⁴.

La Fédération des structures psycho-socio-thérapeutiques : FSPST, (fin 1988-début 1989)

En décembre 1988 il devient urgent de structurer le groupe constitué dans un premier temps en association de fait, il devrait se donner aussi vite que possible le statut d'association sans but lucratif afin que lui soit reconnue la personnalité civile²²⁵.

L'Équipe est amenée à définir sa position devant ce projet en rappelant que, à elle seule, elle représente près de un tiers du budget consacré à l'ensemble de ces quelque 25 institutions²²⁶.

L'Équipe souhaite, entre autres, que la nouvelle Fédération affirme son autonomie par rapport à la Ligue Bruxelloise Francophone de la Santé Mentale pour les raisons suivantes :

²²⁴ AE, AG, 1/6/88 et AG, 17/5/89.

²²⁵ À côté de l'Équipe on note la présence d'Antenne 110, les Orchidées, Chez Nous, le Nidoux, le Centre Psychothérapeutique de Jour (Marcinelle), la Ferme du Soleil, les Goélands, les Blés d'Or, le Centre Orthogénique (Mont-sur-Marchienne), le Canevas, le Centre Psychosocial de Jour (WOPS), le Centre Psychothérapeutique de Nuit (WOPS), le Bivouac, l'Ancre, le Club Antonin Artaud, le Gué, la Maison du Wolvendael et le Centre de Jour de l'Institut Fond'Roy.

²²⁶ Document appartenant à Lucette Decroly, Projet des statuts rédigés sous l'égide de la Ligue Bruxelloise Francophone de Santé Mentale, sd.

- la Ligue patronne des services préventifs, les centres de santé mentale, par ailleurs devenus autonomes au titre de l'A.R. de mars 1975. Ses activités ne relèvent donc pas du réseau des soins de santé alors que les structures psycho-socio-thérapeutiques sont en convention avec l'INAMI;
- la Ligue est communautarisée et régionalisée alors que l'INAMI est fédéral et que des centres de la communauté flamande sont conventionnés aussi bien que des centres de la communauté française.

La Ligue Bruxelloise Francophone de la Santé Mentale n'est donc pas représentative des structures psycho-socio-thérapeutiques, en dépit de l'appui qu'elle a accordé au groupe de travail.

L'Équipe préfère, dans un premier temps, s'abstenir d'adhérer à la Fédération aussi longtemps que cette question n'aura pas été clarifiée²²⁷. C'est chose faite en août 1991 : la Fédération constituée en association sans but lucratif regroupe alors uniquement les structures conventionnées avec l'INAMI quelle que soit la région où elles fonctionnent. La Fédération des structures psycho-socio-thérapeutiques (FSPST) pouvant désormais être considérée comme représentative de celles-ci sur le plan national, l'Équipe la rejoint adhérent pleinement à son objectif.

L'objectif de cette fédération est «une action groupée pour, d'une part, faire connaître en tous milieux la spécificité du travail psycho-socio-thérapeutique extrahospitalier mené dans une optique de rééducation intensive par des équipes pluridisciplinaires et d'autre part, défendre les structures qui s'inscrivent dans cette pratique en vue d'assurer le cadre administratif et thérapeutique adéquat à leur mission». Il doit permettre aux institutions de se positionner collectivement comme partenaire des décideurs tels que les Ministères ou l'administration. Il est aussi très important pour qu'elles puissent poser leur candidature aux tables rondes que le Ministre Philippe Busquin prévoit de convoquer au cours de l'année 1989²²⁸.

Les tables rondes de la santé (1989)

En 1989, l'Équipe participe à de nombreuses rencontres avec les responsables d'institutions extra-hospitalières poursuivant des objectifs comparables afin de

²²⁷ Document appartenant à Lucette Decroly, Position de l'Administrateur Délégué à l'égard de la Fédération des Structures P.S.T., (20/1/89).

²²⁸ Document appartenant à Lucette Decroly, Fédération des structures Psycho-Socio-Thérapeutiques, 17/1/1989; Lettre de J. Andry à la F.S.P.S.T. en date du 5 juillet 1991; Lettres de J.-C. Renette à L. Decroly en date du 8 janvier 1991 et du 14 juin 1991 et Moniteur Belge, 1 août 1991, n° 11963, pp. 5369-5372 et n° 11964, p. 5372.

dégager les grandes lignes d'une politique de reconnaissance de la spécificité des structures psycho-thérapeutiques extra-hospitalières.

Elle est présente aux tables rondes de la santé convoquées par les instances ministérielles afin que ne soient négligés, dans la réflexion générale souhaitée, ni les besoins de la santé mentale ni ceux de la réadaptation psychosociale. Les documents appelés à étayer ces points de vues ont été préparés en étroite collaboration avec la Fondation Julie Renson. Les réunions se déroulent à Mons, Liège, Charleroi, Namur, Bruxelles et Libramont. Lors de ces tables rondes, les représentants de l'Équipe ont particulièrement insisté sur la situation particulière de la psychiatrie sociale en Belgique, ce qui les a amenés à être reçus personnellement par le Ministre Busquin, le 17 octobre 1989 et par plusieurs membres de son cabinet le 14 novembre suivant²²⁹.

Les arrêtés royaux du 10 juillet 1990

Après que le Ministre des Affaires Sociales, Philippe Busquin ait, en 1988-1989, pris l'avis des praticiens de la santé au cours de ces Tables Rondes, le 27 juillet 1990, le Moniteur Belge publiait huit arrêtés royaux. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, l'Équipe est plus spécialement concernée par les arrêtés royaux relatifs aux habitations protégées.

En arrière plan du programme ministériel, inspiré au départ par le souci de réaliser des économies, se manifeste la volonté de coordonner les soins psychiatriques sur le plan local et d'encourager la collaboration entre toutes les instances concernées. L'Équipe ne peut que se réjouir et immédiatement établit les contacts nécessaires pour mettre la gestion de ses habitations protégées en conformité avec les nouvelles dispositions légales ainsi que cela a été exposé au chapitre précédent²³⁰.

²²⁹ AE, AG, 17/5/89.

²³⁰ AE, AG, 23/5/90 et AG, 22/5/91.

CHAPITRE 17

UN NOUVEAU PROJET : LE CENTRE RÉSIDENTIEL POUR TOXICOMANES PSYCHOTIQUES (1993)

Une lacune à combler

Alors même que les Tables Rondes de la Santé ont intégré dans leurs travaux une réflexion sur la santé mentale, il est une autre question qui préoccupe la société belge : la lutte contre les toxicomanies. Qu'il s'agisse de prévention, de traitement ou de réinsertion sociale, les moyens à mettre en oeuvre sont loin de faire l'unanimité que ce soit dans le monde politique, social ou médical.

Ils vont d'un renforcement des mesures sécuritaires à la mise en place d'un réseau diversifié de prise en charge médicosociale.

Mais dans aucune de ces structures spécifiques pour toxicomanes l'accent n'est mis sur les pathologies mentales associées. Quant aux institutions de soins psychiatriques elles sont réticentes à accepter des toxicomanes.

Or, non seulement on note une augmentation du nombre de patients chroniques qui utilisent des drogues illégales, mais dans la population institutionnalisée le phénomène est plus ample encore. La population à plus haut risque est sans conteste celle des psychotiques. Les raisons avancées par les patients eux-mêmes sont l'ennui, le manque d'activité et l'euphorie produite par la drogue. Dans les communautés pour malades mentaux les substances illégales sont en compétition avec les médicaments prescrits et les patients semblent souvent préférer les premières aux secondes.

Il conviendrait donc de combler la lacune constatée dans le réseau des structures d'aide et de soins aux toxicomanes en prévoyant un centre d'hébergement pour les patients présentant le double diagnostic. La mission de cette structure serait la réhabilitation psychosociale par l'intégration des modèles de traitement de la toxicomanie et des pathologies psychiatriques chroniques.

Les objectifs du centre résidentiel pour toxicomanes

Les objectifs d'un tel centre sont multiples et pas toujours aisés à réaliser dans la société qui est la nôtre :

- les objectifs médicaux : Ils sont simples mais les premiers à prendre en considération. Ils relèvent de l'hygiène et de la santé publique. Ils comprennent le traitement et la prévention des pathologies médicales

associées aux toxicomanies. Parmi les objectifs médicaux sont rangés les objectifs spécifiquement psychiatriques.

- les objectifs psychologiques : Ils sont triples et concernent le traitement de la toxicomanie en elle-même, le traitement de la pathologie mentale et le traitement de l'interaction entre les affections précitées.
- les objectifs sociaux : deux faits montrent l'importance des facteurs sociaux pour l'issue d'une toxicomanie : la désinsertion sociale favorise la reprise du produit et la toxicomanie entraîne une désinsertion sociale. Ce paradoxe de deux causes qui s'amplifient est difficile à résoudre. De nombreux patients toxicomanes ne bénéficient pas ou plus d'une assurabilité en règle. Il peut être surmonté par une procédure de candidature qui inclurait déjà un important travail social. Il s'agirait en pratique de permettre au patient de recouvrer le bénéfice de son assurabilité en vue de son entrée, en travaillant en collaboration avec les services pourvoyeurs de patients et avec les mutuelles et les CPAS. Ce travail permettrait l'accès du centre à une population plus large et pour laquelle la nécessité de soins s'impose davantage. Il serait ensuite poursuivi avec des objectifs ciblés selon les demandes du patient (soutien dans des démarches administratives, recouvrement d'un travail, reprise d'études...). Dans tous les cas, le soutien social est de première importance pour la réalisation des objectifs psychologiques.

Concrétisation du projet

L'idée de créer une telle structure thérapeutique est due au docteur Philippe Hennaux, Médecin-directeur du Foyer; elle est relayée par son proche collaborateur Michel Bagukowski dès le début de l'année 1993.

En juin 1995, se basant sur les nombreuses études épidémiologiques réalisées tant en Europe qu'aux États-Unis, Philippe Hennaux présente au conseil d'administration de l'Équipe un dossier scientifique solidement construit. Celui-ci met en évidence deux faits importants :

- la présence des pathologies mentales est largement supérieure chez les toxicomanes à celle que l'on observe dans la population générale d'où l'essor de deux nouveaux concepts psychiatriques : la comorbidité et le double diagnostic;
- la présence d'une pathologie mentale associée à la toxicomanie donne aux deux pathologies un pronostic plus mauvais.

Philippe Hennaux conclut que, dans une telle population, le problème de la toxicomanie ne peut être résolu sans traitement conjoint de la pathologie associée.

Conscient des difficultés que risque de rencontrer la réalisation d'un Centre de Traitement s'adressant à la double pathologie, le conseil d'administration décide cependant de soutenir le projet car il répond bien à l'objet social de l'association, l'étude technique de toute réalisation d'assistance, de traitement et de réadaptation pour les malades mentaux dans une optique à la fois sociale et scientifique.

Avec l'appui financier du conseil d'administration, Philippe Hennaux et Michel Bagukowski se rendent à l'étranger et jusqu'aux U.S.A. pour se documenter sur ce qui aurait pu y être réalisé dans ce domaine. Si ce voyage leur permet de glaner nombre de renseignements intéressants, ils en reviennent persuadés de l'originalité du projet qu'ils défendent. Leur enthousiasme convainc le conseil d'administration et, dès lors, l'étude du projet se poursuit de manière très concrète :

- la recherche d'un immeuble répondant tant par son implantation que par la disposition des lieux aux objectifs de la nouvelle structure;
- la préparation d'un dossier financier visant à obtenir de l'INAMI une convention spéciale.

L'implantation de l'immeuble doit concilier deux exigences : d'une part assurer l'indépendance géographique du nouveau centre par rapport aux autres structures de l'Équipe, d'autre part, permettre une liaison aisée avec les services administratifs de l'Équipe.

Les investigations aboutissent à l'achat, le 17 mars 1995, d'une propriété située rue Hôtel des Monnaies à Saint-Gilles ce qui explique le choix du nom du nouveau centre «La Pièce»²³¹.

Ces négociations avec l'INAMI seront longues et laborieuses malgré l'évidente bonne volonté des fonctionnaires concernés soumis eux-mêmes aux entraves budgétaires. Elles aboutissent à la signature d'une convention qui ne satisfait pas entièrement le conseil d'administration. Cependant, vu l'intérêt social et scientifique de l'expérience, il accepte d'en assumer les risques financiers se réservant le droit de faire reconnaître ultérieurement ses thèses, les faits vécus étant de meilleurs arguments que les supputations théoriques.

Il restera encore à défendre âprement le projet devant les services de l'urbanisme. Dans un premier temps, l'Équipe se voit refuser par les services communaux Saint-Gillois le permis de bâtir nécessaire à la réalisation des aménagements. L'association devra faire usage d'un droit de recours pour obtenir satisfaction. Beaucoup d'éléments portent à croire que le premier refus tenait davantage à la

²³¹ AE, CA, 4/2/95.

nature des pathologies des futurs pensionnaires qu'à de réelles considérations urbanistiques !

Le service ambulatoire complémentaire de «La Pièce»

Parallèlement à La Pièce, lieu de vie communautaire en internat visant à la réadaptation, se développe bientôt un service ambulatoire sis au même endroit, mais autonome.

Celui-ci vise à offrir aux patients présentant le double diagnostic de pathologie mentale et de toxicomanie une évaluation approfondie de la demande et un accompagnement pluridisciplinaire. Ce service s'est baptisé «Babel», lieu de parole où la candidature peut être analysée de manière circonstanciée, le projet thérapeutique choisi en accord avec le patient et l'envoyeur habituel et où peut être assuré le follow-up après traitement avec pour objectif de stabiliser la réinsertion. Enfin, le service ambulatoire se propose de devenir un centre de référence encourageant la réflexion sur les multiples zones d'intersection entre maladie mentale et usage de la drogue et ainsi contribuer à la formation continue des professionnels.

CHAPITRE 18

LES DERNIÈRES GRANDES RÉFORMES ADMINISTRATIVES DE L'ÉQUIPE (1987-1995)

La création d'un conseil médical à l'Équipe (1987)

L'arrêté royal du 10 août 1987 impose la création d'un conseil médical dans les institutions hospitalières. Ce conseil est défini comme l'organe représentant les médecins et par lequel ceux-ci sont associés à la prise de décisions à l'hôpital.

Bien que la constitution d'un tel Conseil consultatif ne soit pas obligatoire pour les structures psycho-socio-thérapeutiques, il est un organe de concertation jugé utile par tous. Il doit être constitué par des médecins faisant naturellement partie de l'institution, soit, pour l'Équipe, le Directeur Médical Jean Vermeylen et les trois Médecins-Directeurs, Michel Aflalo pour le CRIT et le CODE, Jacques Michiels pour le BER et Claire Bronchart pour le Foyer.

Ce Conseil Médical se réunit une fois par mois. Après avoir consulté les membres du personnel il donne son avis au Bureau sur la conception et l'exécution des programmes thérapeutiques. Son président le représente auprès des organes de gestion et aux réunions du Bureau²³².

Les réformes comptables exigées par l'INAMI (1988)

Entre-temps, l'INAMI a pris une initiative en imposant aux institutions de nouvelles dispositions comptables, qui leur ont été communiquées en décembre 1987 et doivent être appliquées dès le premier janvier 1988. L'Équipe doit prendre d'urgence des mesures pratiques pour répondre aux nouvelles exigences de l'INAMI. Heureusement, cet organisme a accepté d'en allonger les délais d'application.

En 1988, l'Équipe adopte la nouvelle présentation des comptes. C'est un travail délicat car il ne faut pas pour autant renoncer à des modalités de présentation qui ont donné satisfaction pendant des années et permettaient aux administrateurs de suivre l'évolution de la situation financière. Cette réforme s'accomplit en parallèle avec l'informatisation des services administratifs et comptables de l'association²³³.

²³² AE, Farde 1988, Procès verbal - Conseil médical de l'Équipe a.s.b.l., 10/10/88.

²³³ AE, AG, 1/6/88 et AG, 17/5/89.

Le Conseil des Sages (1993)

En 1993, alors qu'elle est elle-même depuis plusieurs années présidente du conseil d'administration de l'Équipe, Lucette Decroly estime que le moment est venu de préparer l'avenir de la gestion de l'Équipe car ceux qui s'y sont dévoués pendant longtemps voient se profiler la fin de leur carrière. Il est nécessaire de remettre aux successeurs «un outil de travail efficace respectant l'esprit des fondateurs et la philosophie humaniste et libre examinateur qui les inspirait». De plus, après trente ans d'existence, il est légitime qu'une association s'interroge sur elle-même et sur son devenir.

Un groupe de travail, parfois surnommé le «Conseil des Sages», est constitué. Les administrateurs, Luc Dierckx, Alfred Sand, Marc Cumps et Didier Letist en sont les membres. D'éventuels consultants pourront apporter leur concours. Ce groupe de travail doit proposer l'organigramme idéal de l'association tout en tenant compte des fonctions et des personnes. Il s'est donc penché en priorité sur les points suivants :

- les caractéristiques des tâches effectuées par la Directrice Administrative et l'Administrateur Délégué ainsi que les éventuelles modifications dans l'attribution de leurs missions.
- la proposition d'un plan permettant de préparer, à moyen terme la succession des personnes actuellement chargées de ces fonctions, c'est-à-dire Éliane Vindevogel et Jacques Andry.
- des propositions relatives au fonctionnement de la comptabilité.

L'enquête menée par le groupe de travail doit permettre de définir ou de redéfinir clairement les devoirs de la Direction Administrative (Jade)²³⁴.

La Direction Administrative (Jade)

En théorie, la Direction Administrative est exercée par l'Administrateur Délégué et la Directrice Administrative, aidés par une secrétaire, une assistante en informatique et une archiviste. L'Administrateur Délégué se charge principalement de la gestion journalière de l'association qui s'exerce en collaboration avec le Bureau composé du Président, du Vice-Président, du Trésorier, du Secrétaire... La Directrice Administrative est chargée de la centralisation et de la diffusion des informations indispensables à une bonne gestion de l'association, elle doit formellement s'abstenir d'intervenir dans les aspects thérapeutiques qui sont de la seule responsabilité du Directeur Médical. C'est à ce dernier qu'il incombe de suggérer au conseil d'administration toutes

²³⁴AE, AG, 19/5/93.

les mesures utiles au bon fonctionnement médico-social des structures et des services de l'association.

Les conclusions du «Conseil des Sages»

Les conclusions du groupe de travail sont formelles : il faut reformuler les compétences et les responsabilités tant de la Directrice Administrative que de l'Administrateur Délégué. L'actuelle distribution de leurs fonctions et de leurs tâches n'est pas conforme à celle prévue par les statuts de l'Équipe. Le groupe de travail estime qu'une relève dans ce secteur de l'administration doit être prévue dans un avenir relativement proche.

Le conseil d'administration sera ainsi amené à négocier avec Éliane Vindevogel les conditions les plus favorables possible de sa fin de carrière en même temps qu'il redéfinira le contenu de la fonction en vue du recrutement de son successeur.

L'analyse de la fonction d'administrateur-délégué telle qu'elle est actuellement exercée par son titulaire met en évidence une situation qui doit être modifiée. En effet, plusieurs éléments de la gestion quotidienne sont confiés au Groupe Fran dont Jacques Andry est l'administrateur-gérant. Il en résulte qu'en tant qu'administrateur-délégué de l'Équipe il a l'obligation de contrôler les services d'une entreprise extérieure dont il est lui-même le responsable.

Cette situation de «contrôlé»->«contrôleur» est tout à fait inacceptable et pourrait, à juste titre, donner lieu à des interprétations préjudiciables à la bonne foi des parties.

Le groupe de travail estime que, pour assurer dans la clarté le partage des tâches après l'arrivée d'un nouveau Directeur Administratif, la question du poste d'Administrateur Délégué soit rediscutée dans un avenir imminent.

Redéfinition de la fonction de Directeur Administratif (1994)

1994 est une année charnière en ce qui concerne l'organisation de la gestion administrative quotidienne de l'ensemble de l'association et des structures diversifiées et autonomes sur le plan thérapeutique qui la constituent.

En juin, Éliane Vindevogel, Directrice Administrative de la première heure prend sa retraite.

Afin d'éviter à l'avenir tout conflit de compétence, il convient de redéfinir les obligations qu'aura à assumer son successeur tant à l'égard du conseil d'administration et du personnel que des services extérieurs sans limiter pour autant l'autonomie nécessaire aux initiatives que doit comporter le bon exercice de la fonction.

Le Directeur Administratif est exclusivement responsable devant le conseil d'administration. Ses fonctions sont fort diversifiées et de première importance : il est

- le collaborateur direct du Président et exécute les missions qui lui sont confiées dans le cadre des obligations légales et statutaires auxquelles est soumise l'association : établissement des comptes et budget, gestion du patrimoine
- le directeur du service administratif Jade en ce compris la comptabilité et l'hôtellerie
- le chef administratif du personnel
- le responsable des relations extérieures tant avec les pouvoirs publics (Ministères - INAMI) qu'avec les autres structures psycho-socio-thérapeutiques et tout organisme avec lequel l'Équipe collabore ou est associée.

Enfin, l'association l'Équipe étant, par délégation statutaire, chargée de la gestion quotidienne de l'association Juan-Luis Vivès, le Directeur Administratif exécute les tâches inhérentes à cette responsabilité.

Ces bases ayant été définies, il est procédé au recrutement du «nouveau» directeur administratif, Ronald De Greef²³⁵.

La disparition du poste d'Administrateur Délégué (1995)

Le «Conseil des Sages» rappelle que cette fonction n'est expressément mentionnée dans les statuts de l'asbl que dans un seul contexte précis, à savoir la convocation d'une assemblée générale extraordinaire, qui peut être effectuée à l'initiative du Président ou de l'Administrateur Délégué. Les pouvoirs de ce dernier sont donc très limités.

Comme le nouveau Directeur Administratif, Ronald De Greef, exercera la plénitude de ses fonctions dès le premier juillet 1995 et que d'autre part, les fréquentes réunions du Bureau permettent, dans le cadre de la gestion quotidienne des activités de l'Équipe, d'offrir une instance de référence régulièrement accessible, il est proposé de ne plus désigner d'Administrateur Délégué après le 30 juin 1995, date à laquelle Jacques Andry quitte son poste. Il

²³⁵ AE, CA, 28/2/94. Avis du professeur Pierre Recht après examen du dossier d'information portant sur la réorganisation administrative de l'asbl l'Équipe et AE, Farde 1993, L'Équipe. Groupe de Travail/L'Équipe (CA) 1993, 10/5/93.

est entendu que ce dernier reste administrateur régulièrement élu par l'assemblée générale²³⁶.

Une nouvelle fonction : le Régisseur (1995)

Le conseil des sages pense que pour l'entretien courant des bâtiments, il serait utile de prévoir un technicien adjoint au directeur administratif. Ce poste, qui correspond approximativement au niveau des compétences d'un contremaître des techniques du bâtiment serait à assurer pendant environ huit heures par semaine.

Ce «Régisseur des Bâtiments» aurait à prévoir les petits travaux d'entretien à effectuer au jour le jour et à en contrôler l'exécution en supervisant le travail des ouvriers d'entretien.

En 1995, l'asbl, Belgian Senior Consultants est contactée par l'Équipe et pense pouvoir fournir un personnel compétent. Une convention est conclue par le Bureau avec cette association qui délègue Georges Van Cuyck auquel sera confié la régie des bâtiments de l'Équipe²³⁷.

²³⁶ AE, CA, Projet de PV, 3/5/95.

²³⁷ AE, CA, 27/8/93; CA, Projet de PV, 3/5/95 et CA, 13/6/95.

CHAPITRE 19

APERÇU SYNTHÉTIQUE SUR L'HISTOIRE DE L'ÉQUIPE

À la fin des années cinquante et au début des années soixante, l'action de la Fondation Julie Renson réussit à rassembler de nombreuses personnes intéressées par une réforme de la psychiatrie belge, la conférence du docteur Roger Amiel propage les idées de la psychiatrie sociale dans le monde scientifique, le rapport de l'assistance psychiatrique met en évidence les carences du système et la Journée Mondiale de la Santé Mentale ainsi que l'Année Mondiale de la Santé Mentale ont un impact important auprès du grand public et des institutions nationales. Le monde scientifique et politique est alors prêt à accueillir les initiatives nouvelles et l'air du temps est propice à leurs concrétisations. Les fondateurs de l'Équipe vont profiter de cette situation favorable et la création de l'association en est facilitée.

L'Équipe, tout comme la Fondation Julie Renson, a vu le jour grâce à un ensemble de volontés individuelles. Des personnes dont l'expérience est déjà reconnue, ayant de nombreux contacts ou occupant des positions clés se sentent prêtes à relever le défi. Si leurs relations dans les milieux de la santé et de la politique ont ouvert de nombreuses portes c'est vraiment leur conviction et leur volonté qui a permis au projet d'aboutir. Leur mérite a été aussi de faire confiance à des jeunes apportant leur enthousiasme pour tenter l'expérience mais aussi animés par la certitude que pour progresser, il fallait innover et dépasser les considérations théoriques pour les mettre à l'épreuve de réalisations concrètes.

La jeune association «L'Équipe» a de grandes ambitions. Tout en s'intégrant dans le cadre du Secteur d'Anderlecht, elle tente d'apporter une réponse institutionnelle originale à trois catégories de malades qui, en phase de décompensation, vivent une grande souffrance personnelle et posent un maximum de problèmes psychiatriques et sociaux : les psychotiques, les états-limites (ou *border-line*) et les névrotiques graves. Le traitement et la réadaptation d'un patient ont comme objectif commun son mieux-être, le renforcement de son identité sociale et l'amélioration de la qualité ainsi que de la quantité de ses échanges sociaux avec ceux qui partagent son milieu de vie. Pour atteindre ces objectifs, l'Équipe développe des concepts thérapeutiques novateurs et originaux en Belgique.

La citation suivante est présente dans le règlement de travail de l'Équipe :

«Il est souvent difficile de concilier les exigences économiques et politiques de la société où nous vivons et l'intérêt du patient. Néanmoins, nous devons rester en

toute occasion le défenseur de celui-ci et préserver notre indépendance et notre éthique professionnelle vis-à-vis du corps social comme des différents pouvoirs»²³⁸.

Les thérapeutes de l'association ont toujours respecté ces principes, même aux moments les plus délicats de l'histoire de l'association. Par exemple, lorsqu'il fallut concilier les principes de réadaptation et les soucis de rentabilité de l'Atelier protégé.

Les initiatives de l'Équipe précèdent souvent la législation belge. Cela ne va pas sans poser de problèmes puisque l'association manque de repères et de références lorsqu'elle tente ses expériences nouvelles. D'un autre côté, les projets de l'association jouent un rôle important dans l'évolution et les réformes de la législation nationale. Ainsi, en 1964, il n'existait aucun texte de lois concernant les structures intermédiaires. Pour que le Foyer de Réadaptation de l'Équipe puisse être agréé par le Fonds de Réadaptation Sociale et Professionnelle, le Ministère de la Santé Publique doit créer un indice «Q». De même, à la fin des années quatre-vingt, L'Équipe jouera un rôle notable dans les travaux préparatoires aux arrêtés royaux du 10 juillet 1990 qui posent le cadre légal dans lequel évoluent les appartements protégés.

Il ne suffit pas d'avoir des idées originales pour être assuré du succès. Encore faut-il avoir les moyens financiers pour réaliser ses ambitions. Les frais de traitements de réadaptation comportent généralement des prestations non reprises par la nomenclature des soins de santé. Ils sont pris en charge par le service de réadaptation de l'INAMI sur base d'une convention signée entre celui-ci et le centre de réadaptation et qui prévoit une intervention forfaitaire. Or, aucune des conventions conclues par le service de réadaptation de l'INAMI n'était indexée. Si l'on considère que le coût des traitements est fortement influencé par les salaires qui eux subissent l'évolution de l'index et par les prix de détail, les forfaits de réadaptation sont, au cours d'un exercice budgétaire, continuellement dévalués dans des proportions non négligeables. Les centres de réadaptation n'ont donc d'autre recours que de dénoncer leur dernière convention afin d'obtenir la conclusion d'une nouvelle. Ces formalités sont toujours longues et insécurisantes et le taux du forfait fixé par la nouvelle convention est souvent déjà dépassé par les événements lorsqu'elle est signée. Cette pénible situation empoisonna les premières années d'existence de l'Équipe et faillit même causer sa perte. Heureusement, à partir de 1978, le prix de la journée d'entretien est augmenté et suivra régulièrement le cours de l'index. Dès lors, l'association est beaucoup plus à l'aise financièrement et dispose enfin de moyens financiers pour mener à bien ses ambitions thérapeutiques.

²³⁸ AE, Règlement de travail, 10 mai 1993, p. 2.

Le rôle de l'administrateur-délégué ne doit pas être sous-estimé même s'il est parfois l'objet de controverses nées de l'inévitable différence de mentalité entre soignants et gestionnaire financier. Lorsqu'il entre à l'Équipe, celle-ci se trouve dans une situation particulièrement délicate liée notamment au fonctionnement déficitaire de l'Atelier de Réadaptation. Par sa formation d'ingénieur commercial, il est attaché à la notion de gestion scientifique de l'entreprise. Il en introduit les principes face aux équipes thérapeutiques peu accoutumées à cette rigueur. Sa tenacité aura raison de leurs réticences alors que, lui-même, saura faire preuve de la souplesse nécessaire à la défense de l'humanisme qui a toujours inspiré l'association. Jusqu'à la fin de années septante, l'administrateur délégué va imposer des mesures draconiennes et une gestion stricte qui, bien qu'impopulaires, ont sauvé l'Équipe de la faillite. À partir de 1978, lorsque de nouvelles et avantageuses conventions INAMI seront conclues, sa mission sera de moindre importance.

Le nombre croissant de structures et leur spécialisation montrent à quel point l'Équipe tente de s'occuper des multiples facettes de la maladie mentale. Elle propose une véritable «psychiatrie à la carte» puisqu'elle dispose d'un internat (le Foyer), d'un centre de réadaptation (le CRIT), d'un centre de jour, d'un centre occupationnel et d'appartements supervisés. Les thérapeutes de l'association espèrent que cette grande diversité permettra au malade, d'étape en étape, de structure en structure, de se détacher progressivement de l'institution mère pour se replonger dans le quotidien.

L'Équipe a encore beaucoup d'autres projets à l'étude afin de compléter ses services et de pallier les manques du Secteur. Nous connaissons la persévérance des administrateurs ainsi que celle des membres des équipes thérapeutiques de l'association. Dès lors, il ne serait pas étonnant de voir un jour l'Équipe ouvrir un Restoclub, un Centre de Crise ou une ferme thérapeutique. Il devrait en être de même pour les quelques malheureuses structures qui ont dû fermer comme l'Atelier protégé ou l'OPS que de nombreuses personnes regrettent...

Contrairement à ce qu'une rapide lecture pourrait laisser penser, les différentes structures de l'Équipe ne sont pas immuables. Elles évoluent au fil du temps selon divers facteurs tels que la situation géographique, les membres du personnel, les théories thérapeutiques en vigueur et même le caractère des patients qui la fréquentent. Plusieurs années de travail et d'expérimentation sont nécessaires pour que ces structures développent leur propre identité et perfectionnent leur modèle thérapeutique. Chacune d'elles désire naturellement acquérir une relative autonomie par rapport au reste de l'Équipe. Au fil du temps, l'association se transforme. Formée de deux structures à l'origine, elle devient un grand ensemble où se cotoient des équipes de plus en plus nombreuses. Cette situation de plus en plus complexe entraîne nécessairement des changements dans la gestion d'autant que l'association a l'ambition de poursuivre ses objectifs en s'engageant dans des réalisations nouvelles.

Cette multiplication des structures et des équipes, chacune fort attachée à son autonomie a un inconvénient, le cloisonnement. Plusieurs initiatives seront tentées pour renouer le dialogue; par exemple, en 1989, des séminaires inter-structures sont régulièrement organisés dans les locaux du Fil d'Ariane mais sans obtenir de résultats probants.

Cette croissance de l'Équipe ne va pas sans poser d'autres problèmes. Le nombre grandissant de structures, un personnel de plus en plus important et des interlocuteurs de plus en plus nombreux entraînent une notable augmentation du travail administratif. Des réformes sont nécessaires et la création de Jade ou la nouvelle définition des tâches du Directeur Administratif sont d'heureuses initiatives pour résoudre ce problème.

Pour bien comprendre l'apport de cette expérience, il faut imaginer les difficultés voire les questions parfois inquiètes que sont amenés à se poser certains membres du personnel, soignant ou autre, au début de l'expérience. Les situations qu'ils rencontrent dans leur nouvelle pratique sont fort différentes de l'expérience qu'ils avaient acquise précédemment et le considérable investissement émotionnel du personnel face à ces exigences nouvelles est épuisant voire déstabilisant à long terme. Heureusement, les membres de l'Équipe sont des idéalistes ! Ils croient en ce qu'ils font et se battent pour défendre leurs projets :

Jean Vermeulen, longtemps directeur médical, n'est jamais à court d'idées nouvelles pour élargir le champ d'action de l'association.

Madeleine De Craene est surprenante. Elle dispose d'une énergie qui semble inépuisable et que ce soit à la Fondation Julie Renson ou à l'Équipe, elle se dépense sans compter. C'est grâce à elle que l'association a toujours bénéficié du soutien de la Fondation particulièrement aux moments les plus pénibles, c'est-à-dire dans les années soixante.

Lucette Decroly, longtemps présidente du conseil d'administration, a réussi à maintenir «l'église au milieu du village». Une tâche guère aisée quand on connaît le caractère de certains membres du conseil d'administration. Lucette Decroly est aussi un personnage de première importance car elle a joué un important rôle d'intermédiaire entre l'Équipe et le Secteur d'Anderlecht.

Jacques Andry est un administrateur controversé, pourtant sa vision pragmatique des problèmes a souvent permis à l'Équipe de choisir les options les plus sages et les plus sûres quant à l'avenir de l'association. C'est un personnage énergique prêt à prendre rapidement les décisions nécessaires et à en assumer les responsabilités.

Dans le cadre d'une association comme l'Équipe, l'utilité de personnalités comme Jean Vermeulen, Lucette Decroly et Jacques Andry est indéniable. S'ils

ont parfois des points de vues diamétralement opposés, leurs rôles et leurs opinions sont complémentaires et enrichissent la réflexion.

Le dialogue ouvert qui s'instaure au sein du conseil d'administration contribue à la réussite des objectifs, en assurant la bonne réputation de l'association face aux autorités publiques.

Il ne faut pas oublier l'appui compréhensif accordé aux initiatives de la jeune association par les fonctionnaires hautement qualifiés tels que Jérôme Dejardin, Administrateur-Directeur Général de l'INAMI, Armand Maron, Administrateur-Directeur Général du FRSH, Sam Halter, Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique. Leur compétence et leur esprit social ont souvent eu raison de la routine pour ne pas dire de l'inertie !

Pendant plusieurs années, les structures de l'Équipe sont restées uniquement localisées sur la commune d'Anderlecht. Les liens privilégiés qui liaient l'association avec le Secteur et la volonté de mettre en valeur la complémentarité des différents centres, dont chacun voit sa spécificité renforcée par l'inclusion dans un ensemble cohérent, explique cette situation particulière. Pourtant, à partir de 1984, tant pour des raisons de croissance que pour des raisons thérapeutiques, politiques et économiques, l'Équipe sera amenée à implanter des activités dans d'autres communes de l'agglomération bruxelloise. Pour nécessaire que cela soit, cela représente cependant un recul de l'idée d'organisation sectorisée de la psychiatrie sociale.

Au même moment, à la fin des années quatre-vingt, l'Équipe, forte de son expérience et de l'ampleur prise par l'association, devient un partenaire et un interlocuteur de choix. Elle est souvent sollicitée et on note sa présence à la Ligue Bruxelloise Francophone de Santé Mentale, à la Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques ou aux Plates-formes de concertation de la santé mentale pour la région de Bruxelles capitale. L'Équipe ne joue plus seulement un important rôle local mais exerce une certaine influence sur le plan national.

La fin de carrière de la première directrice administrative, Éliane Vindevogel et du directeur médical Jean Vermeylen ainsi qu'une nouvelle répartition des responsabilités au sein du conseil d'administration marquent la fin d'une époque. Une époque passionnante où l'Équipe a joué un véritable rôle de précurseur. Elle a ouvert de nombreuses portes et a servi de modèle pour beaucoup de centres contemporains tant dans la région bruxelloise qu'ailleurs dans le pays. Si dans les années cinquante, la Belgique est en retrait par rapport à ses voisins, l'action novatrice a donné une impulsion à l'évolution de la psychiatrie sociale en Belgique qui, en plus de 30 ans a rattrapé une part importante de son retard.

BIBLIOGRAPHIE

1) Les journaux de l'Équipe²³⁹

Le flémard (1965)
Le journal de l'Équipe (1966)
Quand même (1968)
Gnan-Gnan (1971)
La plume de l'Équipe (1973-1974)
CRIT et chuchotements (1974)
L'Équiproquo (1979)
Le nouvel écho (1982)
Correspondance en demi-lune (1984-1985)
CODE doux-dingues (1986-1987)
L'équipage de l'Équipe (1993)
Libération (1994-1995)
Le journal du CRIT (1996)
L'écho de l'Équipe (1997)

2) Travaux

An., «L'assistance psychiatrique», in *Le Soir*, 13 juin 1964.

An., «Le Centre de réadaptation pour malades mentaux a été inauguré par M. Custers», in *Le Soir*, 1^{er} juillet 1964.

An., «Le Foyer de «l'Équipe» fête ses 25 années d'existence», in *L'Anderlechtois*, 15, juin 1997, p. 10.

An., «Foyer de Réadaptation», in *Le soir*, 19 avril 1963.

An., «Les hôpitaux psychiatriques s'interrogent. Mieux soigner par l'hospitalisation à temps partiel?», in *La Libre Belgique*, 13 novembre 1984, p. 14.

An., «Incendie dans un home à Anderlecht», in *La Libre Belgique*, 14 avril 1978.

An., «Un nouveau centre de réadaptation pour malades mentaux à Anderlecht», in *Le Peuple*, 30 juin 1964.

An., «Les repas-jeudis du CODE», in *La Libre Belgique*, 27 novembre 1984.

²³⁹Toutes ces revues sont conservées aux archives de l'Équipe

- M. Aflalo, «Activité de réhabilitation en Belgique sous l'angle psychiatrique», in *Cahiers de médecine du travail*, IX, sd, pp. 215-219.
- M. Aflalo, A.M. Carette, P. Van Gyte, A. Vigoureux, É. Vindevogel et J. Vermeulen, «Six mois d'existence du centre de réadaptation sociale et d'intégration au travail», in *Acta psychiat. belg.*, 73, 1973, pp. 112-121.
- M. Aflalo, G. Thielemans et J. Vermeulen, «Expérimentation clinique de la dibenzépine sous sa forme retard (Novéril) en pratique ambulatoire», in *Revue internationale de thérapie pratique*, 30, 1975, pp. 979-987.
- M. Aflalo, J.M. Dufour, A. Flandre, A. Vigoureux et É. Vindevogel, «Le CRIT. Centre de Réadaptation sociale et d'Intégration au Travail», in *Acta psychiat. belg.*, 74, 1974, pp. 630-641.
- M. Aflalo, «La tolérance face à la déviance dans un hôpital de jour», in *Collège des médecins de l'agglomération bruxelloise. Bulletin officiel*, 1, 1985, pp. 34-36.
- M. Aflalo et G. Vandeveldel, «Une technique particulière d'utilisation de la vidéo en psychiatrie : le psy-vidéo-clip», in *Pratiques corporelles. Éducation-thérapie-formation*, 72, 1986, pp. 38-42.
- M. Aflalo, «Art-thérapie, créativité et institution psychiatrique», in *Espace de Libertés*, 174, 1989, pp. 15-17.
- M. Aflalo, «Psy-vidéo-squiggle et tarot-vidéo-squiggle», in *Soins psychiatrie*, 127, 1991, pp. 20-22.
- M. Aflalo, «Une expérience d'association des médiateurs de l'expression, le tarot-video-musico-squiggle», in *Études psychiatriques de Bellelay*, 7, 1993, pp. 3-16.
- M. Aflalo, «La vidéo dans la pratique psychiatrique : de la confrontation au tarot-musico-squiggle», in *Psychologie médicale*, 25, 1993, pp. 843-847.
- M. Aflalo, «Art et processus thérapeutique», in *Le journal de l'association des praticiens en psychologie appliquée*, 97, 1995, pp. 28-31.
- M. Alexander, «Les malades mentaux et la réadaptation sociale», in *Rapport général sur le fonctionnement de l'Office de Réadaptation sociale pendant l'exercice 1930*, Saint-Gilles, 1931, pp. 53-58.
- M. Alexander, «La Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale», in *Mosaïque*, 1, 1965, pp. 7-9.
- M. Amand, «Réseau international «Alternative à la psychiatrie» : À propos du congrès de Rome (2-6 mai 1984). L'après-Rome», in *Les perspectives*, 4, 1984, pp. 177-182.

- R. Amiel, «L'actualité dans le domaine de la psychiatrie extra-hospitalière», in *Archives belges de médecines sociales, hygiènes, médecines du travail et médecine légale*, 5, mai 1959.
- M. Audisio, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Toulouse, 1980.
- J. Baudour, *Problèmes de planification hospitalière et extra-hospitalière*, U.L.B., 1971.
- J. Baudour, «Économie sanitaire et planification de l'assistance psychiatrique en Belgique», in *L'information psychiatrique*, 49, 1973, pp. 83-92.
- M. Baus, «Le théâtre comme thérapie. Le Code monte Oedipe-Roi et Antigone d'après Sophocle, avec des comédiens différents. Où le théâtre permet de retrouver les chemins de la vie», in *La Lanterne*, 21 juin 1995.
- C. Beers, *Raison perdue, raison retrouvée*, Paris, 1951.
- G. Bleandonu et M. Despinoy, *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Paris, 1974.
- G. Bleandonu, *Dictionnaire de psychiatrie sociale*, Paris, 1976.
- C. Blumenthal, B. Dujardin, M.P. Durieux, C. Gille, A. Hainaux, M. Kojack, P. Lambert, J.P. Matot et N. Mjelem, *Psychiatrie de Secteur. Les discours et les réalités*, sl. (1978).
- P. Bonenfant, «L'ancienne «Maison des Insensés» («Simpelhuys») de Bruxelles», in *Annales de la société royale d'Archéologie de Bruxelles*, 44, 1941, pp. 129-140.
- L. Bonnafé, *Psychiatrie populaire...*, sl, 1981.
- W. Bourton, «Exhibition d'autoportraits pas tout à fait comme les autres. Miroir, dis-moi que j'existe...», in *Le Soir*, 29-30 octobre 1994.
- R. Castel, *La gestion des risques de l'anti-psychiatrie à l'après-psychoanalyse*, Paris, 1981.
- P.-F. Chanoit, *La psychothérapie institutionnelle*, Paris, 1995 (Que sais-je?, 2999).
- J.-M. Chauvier, «Un dossier du GERM «pour une politique de la santé mentale». Une alternative : Anderlecht», in *Le Monde*, 9 novembre 1973, p. 22.
- T. Corbeau, «Art et thérapie», in *La Cité*, 17 décembre 1992, pp. 24-25.

- T. Corbeau, «De la vie normale à la vie normale», in *La Cité*, 17 décembre 1992, pp. 24-25.
- T. Corbeau, «Un clown sommeille en nous», in *La Cité*, 17 décembre 1992, pp. 25-26.
- P. Corten, «Dix hérésies à propos des interventions d'urgence psychiatriques», in *L'information psychiatrique*, 58, 1982, pp. 1029-1032.
- P. Corten, «Structures intermédiaires : intermédiaires ou remèdes?», in *Revue médicale suisse romande*, 107, 1987, pp. 653-661.
- E. Cosyns-Verhaegen, F. Goffioul et J. Bobon, *Psychiatrie et hygiène mentale. Principe de bibliothéconomie et de bibliographie*, Bruxelles, 1964-1965.
- E. Cosyns-Verhaegen, *Psychiatrie et hygiène mentale. Catalogue collectif des périodiques de psychiatrie, hygiène mentale et sciences connexes se trouvant dans les principales bibliothèques de Belgique*, Bruxelles, 1967, 3 vol.
- E. Cosyns-Verhaegen, *Psychiatrie et santé mentale. Catalogue collectif des ouvrages. Volume A I-05 pharmacodépendance (accoutumance, toxicomanie, alcoolisme)*, Bruxelles, 1972.
- E. Cosyns-Verhaegen, *Psychiatrie et santé mentale. Catalogue collectif des ouvrages. Volume A VI gérontopsychiatrie*, Bruxelles, 1972.
- E. Cosyns-Verhaegen, *Psychiatrie et santé mentale. Catalogue collectif des ouvrages. Volume A 0 psychiatrie et psychopathologie générale*, Bruxelles, 1974 (Bibliographia Belgica, 125).
- E. Cosyns-Verhaegen, *Psychiatrie et santé mentale. Catalogue collectif des ouvrages. Volume D criminologie*, Bruxelles, 1974, (Bibliographia Belgica, 126).
- B. Crousse, J. Delville et M. Mercier, *Politique de santé*, Bruxelles, 1989 (Savoir & Santé).
- D. De Casterle et H. Du Couedic, «Les nouvelles lois belges face à la maladie mentale», in *L'information psychiatrique*, 3, 1966, pp. 249-257 et 6, 1966, pp. 495-505.
- E. De Craene, «L'activité de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale», in *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes (Bruxelles, 1^{er} -7 août 1924)*, Paris, 1925, pp. 1-4.
- G. De Formanoir De La Cazerie, «La Fondation Julie Renson», in *Mosaïque*, 1, 1965, p. 14.

- R. De Prelle, «Pour le malade mental, la voie de guérison passe peut-être désormais par l'«antipsychiatrie»», in *Le Soir*, 11 et 12 novembre 1979, p. 5.
- J. Depuydt, L. Dhaene, K. Velle, P. Tassin et A. Druart, *Caritas et la FIHW. Un demi siècle de vie hospitalière 1938-1978-1988*, Namur, (1989).
- A. Deroux, «Le reclassement social des malades mentaux», in *Le soir illustré*, 8 septembre 1966, pp. 70-71.
- M. Devodder, *Ernest De Craene*, travail inédit en criminologie, ULB, 1990.
- J. Dierkens, «5 ans d'activité à la Fondation Julie Renson», in *Mosaïque*, 2, 1966, pp. 7-12.
- M. Drevet-Gagnon, «L'Ergothérapie dans un foyer de post-cure. «l'Équipe», in *Mosaïque*, 8, 1970, pp. 23-26.
- L'Équipe, 25e anniversaire*, sl, (1988).
- J.D.S., «Le «CODE», une structure de l'Équipe», in *AZ*, 19, 7 mai 1992, pp. 8-9.
- M. Englebert, «Hormis l'hôpital, qu'existe-t-il pour le malade psychiatrique ?», in *La Libre Belgique*, 6 décembre 1984.
- M. Englebert, «Toutes les activités du malade psychiatrique», in *La Libre Belgique*, 10 décembre 1984.
- S. Faelli, *La psychiatrie sociale en Belgique. Bilan et perspectives*, mémoire de licence spéciale en Psychiatrie, inédit, U.L.B., 1977.
- J. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris, 1864.
- J. Florence, *Art et thérapie. Liaison dangereuse?*, Bruxelles, 1997 (Publications des facultés universitaires Saint-Louis).
- Fondation Julie Renson, 1957-1967*, sl, (1968).
- Des fous dans la ville? : Gheel (Belgique) et sa thérapie séculaire*, trad. par M. Buysse, Paris, 1979 (PUF).
- M. Foucault, *Histoire de la Folie à l'Age Classique*, Paris, 1972.
- M. Foucault, *Surveiller et Punir*, Paris, 1975.
- F. Fourquet et L. Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, 2 éd. rev. et corr., Paris, 1980.
- A.-M. Galand, «L'habitation protégée, étape dans la réhabilitation à partir de l'extrahospitalier», in *Les traitements psychiatriques de longue durée*.

Journée organisée par la Fondation Julie Renson en collaboration avec la société royale de médecine mentale de Belgique, Bruxelles, 1992, pp. 65-70.

J. Geldhof, *Pelgrims, Dulle Liederen en Vondelingen te Brugge, 1275-1975*, Bruges, 1975.

F. Ghysen, «Ni une honte, ni un délit. N'être pas comme les autres», in *Femme d'aujourd'hui*, 1603, 21 janvier 1976, pp. 14-17.

V. Guebels, *L'hospitalisation partielle en Belgique. Travail destiné à la Commission des experts psychiatres et pédo-psychiatres*, Ministère de la Santé publique et de la Famille, Mai 1979.

P. Guilmot, *Assistance médico-psychiatrique en milieu extrahospitalier*, sl, 1962.

N. Guinotte, «60 ans d'hygiène mentale en Belgique», in *Unité dans la diversité. Rapport du symposium organisé à l'occasion du 60ème anniversaire de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale, Bruxelles, les 20 et 21 octobre 1983*, Bruxelles, 1984, pp. 25-44.

B. Ha, «La scène pour mieux vivre. L'intéressante expérience théâtrale du C.O.D.E. ouvre un espace de création personnelle à des patients psychotiques», in *La Libre Belgique*, 26-27 décembre 1987, p. 23.

T. Haustgen, «1896-1996 : centenaire de la création du premier service ouvert de psychiatrie en France», in *Synapse*, 132, 1997, pp. 41-44.

P. Huvelle, «Histoire de Caritas Catholica», in *La foi et le temps*, 1983, pp. 149-186.

«In Memoriam (Gaston de Formanoir de la Cazerie)», in *Mosaïque*, 3, 1966, pp. 7-8.

B. Jolivet, *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*, Paris, 1995.

D. Juste, *Gaston de Formanoir de la Cazerie (1881-1966)*, travail inédit en histoire, ULB, sd.

G. Laloire, *Le foyer de l'équipe : psychiatrie à la demande?*, Bruxelles, 1980.

V. Lamquin, «En sortant de l'hôpital. Première à Saint-Gilles : ouverture d'un centre pour toxicomanes», in *La Dernière Heure*, 11 juillet 1997.

P. Lejuste, «Comment aider un sujet à traiter l'autre... par la recherche de la voie moyenne», in *Revue d'Enadens*, 1, 1996, pp. 10-13.

D. Lestarquy, «Prélude : Présentation d'appartements supervisés», in *VI^e congrès de l'association mondiale pour la réadaptation psychosociale : Vers*

- un avenir meilleur pour les malades mentaux*, Dublin, 26-29 septembre 1993.
- Marcel Alexander 1887-1979*, Bruxelles, 1979 (Fondation Julie Renson et la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale).
- P. Marchand, J. Vermeulen et al., *Santé et maladie mentales en Belgique*, Bruxelles, 1973 (Fondation Julie Renson).
- P. Marchand et F. Hulet, «La Fondation Julie Renson», in *Mosaïque*, 29, 1977, pp. 29-33.
- E. Meurice, *Psychiatrie et vie sociale*, Bruxelles, 1977 (Psychologie et sciences humaines, 66).
- P. Morel, *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, 1996.
- Nouvelle histoire de la psychiatrie*, ss dir. de J. Postel et C. Quérel, Toulouse, 1983.
- J. Orenbuch et C. Bastyns, «Fins et moyens de la nouvelle politique psychiatrique belge», in *Revue de l'institut de sociologie*, 3, 1978, pp. 209-227.
- J. Orenbuch, «Comment organiser une psychiatrie intégrée au départ d'instances qui ne le sont pas. Le cas de la Belgique», in *Troisième séminaire européen sur les politiques de santé : Évaluation et soins de santé mentale, Luxembourg, 26-28 mars 1980*.
- J. Orenbuch, C. Bastyns, I.W. Domb et M. Toledo, *Traduction en termes de personnel de la nouvelle politique psychiatrique*. Vol. I, *La psychiatrie hospitalière et non hospitalière belge. Analyse des données et réflexions*, 3 t., Bruxelles, 1979-1980.
- Y. Pelicier, *Histoire de la psychiatrie*, Paris, 1971 (Que sais-je?, 1428).
- J. Poncin, «À l'hôpital psy le jour, à la maison le soir ainsi que le week-end», in *Le Soir*, 18 novembre 1987.
- I. Primo, «L'état-limite, masque de l'exception», in *Quarto*, 48-49, 1992, pp. 49-52.
- «Projet d'organisation de l'assistance psychiatrique en Belgique», in *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 2, 1960, pp. 154-243.
- H. Ronse, «Internement et législation : quelques notions d'histoire», in *Unité dans la diversité. Rapport du symposium organisé à l'occasion du 60e anniversaire de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale, Bruxelles, les 20 et 21 octobre 1983*, Bruxelles, 1984, pp. 51-67.

Santé et maladie mentales en Belgique. Bilan, critique et perspectives, Bruxelles, 1973 (Fondation Julie Renson).

C. Scholiers et M. Aflalo, «Objectifs et méthodes d'investigation du centre d'observation psychologique spécialisée de l'Équipe (OPS)», in *Revue des séminaires belges de réadaptation*, 2, 1982, pp. 7-13.

L. Schouters-Decroly, «La psychiatrie, une affaire de spécialistes?», in *Espace de Libertés*, 174, 1989, pp. 11-12.

P. Sivadon, «Psychiatrie an 2000», in *Mosaïque*, 16, 1972, pp. 27-30.

P. Sivadon, «Psychiatrie d'hier et d'aujourd'hui», in *La société, génératrice de troubles mentaux?*, Bruxelles, 1978, pp. 9-13 (Fondation Julie Renson).

Sociale psychiatrie : een stand van zaken. Verslag van de studiedag op 4 april 1984, Hasselt, Nationale Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, Gand, 1984.

M. Souris, «Et les politiques de santé mentale?», in *Espace de Libertés*, 174, 1989, pp. 17-18.

C. Stein, «La pensée systémique et le travail social», in *Service social dans le monde*, 1-2, 1990, pp. 57-66.

(Syn), «Le Foyer «l'Équipe» fête ses 25 années d'existence», in *L'Anderlechtois*, 16, juillet 1997, p. 14.

S. T. L., «Terre d'asile à Saint-Gilles. «La Pièce» s'ouvre aux toxicomanes psychotiques», in *Le Soir*, 12 juillet 1997.

G. Thielemans et M. Aflalo, «Une expérience psychotique du cinéma. La technique cinématographique au service des phantasmes d'un groupe de psychotiques», in *Acta psychiat. belg.*, 73, 1973, pp. 185-205.

Trente ans de la loi sur les hôpitaux en Belgique, sl, 1994 (Ministère de la Santé publique et de l'Environnement).

Unité dans la diversité. Rapport du symposium organisé à l'occasion du 60^{ème} anniversaire de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale, Bruxelles, les 20 et 21 octobre 1983, Bruxelles, 1984.

B. Vaes, «L'Inami est réformé; ses experts sont nommés et ils vont définir la franchise. Les 29 thérapeutes de la santé», in *Le Soir*, 23 avril 1993.

J. Van Remoortel, «La contribution de N. Guinotte», in *Unité dans la diversité. Rapport du symposium organisé à l'occasion du 60^{ème} anniversaire de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale, Bruxelles, les 20 et 21 octobre 1983*, Bruxelles, 1984, pp. 47-50.

- J.P. Verbist et M. Aflalo, «La créativité et le centre occupationnel de l'équipe (CODE)», in *Les feuillets psychiatriques de Liège*, 17, 1984, pp. 75-79.
- M. Vermeulen, «Solidarité des hommes. Pour remettre en selle les névrosés et les psychotiques, voici «L'Équipe»», in *Le Soir*, 3 mars 1978.
- J. Vermeylen, «Une expérience d'assistance psychiatrique en secteur à Bruxelles», in *Le Stage. Mons*, 9, 1961, pp. 6-7.
- J. Vermeylen, «Dix ans de travail psychiatrique au secteur d'Anderlecht», in *Mosaïque*, 16, 1972, pp. 7-14.
- J. Vermeylen, «Communauté thérapeutique et société ou douze ans de vie au Foyer de l'Équipe», in *La société, génératrice de troubles mentaux ?*, Bruxelles, 1978, pp. 129-141 (Fondation Julie Renson).
- J. Vermeylen, «La psychiatrie en évolution», in *Espace de Libertés*, 174, 1989, pp. 12-15.
- C. Vloeberghs, *Belgique charitable*, Bruxelles, 1904.
- M. Waterloos-Dessicy, «Le festival de l'Équipe. Art et thérapie, sur... les chemins de l'émotion», in *Le drapeau rouge*, 11 mars 1986.
- M. Waterloos-Dessicy, «Le festival : Art et Thérapie», in *L'écho de l'APrBr. Bulletin de l'association des professeurs issus de l'Université Libre de Bruxelles*, 34, 1986, pp. 13-15.
- (St.) X.F., «L'art au centre de thérapie de la folie. L'envol d'un nid de coucous», in *Le Soir*, 23 septembre 1997.
- A. Zenoni et coll., «Un foyer de post-cure à Bruxelles. Pour sortir de la psychiatrie», in *Information Psychiatrique*, 58, 1982, pp. 1057-1066.
- A. Zenoni, «Réinsertion sociale ou sortie de la psychiatrie?», in *L'information psychiatrique*, 62, 1986, pp. 737-744.
- A. Zenoni, «Dans les marges du lien social», in *Mental : Revue internationale de santé mentale et psychanalyse appliquée*, 1, 1995, pp. 79-92.

ABRÉVIATIONS

| | |
|--------|---|
| AEPS | Association des Établissements Publics de Soins |
| AFIS | Association Francophone des Institutions de Soins |
| ATI | Activité de Type Industriel |
| CAP | Commission d'Assistance Publique (voir CPAS) |
| CdJ | Centre de Jour (voir CJE) |
| CFLSM | Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale |
| CJE | Centre de Jour de l'Équipe |
| CODE | Centre Occupationnel De l'Équipe |
| CPAS | Centre Public d'Aide Sociale |
| CRIT | Centre de Réadaptation et d'Intégration au Travail |
| CRS | Centre de Réadaptation Sociale |
| CSAE | Cercle Sportif Anderlechtois de l'Équipe |
| CSHE | Comité de Sécurité, d'Hygiène et d'Embellissement (voir SHELTY) |
| CTR | Centre de Traumatologie et de Réadaptation |
| FNAMI | Fonds National d'Assurance Maladie et Invalidité |
| FNRSH | Fonds National de Reclassement Social des Handicapés |
| FSBHM | Fédération Sportive Belge pour Handicapés Mentaux |
| FSBO | Fédération Spéciale Belge Omnisport |
| FSPST | Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques |
| GERART | Groupe d'Études et de Recherches sur les Appartements Relais-Thérapeutique |
| GERM | Groupement pour l'Étude d'une Réforme de la Médecine |
| GFSAH | Groupe Francophone des Services d'Accompagnement pour Handicapés |
| IHP | les Initiatives d'Habitations Protégées |
| IMCA | Institut Médico-Chirurgical d'Anderlecht |
| INAMI | Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité |

| | |
|-------|--|
| LNBHM | Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale |
| MSP | Maison de Soins Psychiatriques |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONE | Office de la Naissance et de l'Enfance |
| ONEm | Office National de l'Emploi |
| ONEM | Office National de l'Emploi |
| ONSS | Office National de Sécurité Sociale |
| RTB | Radio et Télévision Belge (voir RTBF) |
| RTBF | Radio et Télévision Belge Francophone |
| SHELT | Sécurité, Hygiène et Embellissement des Lieux de Travail |
| SIC | Service d'Intervention en Crise |
| UCL | Université Catholique de Louvain |
| UFISE | Union Francophone des Institutions de Santé et d'Éducation |
| ULB | Université Libre de Bruxelles |
| WOPS | Woluwe psychosocial |

**III. LA PAROLE EST AUX SOIGNÉS
ET AUX SOIGNANTS**

Images des institutions

**KATHLEEN DAVIS
NADINE VERMEYLEN**

CHAPITRE 1

PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE

Les hommes créent les institutions et les institutions se font, se modèlent suivant des critères qui souvent nous échappent.

Nous avons la conviction d'élaborer un projet thérapeutique et nous nous retrouvons avec des structures qui suivent leur destin propre.

Qu'est-il advenu des images de base, qui ont présidé à la fondation de «L'Équipe» en 1963-1964 ?

Comment les soignants, les soignés ont-ils vécu les projets lorsqu'ils se sont réalisés ?

Quelles opinions se sont succédées au cours du temps à travers les crises après les différentes étapes ?

Comment les projets thérapeutiques véhiculés par les soignants ont-ils été appréhendés par les patients qui ont fréquenté les structures pendant plus de trente ans ?

La vie d'une institution est une «histoire de famille». Le climat psychologique dans lequel elle a été conçue, son évolution, les différentes étapes de son développement forment une toile d'araignée dont nous sommes à la fois les prisonniers et les maîtres de l'ouvrage.

L'institution est née au sein d'une certaine société, à une époque donnée, dans un pays particulier. En d'autre temps, en d'autres lieux, l'institution ne serait pas la même, n'aurait pas évolué de la même façon.

L'histoire objective de chaque institution est différente et doit être racontée mais ce qui intervient également, ce sont les **fantasmes** que les soignants ont projetés **sur** cette institution, contribuant à écrire une histoire **souterraine**, occultée, reconnue ou non.

Trame invisible qui a laissé un héritage structurant le futur.

C'est ce niveau de perception que nous nous sommes efforcés d'atteindre à l'aide d'interviews semi-structurés et dont nous essayerons de rendre compte dans les pages qui suivent.

Quelles leçons pourrions-nous tirer de ce travail qui recueille «l'histoire incarnée» par rapport à l'énoncé des faits historiques «désincarnés» ?

Comment poser les bases d'une réflexion débouchant sur un «futur changement». En effet : «Nous avons la possibilité de reconquérir notre liberté et de sortir du

destin répétitif de notre histoire, en comprenant les liens complexes qui se sont tissés dans notre famille».²⁴⁰

D'une manière très générale, les idées théoriques qui ont présidé à la fondation et au cheminement des institutions extrahospitalières étaient hardies et prometteuses, mais répondent-elles aux besoins actuels des patients ?

Dans la pratique, comment sont perçues ces notions à l'Équipe, lieu de notre enquête, mais aussi quelles hypothèses pouvons-nous étendre à d'autres structures du même type ?

L'institution répond-elle à la définition du Fonds de Reclassement social des Handicapés concernant la revalidation (voir page 72).

Méthodologie

Note préliminaire

Les interviews ont été menés en collaboration par des enquêtrices de formation différente, introduisant, l'une la notion de psychologie clinique, l'autre l'analyse du comportement au sein de l'institution.

L'étude n'est en aucun cas statistique. Les chiffres cités sont référentiels et fournis pour mémoire.

Seuls les contenus des interviews nous intéressent et, à cet égard, leur valeur est indépendante de leur fréquence.

Les conditions de l'expérience n'ont pas été standardisées; c'est une étude pilote qui peut servir de base, si besoin est, à un sondage randomisé : ici, nous ne recueillons que des vécus **subjectifs**.

Méthodologie

Nous avons utilisé la **méthode d'interview libre**.

Nous posons au départ, une série de thèmes qui ne sont que des suggestions pour obtenir le témoignage de l'intéressé.

Caractéristiques de cette technique

La contribution de l'intéressé est volontaire.

- Nous choisissons avec lui, un lieu où il se sent à l'aise et qui ne doit pas obligatoirement être toujours le même.

²⁴⁰ A. Ancelin, Schutzenberger, *Aïe mes aïeux, Schutzenberger, Desclée de Brouwer, 1999.*

- Nous expliquons les grands principes de l'étude, nous demandons sa collaboration dans la mesure où nous lui garantissons l'anonymat qu'il désire.
- Nous essayons, dans la mesure du possible, de le suivre dans ses digressions, nous pouvons ultérieurement le ramener à nos préoccupations, sans couper son discours.
- Nous utilisons la prise de notes ou le magnétophone, si l'intéressé a marqué son accord.

Dans le cas des «soignés» la majorité a refusé l'utilisation du magnétophone, venu en tiers dans une relation duelle, plus proche des habitudes des patients.

Les soignants eux, ne l'ont pas récusé.

Au départ, nous avons pensé à quelques thèmes à explorer, qui formaient la trame de nos entretiens, par exemple :

- buts et initiateurs du projet «Équipe» qui l'a fondé ?;
- climat affectif;
- courants sociaux de l'époque;
- autorité;
- rapport entre les intentions des fondateurs et les réalisations actuelles ?;
- conflits de loyauté;
- conflits de génération;
- dépendance - contre dépendance;
- type de cohésion, fusion;
- alliances;
- mythes ?

C'est dans l'espoir peut-être illusoire, peut-être dérisoire d'approcher ces vécus que nous avons élaboré cette recherche.

Dans la mesure où ce passé nous est restitué par le canal de la subjectivité des soignants et des soignés, il peut nous permettre de jeter un regard neuf sur les projets et nous renseigner sur les limites de nos intentions thérapeutiques.

Dans un second temps, nous nous efforcerons d'esquisser les lignes de force de changements éventuels dans la politique générale de soins.

Échantillon

La période étudiée s'étend de 1964 à 1997.

En principe :

- 10 sujets appartiennent à l'époque « ancienne » : 1964 à 1973 dont 3 fréquentent encore une structure
- 10 sujets à l'époque actuelle : 1973 à 1997.

Ces distinctions ne sont que très peu significatives : plusieurs sujets appartiennent aux deux périodes.

Nous verrons d'ailleurs, qu'au niveau des conclusions elles-mêmes, cette distinction n'est pas réellement contributive. Cette date a été choisie en fonction du fait que une « crise » importante a secoué le personnel du Foyer vers 1973, dont plusieurs membres ont été renouvelés.

D'autre part, parmi les 20 personnes interrogées il en est qui non seulement ont été présentes pendant les deux périodes concernées mais encore ont participé aux activités de plusieurs structures. Cela explique que le nombre de témoignages repris dans les deux tableaux ci-dessous soit supérieur au nombre de personnes interrogées, qu'il s'agisse des soignants ou des soignés.

Témoignages de soignants (répartition par structures)

| | | |
|---------------------------------------|-----------|-------------------------------|
| Avant 1973 : | 11 | (dont 4 y travaillent encore) |
| Après 1973 : | 13 | |
| Total : | 24 | |
| Travaillent encore maintenant : | 12 | |
| Ne travaillent plus : | 12 | |

Structures où ils ont travaillé :

| | |
|-----------------|----|
| Foyer : | 17 |
| CRIT : | 8 |
| CJ(BER) : | 2 |
| CODE : | 3 |
| Prélude : | 2 |
| OPS : | 1 |
| Pièce : | 1 |
| Poterie : | 1 |

Plusieurs ont travaillé dans différentes structures.

Témoignages des soignés (répartition par structures)

De 1964 à 1973

| | |
|-------------------|-----------|
| CRIT :..... | 3 |
| CODE :..... | 4 |
| FOYER :..... | 5 |
| Total..... | 12 |

De 1973 à 1997

| | |
|-------------------|-----------|
| CRIT :..... | 6 |
| CODE :..... | 1 |
| Foyer :..... | 4 |
| Prélude :..... | 1 |
| BER :..... | 2 |
| Total..... | 14 |

CHAPITRE 2

EXPOSÉ DES RÉSULTATS

Au risque de trahir peu ou prou la richesse des interviews et les nuances qui s'y sont exprimées dans un esprit de collaboration particulièrement sincère, il est indispensable de synthétiser les résultats de l'enquête en les ramenant à quelques grands thèmes.

Y a-t-il un intérêt pour l'histoire de l'institution ?

Cet intérêt est manifeste pour tous les participants même si certains soignants anciens semblent avoir eu quelques difficultés à livrer l'entièreté de leur pensée du fait que l'enquête a été souhaitée par les membres fondateurs auxquels ils se sentent très liés par des souvenirs communs et la connotation affective qui en résulte.

Cette méfiance des soignants à l'égard de l'enquête tient aussi à leur souci de protéger leur situation face à un marché du travail incertain.

Laisser une trace des origines et de l'évolution d'une œuvre novatrice se justifie par son intérêt général d'autant, en outre, que cette histoire n'a pas été sans influence sur le devenir professionnel des soignants.

Pour les soignés, anciens comme nouveaux, l'histoire de l'institution est mise en parallèle avec leur histoire propre. Pour les premiers, l'histoire représente les parents; avoir des ancêtres communs les aide à retrouver une fraternité entre eux.

Les seconds soulignent les non-dits et les fantasmes nés du silence qu'ils sentent peser sur les soignants et ainsi se répercutent sur le devenir des soignés. Il faut pénétrer ou essayer de pénétrer le passé pour qu'il ne soit pas anxiogène.

Tous déplorent que le passé ne leur soit pas transmis car cela prive d'un lieu de parole pour la communication passé-présent. Se pose alors la question : si on ne parle pas du passé, serait-ce parce que rien n'a évolué ?

Mais chez les soignants, on ne retrouve pas spécialement le désir de communiquer l'histoire aux soignés !

Les structures et les relations inter-structures

De manière générale, la structure la mieux connue par les personnes interrogées est celle à laquelle elles appartiennent. Si les structures sont bien reconnues comme différentes, il est difficile de départager les opinions des soignés au sujet d'une politique particulière.

Pour la plupart des soignants les structures sont perçues comme non interventionnistes; elles tendent vers un idéal, modèle égalitaire politique et social dans une approche humaniste avec le souci de remplir une mission sociale.

L'objectif d'origine, la remise au travail est vue par les soignés comme une erreur psychologique. C'est la reconversion socioculturelle qui est à recommander.

Ceci explique l'adhésion unanime et enthousiaste au programme du CODE. Sa philosophie basée sur la créativité est beaucoup plus évoluée qu'une philosophie basée sur la remise au travail.

Les soignants soulignent que ce sont les patients eux-mêmes qui leur ont fait découvrir le potentiel créatif absolument extraordinaire qu'ils recèlent et qui est valorisé grâce à la complicité des professionnels de l'expression artistique.

Pour les soignés, découvrir sa propre créativité sécurise face au monde actuel où tout est dicté par les médias. Cependant, ils expriment une certaine crainte devant le fait que le CODE est réservé aux plus atteints ce qui pourrait engendrer la contagion.

Les avis des soignants convergent pour constater que les relations entre les structures ont souvent été difficiles voire inexistantes, situation paradoxale puisque toutes sont issues des mêmes parents, en tout cas du même père !

Ce phénomène pourrait s'expliquer par trois facteurs : d'abord l'autonomie des structures, le désir de se différencier, de trouver pour chacun son identité propre, sa spécificité; ensuite le manque de communication entre les soignants avec le risque de critique qu'entraîne la méconnaissance et enfin le fait que de nombreux nouveaux soignants ignorent comment l'institution est née.

Ces derniers, par contre, soulignent la richesse de la complémentarité en regrettant qu'elle reste inexploitée.

Cette situation n'exclut pas de bonnes relations entre les personnes mais, pour le travail, «chacun reste dans sa petite bulle».

Les patients perçoivent l'absence de relations entre les structures et se posent la question : y aurait-il une hiérarchie secrète, non exprimée comme dans les familles où il y a des secrets, des non-dits ?

Face à cette situation la Poterie apparaît comme un lieu de rassemblement. Les soignés apprécient de pouvoir y travailler seuls ou en groupe alors que les autres structures sont plus contraignantes en ce qui concerne la participation au groupe. Les soignants sont favorables au fait que chaque structure peut négocier avec la Poterie les projets et les rapports qu'elle souhaite avec celle-ci. Certains craignent que, en donnant aux activités un caractère plus contrôlé, on entrave la spontanéité des conversations souhaitées par les patients.

Bien que le Fil d'Ariane ne puisse pas être considéré comme une structure thérapeutique, la bibliothèque est également perçue comme un lieu qui rassemble, un lieu de rencontre stimulant pour les soignants; elle est emblématique de l'état d'esprit de formation continue, de discussion, d'échange d'idées. Le Fil d'Ariane n'est pas connu des soignés qui se demandent s'ils y auraient accès.

Comment et pourquoi entre-t-on à l'Équipe ?

La plupart des soignés ne savent pas exactement pourquoi ils sont entrés à l'Équipe. La proposition est venue de l'extérieur, un extérieur vécu comme contraignant mais la décision n'est pas contestée.

Que ce soit à l'hôpital ou en dehors de celui-ci ils ne se sentent pas bien dans le monde extérieur perçu comme réprobateur.

On choisit l'Équipe parce que l'institution a une réputation de sérieux, parce qu'elle offre différentes options ou encore, plus simplement, pour sa proximité par rapport au domicile. Quant à l'affectation à l'une ou l'autre structure, c'est la perplexité !

Pour les soignants, le choix d'un hôpital ou d'une structure thérapeutique dépend essentiellement de relations personnelles ou d'habitudes thérapeutiques. Ils mettent en évidence les relations particulières qui existaient avec le Secteur d'Anderlecht, réseau relationnel privilégié facilitant les contacts.

Le Centre d'Orientation Psychologique Spécialisé (OPS) aurait pu permettre une évaluation clinique et psychosociale aboutissant à une meilleure orientation du patient, mais cela a été un échec, cette structure ayant connu des difficultés internes et financières. Elle n'émanait pas d'une demande du personnel de l'Équipe comme cela a été le cas pour les autres structures.

La durée du séjour

Les soignés évoquent favorablement le fait que la durée du séjour ne soit pas fixée de manière rigide car «il faut aller à son propre rythme»; toutefois, ils expriment la crainte qu'un séjour trop long n'entraîne la dépendance.

Pour les soignants anciens, l'idée de limiter le séjour à trois mois était trop ambitieuse. La prolongation des autorisations de séjour est plus souple mais elle aboutit parfois à une durée de séjour fort longue.

Le problème de la sortie est posé avec plus d'insistance par les nouveaux soignants. Les uns et les autres craignent que les patients ne deviennent prisonniers de l'institution dont les structures diversifiées finissent par former une toile d'araignée dont il devient difficile de sortir.

Divers facteurs peuvent freiner la sortie; le statut de malade facilite la vie quotidienne du patient –il ne doit pas se préoccuper des repas, la participation aux activités de loisir est gratuite–, les perspectives réduites de trouver un emploi vu l'importance du chômage et peut-être aussi, le climat général de l'institution, mère trop protectrice !

Politique et philosophie à l'intérieur de l'institution

Le vécu des patients

Les soignés anciens, sans toujours percevoir clairement ce qui différencie l'institution de l'hôpital, voient l'Équipe comme une école de vie qui propose une adaptation à soi-même.

Ils notent les aspects positifs de la vie de communauté : démythification de la maladie –on n'est pas seul à avoir des problèmes–, confrontation avec autrui dans un cadre protégé, aspects thérapeutiques de la participation aux réalités de la vie quotidienne, courses, préparation des repas.

Les soignés nouveaux craignent que l'aspect «cocon» de l'institution augmenté par la peur de l'extérieur ne facilite la chronicisation ou les va-et-vient entre hôpital psychiatrique et structures intermédiaire.

Ils voient l'institution comme une passerelle entre l'isolement de l'hôpital et la vie active et reconnaissent la valeur thérapeutique des moyens mis en œuvre : les groupes, l'ergothérapie, la gestion du temps et de l'argent, la ré pondance «qui peut faire sortir les problèmes».

L'hébergement de nuit réalisé au Foyer semble intéressant parce que, la nuit, il se passe beaucoup de choses et que l'influence thérapeutique peut s'exercer plus efficacement.

Le vécu des soignants

Tous soulignent le caractère humaniste de l'institution, apprécient la liberté qui leur est laissée, le respect de l'identité de chacun, le travail collégial.

Le maintien de la thérapie individuelle à l'extérieur est favorable au suivi thérapeutique. Les contacts avec l'extérieur, l'intégration au quartier, les visites et excursions contribuent à remettre le patient dans une vie normale.

La ré pondance permet un contact privilégié entre soignant et soigné mais les ré pondants non médecins ont parfois des difficultés à établir le dialogue avec les médecins extérieurs qui estiment ne pouvoir parler qu'à des médecins et qu'il persiste une méfiance des hôpitaux à l'égard de l'extrahospitalier.

La dualité entre pouvoir médical et psychologique est acceptée; si la responsabilité médicale reste le modèle traditionnel et légal belge, les psychiatres ont un réel respect des thérapeutes non médicaux et n'abusent pas du pouvoir.

Les relations avec l'administration

Ce sont essentiellement les soignants qui s'expriment à ce sujet.

Les anciens se souviennent des soucis financiers qu'a connus l'institution à ses débuts et de l'action entreprise par plusieurs membres fondateurs pour faire admettre par les instances sociales un projet très novateur pour l'époque et obtenir qu'il soit financé.

La croissance de l'institution, la diversification des structures ont abouti à ce que le poids de l'administration soit ressenti comme plus lourd.

Au début, le travail administratif était intégré aux structures. La création d'un service centralisé organisé en entité autonome jouissant de ses propres locaux a permis une gestion plus fonctionnelle mais a été la source d'un certain cloisonnement, d'un éloignement par rapport à ce qui se vit dans les structures. Le climat s'est modifié; la gestion administrative quasi familiale qu'ont connue les pionniers est devenue celle d'une moyenne entreprise avec sa hiérarchie, ses exigences rationnelles parfois un peu rigides, moins proches du vécu quotidien malgré la serviabilité des responsables.

L'institution, image de la famille, est un mythe que se sont forgés les anciens bien que le conseil d'administration, pour éloigné qu'il soit des soignants, peut encore être vu comme exerçant une fonction paternelle.

CHAPITRE 3

BILAN AU DÉPART DES RÉFLEXIONS DES SOIGNANTS

C'est une grande folie de vouloir être sage tout seul
La Rochefoucauld

Il convient maintenant de résumer de manière un peu plus explicite les réflexions des soignants pour mettre en exergue les points dont il faut dégager les leçons. Le texte qui suit ne pourra éviter les redites et ce serait une erreur d'en retirer une image négative qui n'a pas été ressentie lors de l'enquête.

L'histoire telle que la ressentent les soignants de l'Équipe est parsemée de **paradoxes**.

Chaque structure a toujours bénéficié d'une grande **autonomie**; cette autonomie est vécue comme très riche, source de dynamisme et de créativité. Parallèlement, le désir de préserver à tout prix cette autonomie mène les structures à se cloisonner, à se replier sur elles-mêmes. Cette attitude débouche d'une part sur une ignorance de ce qui se passe chez le voisin et ouvre la porte à toutes les interprétations, à toutes les critiques et induit d'autre part une certaine rigidité.

Les structures ont été créées dans un esprit de **complémentarité** qui constitue l'essence même des structures extrahospitalières. Or au fil du temps, l'Équipe risque de passer à côté de cette richesse car la méconnaissance réciproque de ce qui se fait et la volonté d'attirer un maximum de patients pourrait en faire un ensemble peu différencié voire fusionné.

Dès l'origine l'objectif de **réadaptation au travail** est considéré comme essentiel à l'Équipe. Cependant le CRIT, qui a pour rôle de remplir cette mission, semble vivre une perpétuelle recherche de positionnement .

L'Équipe a démarré sur l'idée d'une **réinsertion** professionnelle et sociale **rapide**. Or au CODE, structure qui suscite actuellement une très large adhésion, une des caractéristiques de base est l'absence de limites temporelles.

Le conseil d'administration et la direction sont perçus comme très **soutenants** et cependant ils sont vécus comme distants et coupés des travailleurs. Les nouvelles idées sont encouragées, les structures se créent et se développent sur base d'idées des soignants et sur base des besoins des patients souvent même avant que les moyens financiers n'existent.

Les soignants voient dans l'Équipe un lieu de travail où l'on **met en œuvre les potentialités individuelles**, où l'on favorise la formation et dont le cadre de travail est particulièrement agréable.

Or on observe un certain mal de vivre parmi les soignants. Ce mal de vivre a certainement pour origine des difficultés liées au travail lui-même : résultats peu gratifiants, lenteur d'évolution, contact incessant avec la folie, suicides, rechutes, désillusions. Mais il s'exprime également à des niveaux très hétérogènes : le marché du travail est incertain, le renouvellement des conventions INAMI fait peser un climat d'incertitude, les relations entre les structures sont pesantes, il existe certaines divergences entre les générations de soignants.

La méfiance de la plupart des soignants à l'égard de l'enquête et d'autre part leur **respect vis-à-vis d'une institution qu'ils estiment** constituent un autre paradoxe.

En effet cette méfiance s'explique pour une bonne part par le souci de vouloir protéger leur situation face à un marché du travail incertain et par un souci de prudence face à un certain climat politique.

Si les relations formelles entre structures sont insatisfaisantes ou inexistantes, les **relations individuelles** et informelles semblent souvent être bonnes et atténuent la rigidité des structures formelles.

Le **modèle médical** -symptôme, réadaptation, guérison- s'est souvent avéré illusoire pour ce genre de patients et a donc parfois été évacué. Néanmoins la primauté du pouvoir médical reste le modèle traditionnel en Belgique; c'est le médecin qui assume la responsabilité thérapeutique.

Cette question semble toujours ouverte et ce tant parmi les médecins que parmi les autres thérapeutes chacun restant sous l'influence de sa propre discipline et de la sensibilité qui y est liée.

Le CODE lui-même est une structure paradoxale; cette structure où l'on est frappé par la lourdeur de la pathologie offre une **production artistique remarquable**, des patients chronifiés, perçus comme en bout de course montrent un appétit de vivre et des capacités étonnantes d'expression et de créativité.

Pour les pionniers de l'Équipe, la collaboration avec le secteur d'Anderlecht tenait une place importante pour assurer la volonté **d'ouverture vers la cité** tant au niveau de la dédramatisation de la maladie mentale dans le public que du soutien à la réinsertion des patients. Or peu à peu cette collaboration a perdu de son acuité et ce notamment vis-à-vis du Secteur d'Anderlecht suite au départ des docteurs Vermeylen et Decroly.

Les expositions et représentations mises sur pied par le CODE donnent une nouvelle vigueur à ce concept d'ouverture.

Les paradoxes relevés sont les symptômes de l'action de forces multiples :

- le contexte économique, social et juridique a très significativement évolué depuis la création de l'Équipe;

- les thérapeutes de l'Équipe ont accumulé une somme de connaissances, d'expériences, de résultats et de solutions aux problèmes posés;
- l'institution s'est diversifiée, développée et structurée.

Tous ces vecteurs de changement appellent une **réactualisation** des objectifs, des moyens et des rôles de l'institution et de chaque structure dans un **mouvement de synergie**.

Actuellement, la **motivation et le soutien du personnel** constituent une des préoccupations centrales de toute entreprise performante.

À l'Équipe, la mobilisation des soignants est généralement manifeste.

Les problèmes relationnels à résoudre sont particulièrement complexes : une entreprise marchande classique traite une matière inerte (du béton, un surgelé ...), une entreprise de service traite avec des clients dont le comportement est connu voire «modélisable»; à l'Équipe, les soignants vivent avec des personnes dont le comportement est par essence déconcertant, imprévisible et douloureux.

Aussi le soutien accordé au personnel doit-il rester prioritaire au sein de l'Équipe.

Discussion et propositions

De toutes les illusions, la plus périlleuse consiste à penser qu'il n'y a qu'une seule réalité. En fait, ce qui existe, ce sont différentes versions de la réalité, dont certaines peuvent être contradictoires, et qui sont toutes l'effet de la communication, et non le reflet de vérités objectives et éternelles.

Watzlawick. 1978.

Notre propos n'est pas seulement de décrire le fonctionnement d'une institution particulière, en l'occurrence l'Équipe à Anderlecht, mais de puiser les renseignements recueillis dans l'enquête qui pourraient être extrapolés et, ainsi, alimenter peut-être une réflexion plus large sur l'avenir de la psychiatrie.

Nous ne retiendrons donc ici que les considérations susceptibles d'être étendues à d'autres structures extrahospitalières.

L'intérêt marqué pour l'histoire de l'institution doit être souligné en premier lieu. Elle est vécue par beaucoup de patients comme parallèle à leur propre évolution. Il semble donc intéressant de promouvoir un lieu de parole où recueillir les données du passé et les transmettre aux patients.

Une deuxième notion se dégage : celle de l'institution perçue comme un lieu de vie privilégié, confortable, protecteur, avec une durée de séjour indéterminée. Le programme thérapeutique -nous dirons le projet thérapeutique- est fort peu évoqué. Ne devrait-on pas lui redonner une place prépondérante et s'interroger sur son contenu ?

Cette constatation nous amène au problème de l'évaluation à usage interne lors de l'admission ou en cours de séjour, objectivée, si faire se peut, suivant des critères déjà envisagés par l'OPS : testing de personnalité et observation clinique.

Cette formule permettrait de répondre à la question maintes fois posée «qu'est-ce qui détermine le choix de telle ou telle structure lors de l'entrée.

Suivant quels critères oriente-t-on le patient vers la structure qui répondra le mieux à sa demande d'aide thérapeutique ?

Ainsi, nous abordons ce thème très controversé de la **spécificité des structures**. L'individualisme, pourtant garant de la créativité nécessaire au développement, le manque de communication entre les structures n'amènent-ils pas à une reduplication plutôt qu'à une complémentarité des offres thérapeutiques ?

Se pose alors une question de fond : qu'est-ce que la rééducation fonctionnelle au sens où l'entend l'INAMI pour l'agrégation des Centres extrahospitaliers ?

Que recouvre-t-elle et jusqu'où va-t-elle ? On est ainsi, à nouveau confronté à un problème d'évaluation sous-jacent à ce qu'expriment les patients à propos de la durée optimale du séjour. L'échec peut venir aussi bien d'un séjour trop long et trop protecteur que d'un séjour trop court.

Une meilleure définition des tâches et des objectifs, dans la perspective d'un tout cohérent contribuerait également à réduire le mal de vivre exprimé par les soignants et favorisé par le cloisonnement entre différentes structures qui renvoie chaque soignant à son isolement devant une tâche difficile à cerner.

Un quatrième point, et il est important, repris dans les différentes interviews est la trop grande fréquence des aller et retour hôpital psychiatrique/extrahospitalier et vice versa. La structure intermédiaire est perçue parfois comme : «un répit entre deux hospitalisations. On ne prend pas en charge la crise, on envoie à l'hôpital».

Selon le docteur Michel Declercq²⁴¹ : «Pour un grand nombre de patients, ce qui rend la situation urgente, ce n'est pas tant leur pathologie et encore moins la gravité de celle-ci, mais bien **des ruptures dans le contexte sociologique**, ce qui nous amène à utiliser le concept de crise du contexte ou **crise du référent**» (c'est nous qui soulignons).

Ceci nous conduit à proposer l'intégration au sein des structures extrahospitalières d'une **cellule de liaison**, cellule de crise, ou de réorganisation selon les cas. Elle s'inscrirait dans un projet de triangulation thérapeutique hospitalier - extrahospitalier.

²⁴¹ Michel Declercq, *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, De Boeck Université 1997 (p. 25).

Cette cellule constituerait un **interface** analysant la crise, au niveau de la pathologie propre du patient, prenant d'autre part en charge, une re-négociation des relations du patient avec la structure référente.

Pour terminer, nous nous engagerons dans une réflexion éthique.

Au moment où, en Belgique, l'on évoque une réforme de la psychiatrie, la relation entre les institutions hospitalières et extrahospitalières doit être considérée avec objectivité et raison en partant des besoins du patient.

Si, comme nous l'avons dit plus haut, les institutions se modèlent parfois selon des critères qui nous échappent, lorsque les critères se dégagent de l'observation et de l'expérience, ils ne peuvent être négligés.

Peut-on raisonnablement penser une politique de santé mentale efficace, cohérente et donc économique sans partir des besoins du patient correctement analysés dans leur globalité.

Il n'y a pas si longtemps que le système aliénant de l'asile a été abandonné; le malade mental était un danger pour la société qui se protégeait en le rejetant.

L'hôpital psychiatrique s'est substitué à l'asile, le malade est maintenant «un patient» accepté dans sa souffrance, objet de soins; mais dans ce lieu «aseptisé» il reste séparé du milieu social où il sera cependant appelé à vivre, à re-vivre.

Si le contexte sociologique peut être facteur de rupture, à l'inverse il peut être facteur de réadaptation s'il est intégré au projet thérapeutique.

La psychiatrie ne pourra vraiment être humanisée que si l'on renonce au cloisonnement entre des services et des institutions enfermés dans une spécialisation étroite alors qu'ils devraient s'appuyer les uns sur les autres en confiance et sans rivalités, qu'elles soient scientifiques ou économiques, réalisant une triangulation thérapeutique sans laquelle le clivage hôpital-extrahospitalier perpétuera la chronification.

CHAPITRE 4

LE SECTEUR D'ANDERLECHT

(Kathleen DAVIS, avril 1998)

Note méthodologique

L'étude a été menée sur base de 4 interviews dont 3 individuels et un groupe ; ils ont eu lieu dans les locaux du Secteur ou au domicile des interviewés.

Au cours de ces interviews, 9 personnes ont été interrogées ; ces personnes se répartissent comme suit : 3 assistantes sociales, 3 psychologues, 2 médecins et une secrétaire.

Les interviews ont été enregistrés.

Analyse des interviews

En 1961, lors de la fondation du Secteur, il n'existait en dehors des hôpitaux psychiatriques, que des psychiatres privés et des dispensaires d'hygiène mentale qui étaient essentiellement destinés à suivre des gens qui sortaient de prison ou des alcooliques; plus particulièrement en ambulatoire il n'existait rien.

Le docteur Vermeylen a voulu s'inspirer du modèle du Secteur psychiatrique du 13^e arrondissement de Paris; c'est-à-dire un centre de santé composé d'une équipe pluridisciplinaire et destiné à couvrir les besoins en aide d'une population déterminée pour soigner les malades en essayant de les maintenir dans leur lieu de vie et d'arriver à une intégration sociale et familiale.

Certains soulignent également le rôle pivot des idées d'avant garde de Lucette Decroly.

L'objectif de départ a été aménagé suite à diverses évolutions; évolutions aux niveaux politiques, financiers, des types de patients, des progrès médicaux, des infrastructures de la région, de l'organisation du service, des personnalités impliquées, de l'état d'esprit et des relations avec l'extérieur.

Le service s'est établi à **Anderlecht** pour de multiples raisons.

Dés le début le projet a pu compter sur l'appui du bourgmestre Joseph Bracops, de plus il s'agissait d'une commune vaste, démunie au point de vue des soins psychiatriques privés et présentant des quartiers sociologiquement diversifiés : commerçants, ouvriers, résidentiels, agricoles, grands ensembles et cités ouvrières.

L'endroit proposé par la commune était situé au cœur du village; il s'agissait du centre de santé communal qui remplissait de multiples fonctions : médecine préventive des écoles, médecine du travail pour les employés et ouvriers communaux; dès lors le fait d'y installer un centre de médecine psychiatrique ambulatoire n'allait pas en faire «une maison de fou» et faisait donc moins peur à l'époque.

Certains avancent également que le voisinage de la maison d'Érasme, auteur de *l'Éloge à la folie* n'était pas pour déplaire au docteur Vermeulen...

La commune a toujours été le pouvoir organisateur et même à partir du moment où les subsides du ministère sont arrivés, ils ont transité par la commune qui paie certains membres du personnel, les locaux, l'entretien, les matériels et fournitures de bureau, l'eau, le gaz, le téléphone, le chauffage... ce soutien est très précieux car les autres centres de santé mentale doivent se débrouiller avec les frais de fonctionnement.

Au Secteur on souligne combien la commune a néanmoins toujours laissé une grande liberté tant au niveau des orientations que des nominations et de l'organisation.

«Nous ne sommes jamais ennuyés par un droit de regard sur la qualité ou le style de travail ni par une intervention au niveau des engagements ou de l'organisation du travail».

Le Secteur a également bénéficié de l'appui moral de la Fondation Julie Renson, qui a soutenu le projet au départ, ainsi que de celui de la «Ligue bruxelloise pour la santé mentale».

Au départ, le principal objectif était de diminuer les collocations (hospitalisations contraintes), cet objectif été rapidement atteint : «Sur une moyenne de dix années précédant l'ouverture du service il y avait environ septante-cinq collocations par an et dès le moment où le service a été ouvert ce chiffre a été ramené de moitié, à trente-cinq, pour finir par ne plus représenter que, certaines années, dix ou six collocations; la différence s'explique du fait que beaucoup de ces collocations ne relevaient pas d'une indication médicale mais devaient se faire parce qu'il n'y avait pas d'autres recours possibles pour une prise en traitement».

Au niveau **des types patients**, il s'agissait, dans les premières années, essentiellement de cas lourds comme des psychotiques, des alcooliques, des épileptiques, des handicapés mentaux, des délirants, des familles asociales... «Dès le départ, on a hérité de tous les cas qui posaient des problèmes dans la commune et qui faisaient souvent l'objet de collocations»; au début on marquait un grand intérêt pour les alcooliques et on entretenait des contacts étroits avec les «Alcooliques Anonymes»; on se dévouait corps et âme pour les alcooliques au point «d'aller les rechercher dans les cafés».

Les psychotiques ont gardé une place importante mais en même temps, il y a eu une évolution assez sensible dans le sens d'une diversification :

- la drogue a pris le pas sur l'alcoolisme «alors que l'alcoolisme reste un grand fléau»;
- les gens viennent avec des demandes différentes comme un état dépressif léger, des problèmes existentiels, un mal être ou un mal de vivre avec des symptômes de type anxieux ou phobique mais plus légers;
- grâce notamment au changement de culture, on vient consulter plus facilement, et on assiste de plus en plus à des demandes spontanées : «Avant c'étaient des gens obligés, qu'on poussait à se faire soigner, des gens qui sortaient de l'hôpital psychiatrique, il y avait pas mal de contraintes sociales pour nos patients»;
- avant la majorité des cas venaient par les hôpitaux, maintenant la plus grande part ont pour origine des initiatives personnelles, l'entourage, des généralistes et l'apport des hôpitaux est proportionnellement moindre;
- il y a de plus en plus de jeunes qui font appel au service : «Entre 20 et 30 ans à l'entrée de la vie adulte on craque»;
- parallèlement on observe d'avantage de pathologie du vieillissement;
- enfin il y a une évolution sociale, les demandes émanent d'une population plus cultivée, plus instruite;
- des couches de la population «qui peuvent payer» viennent aussi au secteur car elles y trouvent un travail d'équipe; «certains dont la pathologie demande un encadrement organisé peuvent reporter leurs inquiétudes sur plusieurs interlocuteurs, ce qui est important pour eux»;

Au niveau de l'**approche du malade** on constate aussi certaines évolutions :

- la culture était de veiller à ce que les gens reviennent, à ce qu'ils se soignent; si un patient ne venait pas à son rendez-vous on avait donc l'habitude de reprendre contact avec lui par téléphone ou via un petit mot, les gens étaient systématiquement relancés : «C'était un peu paternaliste quand même». Maintenant on leur laisse la liberté de se manifester, l'évolution vers une «non reconvoction» a été progressive; on n'y recourt plus sauf si on est très très inquiets pour quelqu'un;
- le caractère polyvalent du centre s'est intensifié : psychologues, kinésithérapeutes...;
- avant il n'était pas question de faire des psychothérapies en tous cas pour les médecins; c'était une prise en charge psychiatrique, c'était un soutien médicamenteux la plupart du temps, très centré sur le concret, le factuel, sur

la question de savoir avec qui prendre contact : la famille, le milieu professionnel... mais au fil du temps, quand l'équipe des psychologues s'est formée il y eut davantage une «clientèle désireuse de psychothérapies : névrosés, crises de l'existence, problèmes relationnels, conjugaux, chômage...»;

- le contact avec le patient a été aussi marqué par le fait que les honoraires médicaux ont peu à peu été demandés aux consultants, ce qui a été un passage difficile pour la clientèle et a suscité de l'étonnement, des protestations voire des refus.

Ce processus s'est déroulé en plusieurs étapes :

- 1) bénévolat des médecins;
- 2) intervention de la Fondation Julie Renson en leur faveur;
- 3) système du tiers payant, les mutuelles prenaient une part du remboursement et c'était toujours gratuit pour les patients;
- 4) paiement du ticket modérateur par le patient ce qui entraîne des retards et est lourd ;
- 5) paiement par les patients comme dans toutes les consultations.

Le secteur n'a jamais opéré de discrimination à l'entrée.

Cependant vu l'affluence des demandes et surtout vu l'affluence des demandes de psychothérapies impliquant des traitements longs, alors qu'au départ les demandes portaient principalement sur des suivis sociaux ou purement médicaux, il faut se montrer plus sélectif en refusant les personnes «qui ont déjà un pied ailleurs» et en travaillant de préférence avec des gens motivés «qui demandent eux-mêmes de l'aide» ou avec des personnes envoyées par certains médecins généralistes «qui sont habitués à travailler avec nous, qui ont un bon diagnostic». Cette demande est difficile à évaluer au départ.

Les relations avec l'hôpital général se sont peu à peu détériorées pour finir par se rompre : «avant notre secteur s'étendait jusqu'à l'hôpital».

Au départ il y avait un lien organique entre le Secteur et l'hôpital d'Anderlecht, (Centre Hospitalier Bracops maintenant) mais les relations s'étant dégradées, la convention a été dénoncée.

Un médecin du Secteur était le psychiatre consultant de l'hôpital et celui-ci adressait souvent, les gens hospitalisés, pour le suivi, à la consultation du Secteur.

Plusieurs médecins du Secteur se sont ainsi succédés à l'hôpital d'Anderlecht; peu à peu les liens se sont relâchés et finalement l'hôpital a fait appel à quelqu'un d'extérieur.

Il semble que diverses raisons sont à l'origine de cette séparation comme notamment le fait que le Secteur aurait progressivement ressenti «être utilisé» uniquement pour les gardes et remplacements et que l'hôpital n'avait aucune considération pour ce que le Secteur faisait : «Il traitait les travailleurs du Secteur de doux rêveurs, d'artistes».

De même aucun lien stable n'est parvenu à s'établir avec l'hôpital universitaire Érasme.

Lors de l'ouverture de celui-ci, le Secteur a offert sa collaboration et organisé un bon nombre de réunions avec l'hôpital mais ces contacts ne débouchèrent sur rien de concret.

L'hôpital Érasme avait un service de psychiatrie et tout naturellement la plupart des décompensations psychiatriques ont été acheminées directement à Érasme; pour la police notamment c'est plus simple que de commencer par appeler le psychiatre de garde et puis d'envoyer à l'hôpital; de plus Érasme a une consultation psychiatrique et assure le suivi des patients hospitalisés.

Dans la commune, on a donc assisté à un mouvement centripète qui constitue un réel mouvement de balancier par rapport aux années antérieures.

Si comme on l'a vu l'hôpital semble quelque peu s'être éloigné du Secteur il semble également que le Secteur a évolué vers une autonomie à l'égard de l'hôpital : «Au début il s'agissait d'une psychiatrie extrahospitalière encore très liée dans l'esprit de tous à l'hôpital, l'hôpital était tout proche; maintenant les hôpitaux sont plus loin, on travaille vraiment sans eux , le recours à l'hôpital est exceptionnel».

Les contacts avec l'**Équipe** s'avèrent fort différents suivant la structure concernée; ils sont bons avec les divers centres de jour de l'Équipe : «L'ouverture du premier centre de jour, le CRIT, a constitué une possibilité supplémentaire, très importante de maintenir les gens à l'extérieur».

Il semble au contraire que les relations avec les deux structures résidentielles, le Foyer et Prélude, soient très rares voire teintées de dédain «au Foyer, ils sont toujours restés repliés sur eux-mêmes, ils sont très lacaniens, quelque soit le médecin qui ait été là on a toujours l'air d'être des intrus, ils nous considèrent comme condescendants, paternalistes voir fascistes car trop intervenants et avec Prélude c'est la même chose»; «le Foyer, cela n'a pas changé notre vie».

L'**organisation** du Secteur a été déterminée par plusieurs facteurs spécifiques :

- Le service social et les assistantes sociales constituent la plaque tournante, l'élément permanent, ce qui s'explique notamment par des raisons historiques. Au départ, en effet, la consultation avait lieu un jour puis deux par semaine; le reste du temps le service social était le seul à fonctionner.

Tout était donc fait par le service social : téléphone, accueil, anamnèse des nouveaux cas, statistiques... Dans les années 70 lorsque le secrétariat est arrivé, certaines fonctions comme le téléphone sont restées à charge des assistantes sociales. La stabilité des assistantes sociales au cours du temps a marqué le Secteur : «elles personnifient le service».

- Le fait que le centre était au départ davantage tourné vers le social a amené les psychologues à devoir y trouver progressivement leur place; cette difficulté a été accentuée du fait que leur arrivée ne s'est pas faite suite à une demande de l'équipe mais suite à l'arrêté royal de 1975.
- L'organisation des réunions de staff a évolué parallèlement à l'état d'esprit. Au départ il y avait une puis rapidement deux réunions de staff par semaine en soirée; au cours de ces réunions, tous les cas étaient passés en revue «jusqu'à ce que mort s'ensuive, c'était long, gai». Plus tard ces staffs ont été ramenés à une réunion, à midi, par semaine «on a vieilli ces staffs sont devenus trop lourds, très tardifs et ils ont été espacés à une fois par semaine et avaient lieu à midi et plus le soir». À un certain moment les staffs ont perdu de leur intérêt : «On ne disait plus rien, c'était une perte de temps»; les staffs ont été alors limités à un par mois et animés à tour de rôle. Aujourd'hui les staffs mensuels sont redevenus plus animés, plus bavards et pour que chaque médecin ait l'occasion d'assister à un staff, on change de jour; les médecins n'y sont donc pas tous présents en même temps, ce que certains regrettent.
- D'autres réunions ont été mises sur pied afin permettre des réunions de «sous équipes» : réunions des psychologues, réunions des assistantes sociales, réunions de lecture, au cours desquelles on procède à des échanges à propos de lectures...
- La communication semble bien passer dans cette équipe pluridisciplinaire grâce à un système composé de «dossiers» qui a fait ses preuves.
- Le départ du docteur Vermeylen a également créé une rupture qui a marqué l'organisation du Secteur; il a été difficile de lui trouver un successeur : «Ce n'était pas rien de remplacer le médecin directeur-fondateur, c'était une place qu'aucun de nous ne semblait prêt à prendre, on disloquait la fratrie pour que l'un des frères ou sœurs devienne le chef», «c'était une place mythique». Le problème s'est représenté quelques années plus tard et on a alors fait appel à quelqu'un d'extérieur «qui a été très à l'écoute du service avant de prendre sa place».

Les **relations** entre soignants apparaissent généralement amicales et empreintes d'estime.

Toutefois il semble que peu à peu il y ait eu moins de contact entre les soignants ce qui s'expliquerait entre autres par le fait que leur nombre ait augmenté, par la raréfaction des staffs et la diminution de prestations de certains.

«Il y a moins de cohésion que dans les premières années, moins d'esprit de pionnier, moins d'appartenance à un corps, on a vieilli les rapports sont plus posés».

Le poids et la place de la hiérarchie semblent être perçus de manière divergente suivant les domaines concernés; cette hiérarchie serait peu perceptible au niveau clinique par contre son poids serait croissant au niveau administratif.

Les relations entre psychologues présentent un caractère particulier dans la mesure où leur formation fort est différente et que chacun tient à préserver ces approches complémentaires.

La grande stabilité qui caractérise le service semble à l'origine de certains dysfonctionnements. En effet, l'équipe d'origine est partie et il y a surtout eu des mouvements au niveau des médecins; mis à part ces changements, ils sont pratiquement tous là depuis 15 ou 30 ans; la constance des assistantes sociales renforce aussi cette situation.

Il semble que le système est tellement ancré dans l'institution qu'il élude les adaptations : «on a l'impression qu'il s'était déjà créé un système et que les nouveaux venus se sont adaptés ou sont partis», «les nouveaux arrivent devant quelque chose de monolithique».

L'état d'esprit au Secteur s'est profondément modifié.

Au début, la nouveauté de la notion de secteur conduisait chacun à défendre cette nouvelle approche du malade.

«Il existait à l'époque une dichotomie entre *intra* et *extra-muros*; on avait la rage de démontrer qu'on pouvait soigner les gens en dehors d'un hôpital psychiatrique», «il était sous-entendu que dans les murs c'est mauvais et que c'est nous les bons». Depuis on a évolué vers une conception plus mesurée : «Il y a des moments où l'hôpital est la seule solution, l'hôpital n'est pas mauvais en soi et le Secteur n'est pas la panacée universelle non plus».

Le climat était très enthousiaste, chacun était fier de travailler là, «de créer son propre métier», il y avait beaucoup d'idéalisme et chacun faisait preuve d'une très large disponibilité.

«Les médecins travaillaient pour rien, pour la bonne cause, pour l'intérêt du travail et pour le bien des gens», «c'était un esprit que l'on pourrait presque qualifier de boy scout -toujours prêt- en effet il fallait être prêt à aller à domicile pour tout appel», «la journée se terminait donc souvent très tard».

Au fil du temps et à la suite d'un faisceau de circonstances, les traits inhérents à une nouvelle expérience ont été remplacés par de l'organisation, du réalisme et plus de responsabilité.

Les soignants du Secteur sont conscients de cette évolution comme en témoigne l'un d'eux : «Un service acquiert de l'expérience et de l'efficacité parallèlement à une perte des illusions».

QUELQUES RÉFLEXIONS EN GUISE DE POSTFACE

JEAN VERMEYLEN

Nous avons raconté ici l'histoire d'une maison déjà ancienne et qui, au fil du temps, a donné naissance à plusieurs demeures de conception parfois très différentes. Ceux qui auront suivi, créant d'autres institutions, retrouveront ici je pense les étapes de leur propre parcours.

Cette histoire a été entreprise avec la conviction que les institutions, comme les hommes, sont les enfants d'un passé qui, voudraient-ils l'oublier ou le récuser, continue de vivre en eux. Porteurs d'un roman familial ou institutionnel riche de significations, ils répètent - ainsi souvent à leur insu - ce qui advint dans les générations précédentes. Entrer dans cette histoire, dans ce roman, y découvrir les mythes, ce qui n'a pas été dit ou transmis et qui nous influence pourtant nous détermine parfois, c'est retrouver nos racines familiales ou professionnelles, nous enrichir de nos origines. Nous pouvons espérer en tirer quelques réflexions et enseignements...

Les structures intermédiaires se sont, comme les autres structures extrahospitalières, démarquées des hôpitaux psychiatriques par un cadre thérapeutique et des pratiques qui leur sont propres. Elles se sont instituées en microsociétés immergées dans une société plus large avec sa culture qu'elles reflètent inévitablement et dont il leur arrive de récuser les valeurs. Chez nous, curieusement, ces structures pour enfants et adultes qui se sont multipliées depuis les années 60 et dont beaucoup sont subsidiées par l'I.N.A.M.1. ou le ministère de la Santé Publique, n'auront été que très lentement et partiellement reconnues comme des interlocuteurs et des partenaires à part entière. Sans doute avons-nous mis trop de temps à affirmer avec clarté et fermeté notre identité propre et notre différence : elles restent souvent déroutantes, sinon incompréhensibles pour ceux qui travaillent dans les milieux plus traditionnels comme les hôpitaux psychiatriques.

Si l'institution psychiatrique a pour vocation de rétablir le psychotique dans son histoire et sa subjectivité, encore faut-il qu'elle soit elle-même au clair avec sa propre histoire et son identité de sujet. Cette histoire et cette identité-là prennent origine dans le mythe fondateur. La grande misère des psychotiques cotoyés au Secteur, leur abandon thérapeutique dans les asiles de l'époque ont suscité et nourri ce mythe-là et l'illusion que nous avons trouvé les moyens de les sauver et de les ramener dans notre monde à nous. Nous possédions une potion magique : la communauté thérapeutique ramenée de nos rencontres anglaises et quelque peu aménagée à notre sauce. Largement inspirée par les concepts antipsychiatriques de l'époque, elle met en œuvre un système misant sur la dynamique des petits groupes et sur le potentiel thérapeutique de tous les membres de la communauté. Son organisation démocratique développe des relations plus égalitaires et collégiales entre tous les membres, soignants et soignés, promouvant la plus grande liberté de parole et la participation de tous aux prises de décision. Son activité sociothérapeutique se nourrit de la vie au quotidien dans des maisons de ville banalisées et avec, ce qui nous a toujours paru

essentiel, une ouverture constante vers le monde extérieur et d'abord avec la famille.

Ce modèle tient toujours la route et de nouvelles structures l'adoptent encore aujourd'hui. Il n'a guère évolué et n'a pas été confronté, jusqu'ici, à des projets alternatifs vraiment originaux. Je constate au passage, et cela me laisse perplexe, qu'après la révolution de la psychiatrie sociale des années 50 et 60, le paysage psychiatrique s'est plutôt figé et l'hospitalocentrisme, chez nous va se renforçant.

Une communauté thérapeutique, à l'usage, peut apporter beaucoup au psychotique, mais elle ne fait pas de miracles ! Nous avons cru qu'avec un aménagement de l'espace collectif et un cadre favorable aux échanges sociaux, nous pourrions faciliter chez lui des changements structuraux allant dans le sens d'une névrotisation progressive. Et qu'il puisse accéder ainsi à toutes les formes de la vie sociale, entrer de plain pied dans notre système et en intégrer les valeurs. Las, il reste bien souvent étranger à ce système et aux désirs des soignants, ou ne leur apporte qu'une adhésion factice.

Les structures que nous avons fondées se donnaient pour vocation de réadapter nos patients à tous les aspects de la vie sociale, et donc au travail. La crise économique qui a suivi les golden sixties a eu aussi raison de cette illusion, mais surtout, et plus fondamentalement, la notion et la réalité du travail restent inaccessibles à la plupart de psychotiques que nous accompagnons parce que proprement incompréhensibles pour eux. Tenter de les conditionner à une activité professionnelle nous est apparu, dans la majorité des cas, comme insensé et contraire à notre éthique.

L'entrée forcée dans d'autres projets irréalistes ou la tentation d'un conditionnement à des comportements sociaux "normaux" risquent d'être vécus par le psychotique comme arbitraires, agressifs ou tout simplement dénués de sens. Il s'en protégera souvent par un repli plus marqué dans sa bulle autistique. Avec, comme résultat paradoxal d'accélérer un processus de chronification toujours menaçant, avec son cortège de raréfaction des liens sociaux, de rétrécissement affectif et existentiel, de perte aussi de la notion de temps et donc de mémoire et de projection dans l'avenir.

Le temps et l'expérience nous ont appris l'importance de respecter le psychotique dans son organisation psychique, ses défenses, son monde originel et, disait Lacan, sa forme spéciale de discordance avec le langage commun. Evitons de projeter sur lui nos désirs et nos demandes qui ne sont pas les siens.

Ces considérations font partie depuis longtemps de notre philosophie de base. Il en est d'autres, comme notre conviction que tout patient, même le plus chronifié, porte en lui un potentiel évolutif que nous pouvons l'aider à actualiser. Le Code en est un vivant exemple. Ou bien encore qu'avec un psychotique il faut se préparer à un accompagnement au long cours - des années souvent - qui passe par

les structures intermédiaires, ou le secteur chargé d'assurer la continuité psychomédico-sociale, ou parfois le retour temporaire à l'hôpital. On dit que l'arrivée compte moins que le voyage dont chaque étape apporte son enrichissement.

L'arrivée ? Nous avons appris à tempérer nos ambitions, mais si nous avons pu aider le psychotique à prendre sa place de sujet dans la vie collective et à déambuler, comme disait Pelicier, en habitant d'une cité qui ne leur serait pas (trop) étrangère nous n'aurons perdu ni notre temps, ni nos efforts-.

Je voudrais terminer par quelques considérations déjà évoquées dans les conclusions de l'enquête auprès des soignants et soignés, et qui concernent le présent et l'avenir de notre réseau de structures hospitalières et extrahospitalières.

L'hôpital garde un rôle irremplaçable et je ne contesterai ni sa place, ni son efficacité dans les limites de ses compétences spécifiques. Traitant le malade dans sa phase critique et pour une période courte, il fonctionne comme un isolat offrant un traitement médical intensif et un lieu de régression sécurisant et "contenant".

Je ferai deux remarques. Les progrès du modèle biologique peuvent se faire, surtout dans les hôpitaux généraux, aux dépens de la dimension psychosociale et psychothérapeutique, rompant ainsi l'équilibre du projet global et de son humanisme, le sujet redevenant un objet de soins. D'autre part, la tentation totalitaire de vouloir répondre à tous les besoins (nous l'avons vécue aussi dans les débuts de l'extrahospitalier !) les amène parfois à créer leurs propres structures de réadaptation en leur imprimant inévitablement leur marque. De là à revendiquer le travail de postcure ou à le déléguer aux structures extrahospitalières en en gardant le contrôle il n'y a qu'un pas. Et ce pas, des responsables politiques, inspirés par certains milieux hospitaliers le franchiraient assez volontiers. Guidés par un souci d'économie et de rentabilité, ils souhaiteraient aboutir à la rationalisation des soins basée sur un reconditionnement et une normalisation rapide et superficielle du patient.

Ce modèle technocratique est aux antipodes de celui de la communauté thérapeutique qui, avec ses références psychanalytiques et systémiques et dans une vision humaniste, accompagne durablement le psychotique, se préoccupant de son vécu existentiel et le respectant dans son originalité.

Quant au Secteur (l'actuel Centre de Santé Mentale), nous l'aurions volontiers vu occuper une position centrale de distributeur de jeu dans la triangulation avec l'hôpital et les structures intermédiaires. Immérgé dans la communauté, occupant la première ligne, il est le mieux placé pour évaluer les situations de crise, les gérer lui-même ou les diriger vers l'hôpital. Ce qui lui a manqué jusqu'ici, c'est un centre de crise gérant les crises psychosociales sans hospitalisation. Malheureusement, certains centres ont perdu leur vocation initiale de secteurs généralistes qui accueillent toutes les pathologies, et assument

particulièrement la continuité de l'accompagnement des psychotiques en leur offrant ainsi une appartenance institutionnelle sécurisante.

L'hôpital, le secteur et les structures intermédiaires, trois entités différentes qui se connaissent mal et se regardent trop souvent d'un œil critique et méfiant. Pourtant, si ces structures n'arrivent pas à travailler en bonne intelligence, le système se grippe et les protagonistes se replient sur leurs positions.

Nous n'arriverons à rendre la relation triangulaire opératoire que si chacune, en dehors des rivalités stériles, fait l'effort de comprendre, reconnaître et respecter le modèle et les références conceptuelles de l'autre, ses compétences et son territoire propres. Et qu'ainsi un dialogue ouvert et authentique s'établisse sur un pied d'égalité véritable. A ce prix, la complémentarité naturelle de l'ensemble pourra donner pleinement ses effets. Pour le plus grand bénéfice des patients, notre principal souci après tout.

Je termine avec l'espoir qu'ici aussi l'appel à la mémoire aura contribué à donner sens à une histoire en train de se faire.

Dr. Jean Vermeylen
Le 23 mars 2001