



Changer la psychiatrie pour déstigmatiser...

Comment mettre en œuvre demain, une psychiatrie non discriminante au plus près du domicile et de l'entourage des personnes atteintes de pathologies mentales ? Le Réseau International de Collaboration en Santé Mentale (RICSM) propose de s'appuyer sur six critères de bonnes pratiques...

■ **Jean-Luc Roelandt,**

psychiatre, Directeur du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), EPSM Lille-Métropole, Lille.

■ **Nicolas Daumerie,**

psychologue, chargé de mission CCOMS, EPSM Lille-Métropole, Lille.

■ **Aude Caria,**

psychologue, chargée de mission CCOMS, Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris.

■ **Michel Eynaud,**

psychiatre, DIM, CH Montérán, Saint-Claude, Guadeloupe.

■ **Antoine Lazarus,**

Professeur de Santé Publique, Université Paris XIII, Bobigny.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prône depuis 2001 un changement de paradigme en psychiatrie, demandant de passer d'une politique de structures accueillant un patient, à une politique de services accompagnant un usager à son domicile et avec son entourage. Prenant acte de la charge de morbidité considérable due aux troubles psychiques dans le monde et de l'existence de soins efficaces, l'OMS appelle à combattre l'exclusion des personnes ayant des troubles psychiques par une approche multisectorielle et à renforcer la recherche. Pour Benedetto Saraceno, responsable du Bureau de Santé Mentale à l'OMS, le problème n'est plus « *comment répond-on à l'urgence ou à la crise ?* », mais « *comment organise-t-on la vie et les soins pour les personnes qui seront suivies pour troubles psychiques chroniques durant 20 ou 40 ans, et dont la place n'est pas forcément à l'hôpital ?* ». Autrement dit, quelle politique de soins et de services mettre en œuvre pour répondre à cette question dans les différents états ? C'est aussi s'interroger sur

les critères de « bonnes pratiques » pour des soins psychiatriques intégrés dans la cité, au plus près du domicile et de l'entourage des patients. Y a-t-il des exemples concrets d'application de cette politique au niveau local ? Comment les promouvoir, les faire connaître et les diffuser ?

Le Réseau International de Collaboration en Santé Mentale (RICSM) est né de ce constat (cf. « *Les sept services de psychiatrie fondateurs du RICSM* »). Il a été fondé en 2002 par sept services de santé mentale européens, pratiquant une psychiatrie intégrée dans la cité (*Community Mental Health*) et partageant les mêmes valeurs de respect des droits de l'homme. Partant de l'expérience de ses membres, le RICSM a adopté six critères qualitatifs et quantitatifs pour cerner les pratiques de soins psychiatriques intégrées dans la Cité. Le but : fédérer les expériences similaires, favoriser les échanges et améliorer collectivement les services offerts aux personnes souffrant de troubles psychiques.

Cet article présente les objectifs et les valeurs du RICSM, explicite les critères retenus et, à partir des rapports d'activité des secteurs de psychiatrie français, évalue leur application en France pour de bonnes pratiques.

■ Fédérer des expériences européennes

Depuis quarante ans, les politiques de santé ont entraîné un changement fondamental dans l'organisation des soins en psychiatrie. Ce nouveau fonctionnement a eu pour promoteurs le mouvement désaliéniste français, l'anti-psychiatrie anglaise et la désinstitutionnalisation italienne. Supprimer les pratiques inacceptables en psychiatrie, tel était le but recherché, défendu dans un premier temps par des positions idéologiques, puis relayé par les concepts de défense des usagers et des droits de l'homme. Une complémentarité évidente s'est établie entre des actions de professionnels déterminés à réduire les effets négatifs des soins et des usagers confrontés à des troubles entraînant exclusion et stigmatisation.

La psychiatrie touche aux droits et devoirs fondamentaux des êtres humains. C'est l'une des rares disciplines médicales où le praticien peut aller à l'encontre de la volonté de la personne, sans se mettre hors-la-loi. Les lois définissant les soins psychiatriques sans consentement permet-

tent aussi, par une sorte de vide juridique ou une trop grande précision, toutes les pratiques restrictives en termes de liberté, allant jusqu'à la contention physique et la privation de liberté. L'évolution vers le respect du rôle des usagers et la bataille pour ses droits s'est accompagnée d'une volonté de soigner hors l'hôpital. Ceci passe nécessairement par une lutte de tous les instants contre les discriminations : non accès aux soins somatiques, aux structures sociales, marquage psychiatrique, perte ou non obtention d'emploi et/ou de logement, insertion sociale précaire, solitude...

Disons d'emblée qu'il n'y a pas de service de psychiatrie parfait. Si les sept expériences européennes du RICSM ne sont pas parfaites non plus, au moins tentent-elles d'appliquer des valeurs identiques et d'adapter leurs pratiques à ces valeurs. Plus que des lois, articles scientifiques, discours ou incantations, elles œuvrent à mettre en actes les bonnes intentions qui, pour être nombreuses et fréquentes, ne correspondant pas toujours aux pratiques. Un service de « soins psychiatriques intégrés dans la cité » est une approche globale. Il ne s'agit pas de dire « *J'ai fait un bel hôpital de jour là* » ou « *les usagers ont un beau club à tel endroit qui fonctionne sans discrimination* », il faut que l'ensemble du service de psychiatrie couvrant un territoire soit cohérent.

Ces expériences portent aussi en elles, hormis des nouveautés dans la pratique, les histoires des états, des cultures, des langues de chacun d'entre eux.

Quel que soit le pays européen concerné, on se rend compte que ces expériences de soins psychiatriques intégrés dans la cité, adaptés et efficaces, ne se sont développées que dans un nombre restreint de lieux. La variété des pratiques reste la règle, même lorsque la législation définit une politique globale spécifique. Afin de valoriser ces expériences, de les faire connaître et de promouvoir leur socle de valeurs communes, d'une collaboration essentiellement italo-anglaise au départ, est né le texte constitutif du RICSM (1).

■ Un réseau pour quoi faire ?

Les principaux objectifs du Réseau International de Collaboration en Santé Mentale (RICSM) sont de répondre à la demande d'aide exprimée par les sites qui en auraient besoin et qui adhèrent aux principes suivants :

- la reconnaissance du rôle, de l'expérience et de l'expertise des usagers et de leur entourage dans la planification et le développement des services ;
- la création de services de psychiatrie intégrés dans la cité, cohérents et en mesure de développer une stratégie qui réponde aux besoins en santé mentale d'une population donnée ;
- le redéploiement des grands hôpitaux psychiatriques dans la cité et la création de services intégrés dans la cité ;
- la lutte contre l'exclusion, la discrimination et la stigmatisation des citoyens ayant des troubles psychiques.

Le but est de fédérer les expériences pilotes de santé mentale communautaire (abouties et en cours de développement).

En effet, en favorisant les échanges, les formations croisées et continues, chacun pourra se nourrir des expériences des autres. Il s'agit d'améliorer collectivement les services offerts aux personnes souffrant de troubles psychiques :

- des traitements et thérapies ;
- des logements adaptés ;
- l'insertion professionnelle ;
- un réseau social ;
- la participation et l'intégration à la vie citoyenne ;
- la défense des droits des usagers ;
- le soutien au développement de la participation des usagers et des associations d'usagers dans la transformation des services ;
- le développement de « recherches-actions » en santé mentale communautaire ;
- la lutte contre les lois et les politiques discriminatoires.

Ainsi, on peut renforcer le courant de la santé mentale communautaire et asseoir son influence.

■ Moyens d'action et valeurs du RICSM

Le Réseau International de Collaboration en Santé Mentale (RICSM) atteindra ses objectifs notamment grâce à son site internet (2), à l'organisation de voyages d'étude, de stages et d'ateliers de travail pour les professionnels, à l'initiation de programmes de recherche, à la tenue de conférences internationales, en maintenant le lien avec des organismes partageant des valeurs, principes et expériences similaires (3). Les membres du réseau, témoins de pratiques concrètes et abouties, ont déjà été sollicités à

plusieurs reprises pour conduire un changement des politiques locales, régionales et nationales (4). Le réseau peut être contacté par toute personne, institution ou état souhaitant améliorer ses pratiques en santé mentale communautaire, pour le développement des services de psychiatrie intégrés dans la cité. La multitude des exemples donnés permet de s'inspirer de l'une ou l'autre expérience et de l'adapter à ses enjeux locaux.

Les valeurs défendues par le RICSM sous-tendant les critères de bonnes pratiques, respectent les Droits de l'Homme et du Citoyen, les recommandations de l'OMS pour la santé mentale et, pour la France, la philosophie des secteurs de psychiatrie et les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant la prise en charge des patients ayant des troubles psychiques.

• **Les services de psychiatrie ne sont pas des prisons...**

L'application de cet item devrait conduire, pour les services qui s'en préoccupent, à des soins de qualité, sans contrainte, dans des services de psychiatrie ouverts au public, si possible sans contention et au plus près du lieu de résidence. Le patient reste avant tout un citoyen avec des droits et des devoirs. Les prises en charge psychiatriques ne doivent pas déroger aux droits de l'Homme et du Citoyen et donc aux bonnes pratiques médicales.

• **Les services de psychiatrie ne sont pas des services « à part »...**

Intégrer la psychiatrie dans la médecine et la santé mentale dans la santé en général reste un défi permanent pour lutter contre l'exclusion et la discrimination des personnes ayant besoin de soins psychiatriques. Ceci nécessite un changement réel de paradigme pour les intervenants en santé mentale : ils ne doivent plus « avoir » des partenaires pour le soin mais « être » partenaires de la prise en charge d'une personne, avec elle et son entourage.

• **Les services de psychiatrie intègrent les usagers et les élus...**

En effet, les recommandations de l'OMS, de la Communauté européenne et du ministère de la Santé français insistent sur les liens indispensables entre les dispensateurs de services (médicaux ou sociaux) ainsi que sur l'importance du travail avec les familles. De même, les usagers ont une place essen-

tielle dans la gestion de leurs soins ; ils demandent à être de plus en plus entendus, considérés, voire intégrés, dans les pratiques des professionnels du champ de la psychiatrie.

• **Les personnels des services de psychiatrie sont présents dans la communauté davantage qu'à l'hôpital...**

La lutte contre les discriminations et la stigmatisation est au centre de ces préoccupations pour l'application des critères de bonnes pratiques. Les services de psychiatrie devraient apporter leur contribution en la matière.

■ **Quels critères ?**

À partir de ces considérations, sept critères de bonnes pratiques sont tendus par les valeurs communes exposées précédemment ont été discutés et acceptés par l'ensemble des participants du Réseau. Les structures qui souhaitent intégrer le réseau international doivent soit remplir ces critères, soit y tendre. Concrètement, à titre individuel, pour adhérer au RICSM, il suffit d'indiquer que l'on est d'accord avec les valeurs, de payer une cotisation symbolique et de signer la charte du RICSM (sur le site internet).

À titre institutionnel, pour qu'un établissement fasse partie du réseau, il lui faut remplir ces sept critères relatifs aux pratiques de soins. D'ores et déjà, l'EPSM Lille-Métropole a introduit ces critères dans son programme d'établissement pour les cinq années à venir (2006-2011).

• **1^{er} critère : pas de service d'hospitalisation fermé...** C'est en effet le seul moyen de mettre en adéquation les principes liés aux droits de l'Homme et du Citoyen repris

dans les multiples recommandations internationales et très souvent bafoués. La privation de liberté relève de mesures de police ou de justice alors que l'obligation de soins ne peut être que sanitaire. Avoir un service ouvert oblige à s'inquiéter en permanence de l'état de santé des usagers et œuvre à la déstigmatisation de l'ensemble des usagers de la psychiatrie et du personnel des services.

• **2^{ème} critère : plus de 60 % des personnels doivent être affectés aux soins autres que le temps plein hospitalier.** Globalement, on peut dire qu'actuellement, dans le monde, 95 % des patients sont soignés dans la cité et 80 % des personnels sont à l'hôpital. Ce critère tend à inverser cette tendance et à mettre les actes en adéquation avec les discours : 60 % des personnels dans la communauté, 40 % à l'hôpital. Ce critère a été retenu dans la réforme des services de santé mentale québécois et repris dans le *Plan Santé Mentale* français de 2002. On ne peut prôner une prise en charge des patients dans la communauté et concentrer la majorité des moyens humains uniquement au temps plein hospitalier (qu'il soit à hôpital psychiatrique, en hôpital général ou en petites structures ne change rien). C'est un indicateur des moyens affectés au suivi, à la continuité des soins et à la prévention et de la réhabilitation psychosociale qui se font dans la cité, mais aussi un indicateur de l'intégration des services de psychiatrie dans la cité.

• **3^{ème} critère : avoir une permanence téléphonique 24h/24** pour qu'un professionnel de psychiatrie puisse être joignable à tout moment, avec transfert d'appel sur un cadre de santé du secteur.

Tabl.1 : Pourcentage de secteurs français satisfaisant les critères du réseau international de collaboration en santé mentale (RICSM)

CRITERES DE BONNES PRATIQUES	2002	2003
1- Pas de service d'hospitalisation fermé	27 %	29 %
2- Plus de 60% des personnels en extra-hospitalier	30 %	30 %
3- Permanence téléphonique constante (réponse d'un soignant du secteur : 30%)	69 %	71 %
4- Service toujours en relation avec les médecins généralistes	22 %	21 %
5- Au moins une réunion par mois avec les association d'usagers et familles	10 %	5 %
6- Réponse à l'urgence	85 %	82 %

Comparaison 2000/2003, à partir des rapports remplis par les chefs de service (source Drees)

- **4^{ème} critère : être en relation directe avec les médecins généralistes**, systématiquement si l'on veut travailler en réseau avec les soins primaires.

- **5^{ème} critère : avoir un dispositif de réponse à l'urgence.**

- **6^{ème} critère : se réunir au moins une fois par mois avec les associations d'usagers, de famille et d'élus représentés dans les services de psychiatrie.** Il faut en effet faire participer et impliquer des patients experts, des pairs éducateurs et des accompagnateurs psychosociaux de la structure. Ce critère est essentiel pour tester la coopération active entre les services de psychiatrie intégrés dans la cité et leurs partenaires.

- La conséquence de ce travail dans la cité doit se retrouver dans le **7^{ème} indicateur : moins de trois patients hospitalisés toute l'année.** En effet, cet indicateur montre une dynamique d'intégration psychosociale et le développement de la prise en charge des personnes dans la cité. Dans cet esprit, le fait d'avoir très peu de patients hospitalisés doit aboutir naturellement à un nombre de lits d'hospitalisation moindre dans les secteurs qui mettent en place ce type de prise en charge.

■ Quelle application en France ?

L'analyse des rapports d'activité de secteurs français effectuée en 2000 et 2003 montre qu'il n'y a pas de rapport réel entre l'activité d'un secteur et son équipement (structures et personnels) d'une part, et ses pratiques d'autre part. Les critères définis par le RICSMS ne sont pas révolutionnaires, ils correspondent exactement à la politique de sectorisation définie en France il y a 40 ans. Ils font d'ailleurs partie des items des rapports d'activité des secteurs de psychiatrie mis au point par la Dress à partir du travail

effectué par l'Irdes et le CCOMS dès 1997. Ce rapport d'activité est rempli par les secteurs de psychiatrie publique tous les 2 ans. Le tableau 1 montre le pourcentage de secteurs de psychiatrie générale qui répondent à ces 6 critères, en 2002 et 2003. Notons qu'en 2003 seuls 23 secteurs de psychiatrie générale sur 850 (soit 2,7 %) remplissent 5 critères du RICSMS.

D'autre part, si l'on s'intéresse au 7^{ème} critère (cf. tableau 2 ci-dessous), on constate que le nombre de patients hospitalisés depuis plus d'un an est directement corrélé au nombre moyen de lits par secteur : plus le nombre de patient hospitalisés depuis plus d'un an est élevé et plus le nombre moyen de lits par secteur est important. C'est donc l'ensemble des patients qui reste longtemps.

En France, 70 % des services d'hospitalisation sont fermés, totalement ou en partie, et la grande majorité du personnel n'est pas hors l'hôpital. Ces deux tableaux nous montrent qu'au-delà de la diversité des pratiques et de la disparité des moyens, le chemin est encore long vers une psychiatrie plus ouverte sur la cité. Toutefois, si l'on veut être optimiste, on peut dire que les prémisses pour y parvenir existent. Le RICSMS ne se pose pas en donneur de leçons ou en redresseur de torts. Il propose de valoriser les actions. Malgré une politique de sectorisation exemplaire, trop peu de services ont mis en œuvre des prises en charge en accord avec les principes de la sectorisation et les Droits de l'Homme.

Le RICSMS se doit de diffuser ces critères et d'appeler par son fonctionnement concret à oeuvrer pour des services de santé mentale réellement intégrés dans la cité et ayant fait de leur pratique quotidienne un outil de lutte contre la stigmatisation et les discriminations qui peuvent frapper les personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

Nous espérons que les sept membres fondateurs seront rejoints par de nombreuses

équipes convaincues, elles aussi, de la force du pacte usagers, familles élus, professionnels, acteurs de la communauté, qui fera bouger la psychiatrie de demain. ✨

1- Texte téléchargeable sur : www.imhcn.com ou sur le site internet du CCOMS : www.epsm-lille-metropole.fr Rubrique CCOMS

2- www.IMHCN.com

3- Tel le Whole Life Program mis en place par le Ministère de la Santé anglais qui s'appuie sur le réseau international depuis 2004 pour la formation des professionnels, aidants et usagers des services de santé mentale au Royaume-Uni.

4- Ministère de la Santé ; France 2001/2002 • Province de Palma de Mallorca 2001 • Ville de Milan et archevêché 2000 • Province de Trieste 2006 • Monaghan Service du Premier Ministre Irlandais 2005 • Ministère de la Santé Athènes 2003 • Bristol, Cornwall, Luton, Ministère de la Santé anglais 2004/2005 • Journée Mondiale de la Santé de Naples 2001 • Sarajevo ; intervention à la demande la Communauté Européenne 1999 • Albanie 2003/2007 • Palestine 2005 • Tyrol Italien 2004 • Province de Slovénie (Hrastovec) 2005 • Londres 2005 • Helsinki 2005 : Conférence Interministérielle Européenne • Nouakchott ; Ministère de la Santé et Ministère des Affaires Etrangères Français 2005 • Antanarivo : Ministère de la Santé Malgache, Comorien, Mauricien et Seychellois et Ministères des Affaires Etrangères Français 2003, Cagliari Sardaigne 2006).

Remerciements : J. Mousques (IRDES, Paris), M. Coldefy (DREES, Paris), R. Mezzina (Trieste, Italie), G. Dell Acqua (Trieste, Italie), M. Marsilli (Trieste, Italie), F. Costa (Stockholm, Suède), D. Murray (Monaghan, Irlande), T. Gardner (Cornwall, RU) J. Jenkins (Exeter, RU), E. Serranno (Oviedo, Espagne), S. Sashidaran (Birmingham, RU), F. Macri (Lille, France).

● Bibliographie

► La santé mentale dans le monde. Rapport OMS 2002 ; www.who.int

► Texte constitutif du RICSMS téléchargeable sur : www.imhcn.com ou sur le site du CCOMS : www.epsm-lille-metropole.fr Rubrique CCOMS

► Roelandt J.-L., Daumerie N., Caria A., Quels critères de bonnes pratiques pour des services de psychiatrie intégrés dans la cité ? Document de travail CCOMS Janvier 2007, téléchargeable sur le site www.epsm-lille-metropole.fr Rubrique CCOMS.

► Dress, Etudes et Résultats N° 443, novembre 2005 « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France », Magali Coldefy ; www.sante.gouv.fr

► « Évaluation médico-économique des soins psychiatriques. Test et ajustement de la méthode initiale ». Série Méthodes, Catherine Bancheau, Julien Mousques, Nadine Raffy-Pihan, biblio n° 1302, 2000/04, 125 pages.

► « Évaluation médico-économique des soins psychiatriques organisés dans le cadre du secteur et des réseaux ». Série Méthodes, Thérèse Lecomte, Dominique Polton, Nadine Raffy-Pihan, biblio n° 1256 1999/02, 132 pages.

► Pluriels (2002) n°34 : Santé Mentale en Europe, quatre expériences

► Roelandt J.-L., Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Et en France ? L'Information Psychiatrique, 2006 ; 82 : 343-7.

Tabl. 2 : Comparaison du nombre de patients hospitalisés depuis plus d'un an et nombre de lits – Pourcentage de secteurs français concernés

Nombre de patients hospitalisés depuis plus d'un an	Nombre moyen de lits du secteur	Pourcentage de service en 2003
0 patient	31	9.40 %
1 à 3 patients	33	13.10 %
4 à 10 patients	39	22.90 %
11 à 20 patients	52	20 %
> = 20 patients	75	14.90 %

Source Dress, Rapport d'activité des secteurs de psychiatrie, 2003

Les sept services de psychi

Du Royaume-Uni à l'Irlande,
en passant par la France, l'Espagne,
la Suède et l'Italie, à travers
Le Réseau international
de collaboration en Santé mentale
(RICSM), La psychiatrie
se réinvente...

► Birmingham (Royaume-Uni) Ce que veulent les usagers

Une enquête menée auprès des usagers et des familles a montré ce que veulent les usagers :

- plus de services dans la communauté, au plus près de chez eux ;
- le respect de leur dignité ;
- une aide pour le logement, l'emploi et les droits sociaux ;
- une meilleure information, surtout sur les médicaments ; des services 24h/24h en cas de crise ;
- des alternatives à l'hospitalisation ;
- quelqu'un à qui parler ;
- le soutien du soignant.

Fort de ces résultats, le site de Birmingham a su adapter ses services aux besoins repérés avec comme point fort une intervention précoce et un suivi intensif.

► Cavan/Monaghan (Irlande) Des équipes de santé mentale communautaire mobiles et intégrées

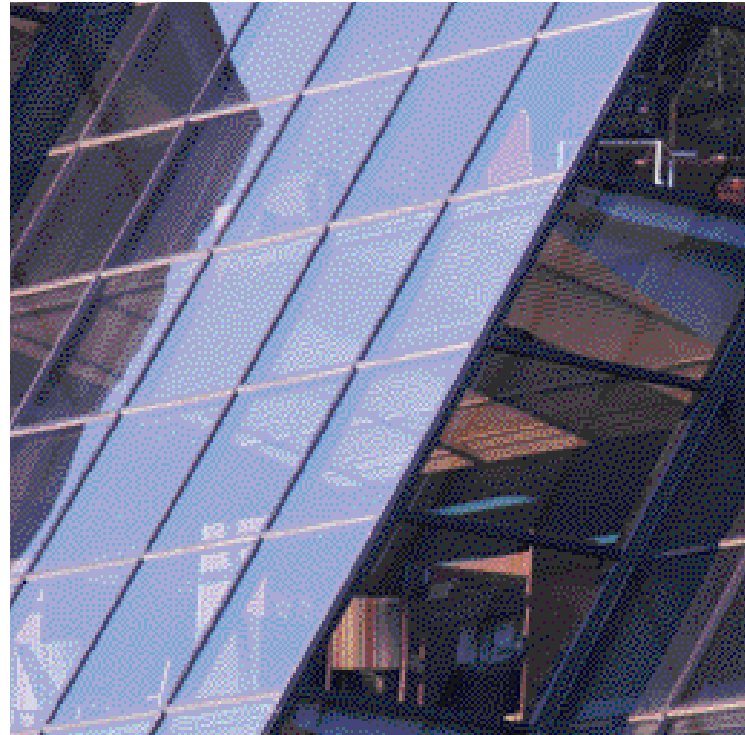
Ce petit site rural qui a développé très tôt des services de santé mentale communautaire centrés sur la personne est parvenu à influencer les politiques nationales en matière de santé mentale. Ses points forts :

- une réponse à l'urgence dans les deux heures ;
- des équipes infirmières mobiles ;
- une prise en charge des crises possible au domicile ;
- des actions de préventions et de détection précoce (en lien avec les médecins généralistes) ;
- des groupes de volontaires et des associations d'usagers partenaires des services de santé mentale.

► Cornouailles (Royaume-Uni) Il faut dire « nous », pas « eux » !

Ce site situé dans une région très pauvre et au taux de chômage record de l'Angleterre fait de la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sa priorité. Ses points forts sont :

- un partenariat important dans la communauté ;
- les activités ont lieu dans des lieux habituels de la communauté ;



- un travail de fond avec les employeurs potentiels ;
- une prévention et une détection précoce dans les écoles et collèges ;
- une formation continue et des programmes d'échanges réguliers pour le personnel (*Whole Life Program*).

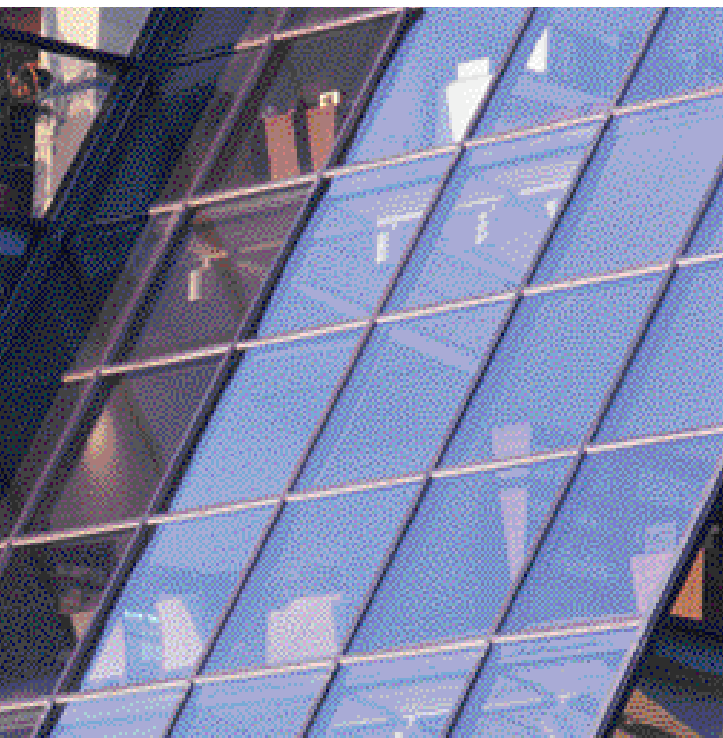
► Lille (France) La psychiatrie citoyenne

Depuis 30 ans, la priorité est d'éviter de recourir à l'hospitalisation classique en déployant la totalité des soins dans les communes de la banlieue et de Lille par un travail en réseau entre tous les partenaires concernés : usagers, aidants, familles, citoyens et élus. Concrètement, ce site s'appuie sur :

- un réseau de services entièrement articulés avec la médecine générale (les médecins généralistes prescrivent) ;
- un service d'urgence en lien avec le Centre hospitalier général ;
- une équipe mobile 24h/24 ;
- une réponse téléphonique permanente ;
- des familles d'accueil alternatives à l'hospitalisation ;
- un service d'hospitalisation ouvert ;
- une filière logement (100 places en appartements associatifs, résidences adaptées...) ;
- un dispositif d'insertion par le travail ;
- un service d'hospitalisation à domicile ;
- un dispositif adapté aux personnes sans domicile fixe.

Les usagers, les pairs-aidants, les familles et les élus participent directement au fonctionnement du service via une association qui regroupe tous les partenaires du champ de la santé mentale. Les lieux de soins sont intégrés dans les dispositifs sanitaires et sociaux des cités (ex. : les consultations ont lieu au CCAS, dans les cabinets de groupes des médecins généralistes ou les centres de médecine sportive). La réhabilitation psychosociale se fait dans les structures

atrie fondateurs du RICSM



culturelles, sociales et sportives des villes elles-mêmes et non pas dans des structures psychiatriques. Le système est régulé par une conférence téléphonique quotidienne de toutes les unités et le réseau intranet (dont dossier patient informatisé). Une seule règle : ne pas « avoir » des partenaires mais « être » partenaire.

► Oviedo (Espagne)

Le généraliste en première ligne

En Espagne, dans les années quatre-vingt, plusieurs lois (1) ont transformé l'organisation psychiatrique. De plus, les communautés autonomes ont défini des plans de santé, des plans stratégiques... La transformation du système de santé mentale a commencé dans les Asturies (région autonome du nord de l'Espagne) en 1983. L'originalité de ce site est sans aucun doute l'importance accordée aux soins primaires. Le médecin généraliste est en effet placé en première ligne pour assurer la prise en charge des troubles psychiques. Il est en relation directe avec les centres de santé mentale. Une relation forte existe entre unité de psychiatrie et hôpital général ; l'hôpital psychiatrique régional qui a compté jusqu'à 1 000 lits avant la réforme n'en a plus que quelques-uns aujourd'hui, puisque les admissions se font maintenant à l'hôpital général. Enfin, la relation entre la communauté et les structures hospitalières est forte et s'appuie sur des programmes de travail communs en relation avec les services sociaux, les pouvoirs publics et les associations de familles d'usagers.

► Stockholm/Sud (Suède)

Proximité, continuité, accessibilité

Depuis 1985, des alternatives à l'hospitalisation sont créées avec toujours trois mots clés :

- l'accessibilité : les portes sont ouvertes 24h/24h pour les patients et pour les familles. Les structures sont disséminées sur le territoire,

aucune ne se situe dans un hôpital psychiatrique. Le cœur du travail des équipes est la visite à domicile ;

- la continuité : chaque patient qui se présente dans un centre intégré de santé mentale est en contact avec trois personnes (infirmier, aide-soignant, psychologue ou assistante sociale, au choix). Par ailleurs, le patient est aussi en contact, moins étroit, avec un médecin référent. Le médecin chef délègue (la loi suédoise le lui permet) une partie de ses droits à des aides-soignants, psychologues... moyennant une rémunération spécifique pour le supplément de responsabilité ;

- la proximité : la règle d'or est de se retrouver dans les lieux qui sont naturels au patient, comme un café par exemple. Il faut en effet se méfier de la création de structures trop adéquates.

En Suède, le gouvernement a adopté des lois relatives au « handicap psychique » depuis 1994. Les services de santé mentale ont été obligés de donner à la gestion des services sociaux les structures intermédiaires qu'ils avaient créées. L'habitation, le travail, le temps libre ne sont donc plus dans leurs compétences.

► Trieste (Italie)

Désinstitutionnaliser sans cesse

La philosophie de ce site historique s'enracine dans les principes enseignés par Franco Basaglia dans les années 60-70, elle repose sur trois axes de changement :

- la fermeture de l'hôpital psychiatrique (le dernier centre a été fermé en 1980) ;

- la construction de réseaux de services de santé mentale communautaire : les centres de santé mentale, ouverts 24h/24h avec lits d'accueil ;

- le déplacement de l'action des soins de la maladie vers les soins à la personne.

Cette philosophie est rendue possible par un dispositif de soins totalement intégré dans la ville, divisée en 4 zones dont chacune dispose de :

- un centre de santé mentale (8 lits d'accueil) ;

- un service d'urgence hospitalière d'accueil jour et nuit (8 lits) ;

- une clinique psychiatrique universitaire qui fait de l'enseignement ;

- un réseau d'appartements thérapeutiques ;

- des coopératives sociales pour l'insertion au travail ;

- un réseau d'associations d'usagers, des familles, des femmes, des associations culturelles.

Ce dispositif et les lois italiennes sont des points forts pour ce site pionnier.

1- L'Espagne a réformé en 1983 son droit des hospitalisations sous contrainte. Le dispositif espagnol institué par la loi 13/1983 est judiciaire. Il est organisé selon le schéma suivant : le juge renvoie la personne, il fait établir un rapport médical, nomme un défenseur à la personne, communique le dossier au ministère public. Le juge prend dans le cadre d'une procédure contradictoire une décision provisoire d'internement et c'est lui qui contrôle périodiquement la mesure d'internement (tous les six mois). La loi organique 6/1984 qui a mis en place en droit espagnol la procédure de « l'habeas corpus » permet à la personne retenue, dans quelque établissement que ce soit, ou en quelque lieu que ce soit d'obtenir l'intervention de la justice pour le contrôle de la légalité de son internement, et le cas échéant la levée de la mesure.