

**« Santé mentale et politiques de la ville. Des recommandations de l'OMS aux critères concrets de bonnes pratiques pour des services de santé mentale intégrés dans la cité »**

**Jean Luc Roelandt**

Chef de service 59g21 EPSM Lille-Métropole  
Directeur du Centre Collaborateur de  
l'Organisation Mondiale de la Santé  
pour la recherche et la formation en santé mentale

**Nicolas Daumerie**

Psychologue Clinicien – Chargé de mission  
Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé  
pour la Santé Mentale (Lille, France) / EPSM Lille-Métropole

**Résumé :**

Dans un premier temps, nous tracerons un panorama des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la santé mentale (2001), de celles issues de la conférence interministérielle d'Helsinki pour la santé mentale en Europe (2005), nous présenterons ensuite brièvement le programme du réseau « Villes Santé » de l'OMS et celui des Ateliers santé ville en France.

Dans un deuxième temps, nous exposerons la mise en œuvre concrète de ces recommandations à travers la description des modalités d'organisation et de fonctionnement d'un service de psychiatrie situé dans la banlieue Est de Lille. Ce service est fondé sur la participation de la population et des décideurs à son fonctionnement. Le concept de « Psychiatrie citoyenne » sera développé : programmes de recherche-actions en santé mentale impliquant les habitants et les élus, application des résultats de ces programmes à l'organisation concrète des services de soins psychiatrie intégrés dans la cité, intégration des soins en ville.

Enfin, nous présenterons quelques pistes d'indicateurs de « bonnes pratiques » d'intégration des services de psychiatrie dans la cité, prenant en compte les recommandations énoncées ci-dessus. L'analyse des rapports annuels d'activité des services de psychiatrie français a permis de quantifier ces indicateurs de bonnes pratiques au niveau national. Ces résultats donnent une idée du chemin qui reste à mener pour parvenir à répondre aux recommandations internationales en France.

**Contacts :**

Jean-Luc Roelandt  
C.C. OMS (Lille, France)  
[ccoms@epsm-lille-metropole.fr](mailto:ccoms@epsm-lille-metropole.fr)  
03 20 43 71 00

Nicolas Daumerie  
C.C. OMS (Lille France)  
[ndaumerie@epsm-lille-metropole.fr](mailto:ndaumerie@epsm-lille-metropole.fr)  
03 20 43 71 00

## ***Sommaire***

<i>Les recommandations de l'O.M.S.</i>	2
<i>Le réseau ville/santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)</i>	9
<i>Pertinence de l'atelier santé/ville (ASV) pour la santé mentale</i>	10
<i>L'association : Elus, Santé Publique et Territoire</i>	14
<i>Exemple d'un service de psychiatrie intégré dans la cité l'expérience du secteur 59g21 EPSM Lille – Métropole Banlieue Sud-Est de Lille</i>	17
<i>Conclusions</i>	25
<i>Annexes :</i>	
<i>Annexe 1 : Critères concrets de changement des pratiques pour des services de santé mentale intégrés</i>	26
<i>Annexe 2 : Le Réseau International de Collaboration en Santé Mentale : Santé Mentale et Citoyenneté (IMHCN – MHC)</i>	30
<i>Références :</i>	33

La Charte d'Ottawa mise en place en 1986 a été enrichie par l'agenda 21 (1992) puis par la déclaration de Djakarta (1979) et celle de Bangkok (2005). Tous ces textes tentent à élaborer des politiques publiques de bonne santé « pas uniquement nationales mais aussi locales et institutionnelles », dans les écoles, les entreprises, et les quartiers.

Ce sont des chartes qui s'adressent autant aux politiques qu'aux professionnels mais surtout aux citoyens, habitants et usagers. Si l'on veut des politiques de bonne santé efficaces, il ne s'agit pas de parler que de santé, ou de santé mentale, mais aussi et surtout bien être, emploi, politiques sociales et logement.

Changement des paradigmes en santé publique, les terminologies ne sont plus empruntées à la médecine mais aux sciences humaines, en référence aux sensations de bien être, d'état complet et d'aide sociale mentale et physique (OMS). Essayer d'exercer un plus grand contrôle de sa santé et ses déterminants c'est ainsi que l'éducation de la santé devient en perspective l'éducation à la citoyenneté et la capacité de responsabilisation, quelque soit les acteurs, les lieux, les habitants. L'action se fait essentiellement sur des personnes qui ont les responsabilités. La démocratie participative est le moyen de la mise en œuvre de la santé pour tous.

### ***Les recommandations de l'O.M.S.***

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) rappelle que la santé va bien au delà du simple fait de bien « se porter », de ne pas avoir de maladie. La promotion à la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de santé, les domaines sociaux et économiques, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie, les médias et chacun d'entre nous.

Un programme « de villes-santé » de l'OMS, a été mis en place en ce sens. Une « ville santé » est une ville qui crée continuellement un environnement physique et social favorable. Des environnements physiques et sociaux qui développent les ressources de la collectivité permettant ainsi aux individus de s'entre aider dans l'accomplissement de l'ensemble des fonctions inhérentes à la ville et leur donnant la possibilité de développer au maximum leur potentiel personnel. Cette action s'inscrit dans la logique du développement durable qui permet un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux besoins.

*Le programme de l’OMS pour les dispositifs de santé mentale intégrés* : la conférence interministérielle de l’OMS Europe sur la santé mentale « **Relever les défis trouver des solutions**<sup>1</sup> » dans le domaine de la santé mentale, s’est tenue à Helsinki du 12 au 15 juin 2005. Elle a affirmé la place de la santé mentale dans les dispositifs de santé publique au plus près des citoyens (la notion de proximité a été maintes fois réaffirmée). Si elle ne mentionne pas le mot « ville », son intention est populationnelle et son mode d’action est essentiellement politique en prônant la participation et l’engagement des usagers dans la production de savoirs profanes sur les maladies et leur participation à la gestion et l’organisation des services.

On retiendra les passages suivants hautement significatifs et traduisibles aisément en terme de politique de la ville :

« *L’OMS demande de promouvoir le bien être mental pour tous* » : la santé mentale et le bien être mental sont des conditions fondamentales de la qualité de vie, confèrent un sens à notre existence et nous permettent d’être des citoyens à la fois créatifs et actifs. La santé mentale, élément essentiel de la cohésion sociale, de la productivité, de la paix et de la stabilité dans le cadre de vie, contribue au développement médical social et de l’économie des sociétés ».

Le point VI, promeut les « *actions de proximité à différents niveaux* (campagnes de sensibilisation destinées au public, mobilisation des personnels chargés des soins primaires et participation au niveau local d’acteurs tels qu’enseignants, membres du clergé, représentant des médias, etc.) ».

Le point VII intègre les différents aspects de la « *promotion de la santé mentale* dans les politiques et programmes généraux de promotion de santé et de santé publique existants, tels que ceux soutenus par les réseaux de promotion de la santé mentale ».

Le plan d’action d’Helsinki promeut le rôle essentiel dans la santé mentale de « l’élaboration de *politiques d’intérêt public, rationnelles et globales* qui ont par exemple en matière de travail, d’urbanisme et de questions socio-économiques, a également des répercussions positives sur la santé mentale et réduisent les risques de problèmes dans ce domaine ». Il demande de faire de la santé mentale une partie indissociable de la santé publique, d’intégrer la dimension de santé mentale dans les politiques et législations nationales et évaluer les répercussions possibles de toutes ces politiques sur le bien être mental des populations avant son entrée en vigueur.

Il insiste sur la « *lutte contre la stigmatisation et la discrimination* » encourage la « *participation des populations* aux programmes locaux en santé mentale en soutenant les initiatives des Organisations Non Gouvernementales et souhaite aussi au niveau local et national encourager la création et le développement d’Organisations Non Gouvernementales gérées par les usagers qui représentent des personnes atteintes de problèmes de santé mentale,

---

<sup>1</sup> Rapport final de la Conférence « Relever les défis, trouver des solutions ». OMS, Helsinki, 2005  
[www.euro.who.int/document/eehc/freport.pdf](http://www.euro.who.int/document/eehc/freport.pdf)

leur entourage ainsi que la communauté dans laquelle elles vivent ». Le plan encourage l'intégration des enfants et des jeunes présentant des problèmes de santé mentale atteints de handicaps dans le système d'éducation et d'enseignement professionnel général.

En ce qui concerne les problèmes de dépression et de suicide, le plan d'action propose de *prendre en charge les groupes à risque* en créant des programmes de prévention de la dépression, de l'anxiété, du stress, du suicide, conçus en fonction des besoins, du milieu social et de la culture des intéressés.

Le plan d'action encourage la mise en œuvre de *programmes locaux de développement dans les zones à hauts risques* et souhaite renforcer la position des organismes non gouvernementaux en particulier ceux des groupes marginalisés. Il s'agit de garantir l'accès à des soins primaires de qualité aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale : veiller à ce que l'ensemble des populations ait facilement accès aux services de santé mentale dans le cadre de soins de santé primaire, créer des centres de compétence et soutenir les réseaux auxquels les professionnels de santé, les usagers, les aidants et les médias peuvent demander conseil dans chaque région.

Ainsi, l'établissement de *partenariats intersectoriels* est une priorité en la matière. Certains services essentiels qui étaient autrefois automatiquement dispensés dans les grands hôpitaux n'étaient pas considérés comme importants pour la vie des personnes présentant des problèmes de santé mentale. Ils sont aujourd'hui, la plupart du temps, disséminés entre de nombreux organismes. Or, le manque de coopération et de coordination entre des services gérés ou financés par ces différents organismes est à l'origine d'une mauvaise qualité des soins, de souffrance et d'inefficacité. Compte tenu de la grande variété des services en question, les attributions de ces organismes exigent une **coordination et une direction efficace et ce jusqu'au niveau des pouvoirs publics**. Il est nécessaire d'aider les patients et leur entourage à bénéficier de services en matière de prestations sociales, de logement, de repas, d'emploi et de traitement d'affections physiques, par exemple dans le cas de la toxicomanie.

La santé urbaine implique la collectivité, l'environnement, l'économie. La santé doit être conviviale, vivable, équitable et durable. Pour les politiques de prestation de services de santé mentale, un certain nombre de pays ont opté pour l'intégration des services de santé mentale dans les services primaires. L'Australie<sup>2</sup>, par exemple, a augmenté ses dépenses de santé mentale en mettant davantage l'accent sur les services d'assises communautaires.

Ils les ont financés par la fermeture des hôpitaux psychiatriques. Dans ce pays, les dépenses quinquennales globales ont progressé de 30% en termes réels et celles consacrées aux services communautaires sont accrues de 87%. Les économies réalisées en réduisant la taille des institutions ont permis de financer à hauteur de 48% ce programme communautaire. Il faut savoir que 38% des pays dans le monde sont dépourvus de service de santé à assise communautaire et que l'on note régulièrement un déséquilibre entre les zones urbaines et les

---

<sup>2</sup> OMS (2001) Rapport sur la Santé Mentale dans le Monde

zones rurales. Le déplacement des soins en dehors des grands hôpitaux psychiatriques nécessite dans un premier temps de réduire leur taille et d'améliorer fortement les conditions de vie des patients, tout en créant des organismes indépendants chargés de réexaminer périodiquement les conditions d'hospitalisation.

Par contre le développement des services communautaires dans la cité doivent offrir localement des traitements et des soins auxquels les patients et familles aient directement accès. Ces soins doivent être complets et généraux. Ils devraient comprendre l'alimentation et la prise en charge des cas aigus dans les hôpitaux généraux, les soins ambulatoires, les centres communautaires, les services périphériques, la relève des familles et des soignants, l'ergothérapie, le soutien professionnel, la réadaptation ainsi que la satisfaction des besoins tels que l'hébergement, l'habillement, etc.

**Effets du transfert des fonctions des hôpitaux psychiatriques traditionnels dans les services communautaires (OMS 2001)**

<b>Fonctions de l'hôpital psychiatrique traditionnel</b>	<b>Effets du transfert dans des services communautaires</b>
Examen clinique et traitement	A transférer de préférence dans des services de soins de santé primaires ou des services de santé générale
Hospitalisation de courte ou de moyenne durée avec traitement actif	Traitement poursuivi ou amélioré, mais les résultats peuvent ne pas être généralisables
Séjour de longue durée	Généralement amélioré dans les foyers pour ceux qui ont besoin d'un soutien intensif à long terme
Protection des patients	Certains patients risquent de continuer à subir une exploitation physique, sexuelle et financière
Soins de jours et services ambulatoires	Amélioration si création de services locaux accessibles ou détérioration dans le cas contraire. Une renégociation des responsabilités est souvent nécessaire entre les organismes de santé et les organismes d'aide sociale
Ergothérapie, travail et réadaptation	Fonction améliorée dans les conditions normales
Hébergement, habillement, nourriture et revenu de base	Fonction vulnérable : nécessité de clarifier les responsabilités et la coordination
Relève pour la famille et les gardes-malades	Généralement sans changement : nécessité d'un traitement à domicile compensée par la possibilité de faire bénéficier la famille d'un soutien professionnel accru
Recherche et formation	La décentralisation ouvre de nouvelles perspectives
Source : Thornicroft G, Tansella M (2000). Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda, Genève, Organisation mondiale de la Santé (document non publié)	

L'OMS fait appel aussi à des solutions psychosociales, donc « intersectorielles », pour pouvoir offrir au patient, logement, allocation, pension d'invalidité, emploi et autres aides sociales en adoptant des stratégies de prévention et de réadaptation plus efficaces. Elle note que de nombreux déterminants macroéconomiques de la santé mentale relèvent de quasiment tous les ministères, le degré d'amélioration de la santé mentale de la population est largement déterminé par les politiques de ministères autres que celui de la santé.

La collaboration intersectorielle dans le domaine de la santé mentale est illustrée par le tableau suivant :

<b>Secteur public</b>	<b>Occasions d'améliorer la santé mentale</b>
<b>Travail et emploi</b>	Environnement de travail positif : exempt de discrimination, conditions de travail acceptables, programmes d'aide aux employés
	Embauche de personnes atteintes de maladie mentale grave
	Politiques encourageant un haut niveau d'emploi, maintien des personnes au sein du personnel, aide aux chômeurs
<b>Commerce</b>	Politiques de réforme économique réduisant la pauvreté relative en plus de la pauvreté absolue
	Analyse et atténuation des éventuelles répercussions négatives de la réforme économique sur le taux de chômage
<b>Education</b>	Politiques permettant de prévenir l'érosion des effectifs avant la fin du secondaire
	Politiques de lutte contre la discrimination dans les écoles
	Intégration des compétences de base et des écoles respectueuses de l'enfant
	Prise en compte des enfants ayant des besoins particuliers, par exemple souffrant de troubles de l'apprentissage
<b>Logement</b>	Dispositions donnant aux malades mentaux la priorité pour le logement
	Création de structures d'hébergement
	Prévention de la discrimination en matière d'emplacement des logements
	Prévention de la ségrégation géographique
<b>Services d'aide sociale</b>	Existence d'une maladie mentale et sa gravité considérées comme facteurs de priorité pour les groupes bénéficiant d'avantages sociaux
	Avantages accordés aux membres de la famille quand ils sont les principaux prestataires de soins
	Formation des employés des services d'aide sociale

<b>Système de justice pénale</b>	Prévention de l'emprisonnement inapproprié des malades mentaux
	Possibilité de traiter les troubles mentaux et du comportement dans les prisons
	Réduction des conséquences de la détention sur la santé mentale
	Formation du personnel de tout le système de justice pénale

Source : OMS - Rapport sur la santé mentale dans le monde 2001

Pour mettre en œuvre un tel programme il est nécessaire de constituer localement des plates forme de concertation : Les ateliers santé/ville peuvent, en France, en être le moteur à la condition qu'il prenne en compte l'ensemble de la politique de santé d'une ville : approche pluripopulationnelle plus que ciblée. Cette plate-forme de concertation doit aboutir à la mise en place concrète, sur tout le territoire, d'actions de santé, cohérentes, partagées, par les élus, les habitants, les usagers, les familles, les services sociaux, de l'emploi, du logement, de santé et de culture.

Cette cohérence est rappelée par la santé mentale spécifiquement, du fait de la nécessité d'une aide publique d'intégration. Les réseaux sont l'application de cette politique de concertation. Les généralistes, pharmaciens, infirmiers libéraux, psychiatres privés, avec la psychiatrie publique et les secteurs : sanitaire, social, de logement, de loisir et de sécurité doivent s'articuler au lieu de se confronter les uns aux autres pour le plus grand mal des populations.

## ***Le réseau ville/santé de l'Organisation Mondiale de la Santé en France***

Ce réseau a été créé en 1987 après le lancement par l'OMS du projet ville/santé. En effet pour l'OMS, la ville est le lieu privilégié pour expérimenter et édifier la politique de santé pour tous. On le voit de manière évidente au niveau de la santé mentale, les supports sont l'agenda 21, la Charte d'Ottawa, et la politique de la santé pour tous.

L'OMS propose d'agir en priorité sur les déterminants de la santé en s'appuyant sur les compétences des habitants pour les rendre acteur de leur propre santé en favorisant une démarche partenariale et participative pour réduire les inégalités de santé et protéger les groupes vulnérables ; ceci nécessite une fédération intersectorielle des acteurs et des institutions. L'adhésion se fonde sur la détermination du maire et de son Conseil Municipal à considérer la santé et la qualité de vie comme les objectifs prioritaires de leur action.



L'impulsion est donc donnée très fortement par l'OMS pour promouvoir le développement local des politiques générales et internationales.

Lors de la conférence ministérielle européenne de l’OMS sur la santé mentale, « Relever les défis, trouver des solutions » 2005, Helsinki, Finlande, le professeur B Mittelmarck<sup>3</sup> dans un souci de promotion efficace dans la santé mentale considère que les plans d’action européens pour la promotion de la santé mentale devraient insister sur l’adoption d’une stratégie pour établir des liens officiels avec les réseaux existants de promotion de la santé dont les activités portent notamment sur les villes/santé, les lieux de travail, les établissements scolaires, hospitaliers et pénitenciers. Certains de ces réseaux ont déjà fait de la santé mentale un objectif bien précis tandis que d’autres intègrent ce domaine dans le contexte plus général de la santé. La promotion de la santé mentale nécessite l’alliance des efforts mis en place dans d’autres secteurs.

## Pertinence de l’atelier santé/ville (ASV) pour la santé mentale en France

Les principes fondateurs de la réduction des inégalités territoriales passe par des politiques de santé adaptées. C’est un enjeu essentiel pour les années à venir. Il y a à travers les ateliers santé/ville, une recherche de cohérence en faveur des plus démunis. Il s’agit d’une approche intégrée de santé, reconnaissant le rôle essentiel des maires et présidents d’intercommunalité ainsi que des habitants. Les programmes décrits affirment qu’ils sont notamment garant d’une meilleure qualité des politiques publiques, par un mieux vivre de ces concitoyens. Les thèmes d’action concernent :

- La connaissance de l’état de santé de la population des communes ayant au moins un site prioritaire.
- La définition des objectifs d’amélioration de l’état de santé et ses déterminants.
- L’accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé.
- L’analyse des principaux dysfonctionnements de l’accès à la prévention et à la santé.
- Les questions concernant les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d’insertion.
- La qualité et l’organisation de l’offre de soins.
- Les besoins en formation des professionnels accueillant les publics en situation de précarité.

L’Atelier Santé Ville a surtout pour vocation d’identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l’état de santé liés aux conditions de vie.

---

<sup>3</sup> **Promotion efficace de la santé mentale : bases factuelles et incidences politiques.** Prof. Mittelmark B. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur la santé mentale. OMS, 2005

L'Atelier Santé Ville dans le cadre de la politique de la ville peut mettre en œuvre la prévention en santé mentale au niveau local.

#### Les vocations de L'Atelier Santé Ville:

- Identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie.
- Faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux.
- Diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site.
- Rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun.
- Développer d'une part la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostics, définition de propriétés, programmation, mise en œuvre et évaluation) et d'autre part la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes.

#### Les acteurs :

L'Atelier Santé Ville va impliquer les acteurs avec l'objectif de promouvoir la constitution de réseaux de proximité et de rapprocher les acteurs de santé et ceux de la politique de ville. L'ensemble des acteurs des champs sanitaires et sociaux des différents niveaux territoriaux est invité à s'impliquer. A l'échelon local, plusieurs acteurs sont plus particulièrement visés : les médecins de ville, les établissements de santé, les structures de santé mentale, les CHRS, les centres de santé, les centres sociaux, les services de santé scolaire, les services sociaux d'accueil aux étrangers, les missions locales et les services de santé mentale

#### Les diagnostics au niveau territorial :

La mobilisation de l'ensemble des acteurs qui interviennent sur un territoire donné doit permettre d'établir le diagnostic de l'état de santé local des populations. Avec la nécessité d'intégrer la participation active des habitants dès cette étape, le diagnostic participatif permet de recueillir les points de vue des élus, des services municipaux, des professionnels et des associations. Le niveau de proximité autorise le croisement de différentes sources de données à traiter et à analyser avec les partenaires de l'état, afin de rendre compte des situations spécifiques et/ou globales des personnes, lesquelles conditionnent grandement leur état de santé.

La démarche des Ateliers Santé Ville est la déclinaison possible, locale et territoriale, du Plan Régional de Santé Publique.

Les projets locaux de santé publique développés par les Ateliers Santé Ville sont les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé au plus près de la population en permettant de définir les stratégies d'intervention concertées avec les ressources de proximité (services municipaux, professionnels de santé publics et privés, établissements de santé, centres de santé, PMI, et plus largement celles des centres sociaux, des missions locales, le l'Agence Nationale Pour l'Emploi, des foyers, des associations ...).

La coordination peut être financée par des crédits d'Etat.

#### La pertinence des Ateliers Santé/Ville pour la santé mentale :

C'est la précarité qui a permis la prise en considération de la santé mentale des populations des quartiers dits sensibles. Les statistiques établies mettent en évidence la concentration des problèmes sanitaires et sociaux sur certains quartiers de la ville en particulier ceux qui relèvent de l'application de politique de la ville. Les ateliers santé/ville proposent une méthode d'intervention pour appréhender et développer la santé publique à l'échelle locale par une mobilisation concertée de l'ensemble des intervenants. La démarche Atelier Santé Ville n'a cessé depuis sa création en 1999, d'être encouragée dans les textes législatifs, les circulaires, et les différents plans et programmes nationaux, en particulier les programmes de lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale des usagers (2001) et le plan national de renforcement de lutte dans la précarité d'exclusion pour tendre aujourd'hui à généraliser.

Le Comité International du développement social urbain du 9 mars 2006 a annoncé son ambition de généraliser la démarche Atelier Santé Ville à tous les quartiers politiques de la ville d'ici 2008.

Le principe fondamental est l'étroite relation précarité - santé. La loi du 09 août 2004 vise à la réduction des inégalités par la promotion de la santé, le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics précoces sur l'ensemble du territoire. Il s'agit de permettre l'accès à la prévention pour les populations fragilisées, placées au rang d'objectif prioritaire dans la politique de la ville. La territorialisation de la politique de santé correspond à un très fort enjeu pour les années à venir. Il s'agit de la cohérence des politiques publiques au bénéfice des plus démunis et d'une *approche intégrée en santé insistant sur le rôle essentiel des maires et de l'intercommunalité*.

Le programme santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (novembre 2006) affirme que les ASV sont notamment garants d'une meilleure qualité des politiques publiques au bénéfice de leurs concitoyens. Les partenaires privilégiés de la politique de santé publique sont : le Préfet, le Conseil Général, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, les Caisses d'Assurance Maladie, la Caisse d'Allocations Familiales, les ordres professionnels, les associations de modes opératoires locaux comme les réseaux de santé médico-sociaux. Le territoire est le quartier, la commune ou intercommunal. L'agglomération constitue une configuration inédite.

Actuellement la dynamique est évidente pour les quartiers émergeant à la politique de la ville. A Villeurbanne (69), il est difficile d'animer et de mettre en œuvre les dynamiques de travail sur le quartier non classé politique de la ville car les acteurs de ce dernier n'ont pas l'habitude de partager le travail en complémentarité avec des objectifs communs. La politique de la ville a permis de territorialiser l'ensemble des politiques publiques sur les quartiers Villeurbannais non prioritaires. La participation des usagers a donc plusieurs avantages, ils permettent : d'interroger le territoire pour la démarche des diagnostics partagés ; de faire émerger la santé comme une thématique forte ; une approche populationnelle.

A Aubervilliers (93), l'ASV a permis une méthode et un cadre, une démarche authentique des coopérateurs et donc de pérenniser les financements, d'articuler le sanitaire et le social en particulier pour la psychiatrie de secteur qui se veut appartenir dans cette ville au champ sanitaire et se positionne sous forme de secteur psychiatrique uniquement sur les soins et non sur la prévention à la différence des champs médico-sociaux. La séparation entre la psychiatrie et les services sociaux s'est fortement accentuée du fait de la décentralisation qui a confié les services sociaux aux villes et aux départements et la psychiatrie à l'Etat. Cependant le soin n'est pas en première ligne et beaucoup de problèmes psychiatriques émergent dans le secteur social. L'ASV interroge la cohésion du champ psychiatrique au sein même de la même équipe du fait de manque d'articulation entre les différentes composantes d'un même secteur psychiatrique qui ne travaillent pas toujours de paire.

Quant à la personne qui est bénéficiaire de ce travail, elle est surtout considérée comme un citoyen et non plus seulement comme allocataire, patient, usager des services sociaux – de santé.

La question de la santé mentale et de la place des habitants dans la production de la santé mentale englobe tous les problèmes au quotidien. Quand il y a une ville solidaire, marquée par la persistance du lien social fort, un investissement conséquent des habitants et des associations, les problèmes de santé mentale sont vécus de manière moins importante pour les habitants que pour les professionnels.

## ***Prise en compte par les élus des problèmes de santé mentale : la création de l'association Elus, Santé Publique et Territoire (ESPT)<sup>4</sup>***

L'association « Élus, Santé Publique & Territoires » a été créée en octobre 2005 à l'initiative d'élus locaux en charge de la Santé, désireux d'œuvrer avec les pouvoirs publics pour que la santé devienne l'un des champs des politiques municipales. La démarche a été engagée lors des Assises pour la Ville d'avril 2005, où quelques élus, avec l'appui du ministre délégué au Logement et à la Ville Marc Philippe Daubresse, ont proposé une contribution visant à promouvoir « la santé comme cinquième pilier de la politique de la ville ».

Unique en son genre, l'association nationale « Elus, Santé Publique & Territoires » regroupe des élus de communes et de leurs groupements désireux de développer des programmes de santé publique ancrés dans leurs territoires et conduits dans un cadre concerté et contractuel avec l'Etat.

La trentaine de villes membres de l'association, situées sur tout le territoire français, villes centre ou de banlieue, de toute couleur politique, représentent plus de deux millions d'habitants. Jusqu'à présent, les villes engagées dans des actions de santé publique, de prévention et/ou de soins agissent en fonction de priorités ou sensibilités particulières. L'association souhaite leur apporter un lieu d'échange et de réflexion et les aider à définir des lignes d'action cohérentes. Elle se positionne également comme partenaire privilégié de l'Etat, central et déconcentré, pour parvenir à faire de la Santé publique un objet de débat politique local et d'action de la Ville.

L'association s'est donné pour objectif de fédérer les élus locaux pour :

- promouvoir toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, favorisant l'accès aux droits, aux soins, à la prévention, à la santé égale pour tous, contribuant à l'éducation et à la promotion de la santé et intégrant les déterminants de la santé, en particulier environnementaux ;
- affirmer, faire reconnaître et légitimer le rôle des communes et de leurs groupements dans la mise en œuvre de politiques territoriales de santé publique, en particulier dans le cadre d'une coproduction avec l'Etat ;
- développer et consolider toute forme de programme de santé publique contractualisé entre les collectivités territoriales et l'Etat, dans la logique et sur le modèle des « Ateliers Santé Ville », développés dans le cadre de la Politique de la ville.

---

<sup>4</sup> Association nationale des villes pour le développement de la santé publique

11 rue des anciennes mairies

92 000 Nanterre

01 47 24 67 58

[espt.asso@orange.fr](mailto:espt.asso@orange.fr)

[www.espt.asso.fr](http://www.espt.asso.fr)

## La mobilisation des élus locaux en matière de santé mentale

Du point de vue strictement légal, la légitimité des élus locaux à agir en matière de santé mentale est réduite à la gestion provisoire des troubles de l'ordre public en lien avec un trouble mental (articles L. 3213-1 et L 3213-2 du Code de la Santé Publique). Pourtant, selon un nombre croissant d'élue(s) locaux, une approche de santé mentale inclut la reconnaissance et la lutte contre une souffrance psychosociale, conçue comme une perturbation de la capacité du vivre ensemble des citoyens. A l'initiative de l'ORSPERE-ONSMP<sup>5</sup>, plusieurs études<sup>6</sup> successives ont tenté d'explorer les manières de sentir et de penser des élus locaux confrontés à une demande de santé mentale. Dans le sillon de ces recherche-actions, l'association nationale des villes pour le développement de la santé publique est née, avec pour préoccupation majeure de faire de la santé mentale une question avant tout politique, relevant moins d'une expertise spécialisée en médecine, que d'une préoccupation publique nationale et locale.

Les travaux de l'ORSPERE-ONSMP, auxquels ont participé de nombreux élus de l'association ESPT ont rendu explicites:

- la souffrance et l'impuissance des élus locaux en tant qu'acteurs de première ligne confrontés à la complexité de la souffrance psycho-sociale,
- la légitimité d'une préoccupation collective de santé mentale,
- la nécessité de « passer d'une logique d'expert à une logique de gouvernance » qui renvoie aux difficultés à faire de la santé mentale une préoccupation collective affranchie du monopole de l'expertise psychiatrique, ainsi qu'à la position stratégique de l'élue local lui permettant d'interpeller les acteurs des champs non sanitaires de la prise en charge (social, éducatif, sécurité, justice) et de réguler une action transversale susceptible de prévenir la souffrance psychosociale.

Si une approche de santé mentale inclut la reconnaissance et la lutte contre une souffrance psychosociale conçue comme une perturbation de la capacité du vivre ensemble des citoyens, les élus d'ESPT se déclarent investis d'une responsabilité spécifique en la matière, dont le cadre dépasse largement la gestion de l'urgence et des troubles à l'ordre public. Le rôle de l'élue local, en tant que nouvel acteur de la prévention en santé mentale est revendiqué par les élus d'ESPT au motif de leur légitimité et de leur capacité, en tant que représentants de l'intérêt général local à donner cohérence à l'effet de transversalisation des politiques publiques lié notamment à la problématisation de la précarisation en termes sanitaires. Sur ce point, les maires et maires adjoints sollicités entre 2003 et 2007 n'ont de cesse de rappeler leur vocation à

---

<sup>5</sup> L'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité, soutenu par la Direction générale de la Santé et la Direction Générale des Affaires Sociales, est une structure de recherche-action spécialisée dans le champ de la précarité sociale en lien avec les questions de santé mentale.

<sup>6</sup> Grâce au soutien de la DIV, l'ONSMP-ORSPERE a ainsi mené un séminaire national regroupant des élu(e)s locaux durant plus de deux ans autour de la problématique de la souffrance psychosociale puis de l'hospitalisation d'office. Cf. le séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE 2003-2004 : « Les élu(e)s locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale » - Rapport final, Septembre 2005, ainsi que sa publication : « Les élu(e)s locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique », Ed. de la DIV, coll. Etudes et Recherches, novembre 2005.

participer aux instances de planification ou de gestion des services publics, leur fonction d'interpellation des autorités publiques compétentes en matière économique, sociale, sanitaire, et leur fonction de médiation et d'élaboration (sociale, institutionnelle, voire communautaire...) du sens de la souffrance psychosociale<sup>7</sup>.

« Elus, Santé Publique & Territoires » a notamment consacré ses deux dernières journées d'étude d'une part aux compétences des élus locaux en matière d'hospitalisation psychiatrique, et d'autre part aux expériences locales de partenariat entre les élus locaux et les autres acteurs de la santé mentale.

---

<sup>7</sup> « Les élu(e)s locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique », Séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE 2003-2004 Ed. de la DIV, coll. Etudes et Recherches, novembre 2005, pp. 71-73.

## **« La psychiatrie citoyenne ». Exemple d'un service de psychiatrie intégré dans la cité : l'expérience du secteur 59g21 EPSM Lille – Métropole. Banlieue Sud-Est de Lille <sup>8</sup>**

Depuis plus de 25 ans, le travail effectué dans le secteur 59g21 de psychiatrie adulte de la banlieue Est de Lille (EPSM Lille Métropole) qui correspond à la transformation d'un service « asilaire » vers une multitude de services intégrés et centrés sur la personne, répond aux recommandations de l'OMS.

Le secteur de Psychiatrie Adulte 59g21 EPSM Lille Métropole se déploie sur une superficie de 2653 hectares au sud-est et à l'est de la Métropole lilloise. Six communes, 87 000 habitants. La gestion administrative du service est assurée par l'E.P.S.M<sup>9</sup>. Lille-Métropole, dont le siège administratif est situé à Armentières, soit à 25 kilomètres à l'ouest de Lille. Les lits d'hospitalisation complète sont encore malheureusement situés dans l'ancien « Hôpital psychiatrique » à Armentières à 30/45min (sans problème de circulation) des villes concernées. Ils doivent être relocalisés au Centre Hospitalier Universitaire de Lille, à cinq minutes du secteur, dans quelques années.

Le contexte régional marque fortement la réalité du secteur : la région Nord-Pas-de-Calais est en effet la région la plus jeune de France, le chômage y sévit particulièrement (15,6% contre 11,1% de moyenne nationale), entraînant une précarité importante de la population. L'état sanitaire est marqué par une surmortalité importante, l'espérance de vie la plus courte de France et un sous-équipement sanitaire.

La situation du secteur en 1970 était la suivante :

- Un grand asile psychiatrique dans la banlieue lilloise
- 2 500 patients hospitalisés / 1000 lits
- 1 Pavillon de force
- Tous les services fermés 24h/24
- Tous les patients hospitalisés sous contrainte
- 300 patients par service, dont 150 personnes âgées et alcooliques
- Durée moyenne de séjour : 180 mois
- 400 nouvelles admissions par année.

---

<sup>8</sup> Le dispositif de soins en santé mentale mis en place progressivement, depuis plus de 25 ans, dans le service de psychiatrie adulte de la banlieue Est de Lille est une expérience innovante en terme d'intégration dans la communauté urbaine. Elle répond à la logique des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2001<sup>8</sup>, OMS 2005<sup>8</sup>) dont la priorité essentielle est de soigner dans la communauté en intégrant l'ensemble des réseaux intersectoriels en partenariat rapproché avec : les élus, les usagers, les familles et « aidants ». L'ambition de ce dispositif de services de proximité, reconnu par l'O.M.S. comme une expérience internationale de « bonnes pratiques », est de garantir au mieux la prise en charge des personnes nécessitant des soins de santé mentale tout en évitant la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion. **Mots clés** : Services de santé mentale de proximité, travail en réseau, soins dans la communauté urbaine, dispositifs intégrés, lutte contre la stigmatisation, Organisation Mondiale de la Santé

<sup>9</sup> Ancien Hôpital Psychiatrique d'Armentières rebaptisé Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole

## 1- La psychiatrie citoyenne en pratique

C'est grâce la mise en pratique d'une « psychiatrie citoyenne<sup>10</sup> » que tout au long des années les choses ont peu à peu évoluer.

De façon synthétique :

- Il s'agit de changer le paradigme : le service de psychiatrie ne doit plus AVOIR des partenaires mais ETRE partenaire. Ce n'est pas EUX, c'est NOUS<sup>11</sup>.

- La coordination des réponses aux besoins de soins de la population et l'organisation des services doit se faire en co construction et concertation avec les élus locaux, afin de donner une cohérence à un territoire de santé global et non ségréatif, entre les services sanitaires, sociaux et culturels<sup>12</sup>

Voici la situation en 2007 après plus de 25 ans de travail :

- 10 structures psychiatriques (de soins, consultations, activités ou pôle de coordination) totalement intégrés dans la cité installées dans des locaux non spécifiques : cabinets médecins généralistes, structures municipales (CCAS...), culturelles ou sportives (dont certaines sont prêtés ou mises à disposition par les mairies)
- La régulation entre ces structures se fait en permanence par Intranet et par téléphone et elles sont en lien systématique et personnalisé avec le médecin généraliste de chaque usager et en partenariat avec les pharmaciens, les infirmier(e)s libéraux/ales, la Justice, Education Nationale...
- 150 places en appartements associatifs disponibles, attribuées par la Commission Appartements gérée par les élus locaux, les familles, les usagers et les services sociaux grâce à une association présidée par un élu d'une des communes du secteur.
- Un système spécifique qui permet aux personnes handicapées psychique de retourner travailler, dans des structures associatives ou municipales
- 20 lits d'hospitalisation temps plein, en milieu ouvert (10 occupés en moyenne)
- 13 Familles d'Accueil Alternatives à l'Hospitalisation dans la cité
- Durée moyenne de séjour en hospitalisation 9 jours. En famille d'accueil : 15 jours
- 5 places en Soins Intensifs Intégrés dans la Communauté (Un service de soins à domicile 24h/24 et 7j/7)
- Un conseil de service ouvert aux usagers, aux élus et aux travailleurs du champ social se réunissant une fois par trimestre.
- 2000 personnes suivies par année (87% ne sont jamais hospitalisées) pour 87 000 habitants sur le secteur

---

<sup>10</sup> ROELANDT J-L, DESMONS P.« Manuel de psychiatrie citoyenne – L'avenir d'une désillusion » Editions In Press, 2002

<sup>11</sup> La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale, place et rôle des usagers, importance du partenariat

<sup>12</sup> Recommandation OMS (2004) n°8 : « Collaboration intersectorielle pour une prévention et une intégration efficaces » réaffirmée en 2005 (Conférence Ministérielle d'Helsinki OMS Europe 2005)

## 2- Les moteurs du changement : le passage des équipes de psychiatrie de l'asile à la cité

- La première étape fut la mise en oeuvre du processus de sectorisation par la création de centres de santé mentale, en ville, par transfert de l'asile (Hôpital de jour, CMP, CHRS)
- La deuxième étape consiste en l'intégration des centres de santé mentale dans les services sanitaires et sociaux
- D'où le passage de la notion de centres de santé mentale à celle de services de santé mentale la population intégrés dans le système général sanitaire et social.

### Diminution des séjours et nombres d'entrées des hospitalisations temps plein en fonction de l'ouverture de Famille d'Accueil et du Service de Soins Intensifs Intégré dans la Cité (hospitalisation à domicile)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007 (2mois)
<b>HOSPITALISATION TEMPS PLEIN</b>	<b>Nombre d'entrées en hospitalisation temps plein</b>	497	398	348	380	342	54
	<b>Nombre de journées réalisées</b>	6950	5661	4807	4495	3245	372
	<b>Durée de séjour</b>	13.98	14.22	13.81	11.83	9.49	6.89
<b>ACCEUIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE ALTERNATIF A L'HOSPITALISATION</b>	<b>Entrées en AFTAH</b>	91	86	83	85	107	21
	<b>Nombre de journées réalisées en AFTAH</b>	2646	2171	2351	2633	2829	557
	<b>Durée de séjour AFTAH</b>	29.08	25.24	28.33	30.98	26.44	26.52
<b>SERVICES DE SOINS INTENSIFS INTEGRES DANS LA CITE</b>	<b>Nombre d'entrées en SIIC</b>					98	

Là aussi, application du changement de paradigme : plus de psychiatres, d'équipes de psychiatrie dans des centres avec éventuellement quelques partenaires, mais le citoyen au centre du dispositif avec sa famille, son médecin traitant, son environnement. La psychiatrie est dans cette optique en « deuxième ligne » et donc surtout intégrée au système de première ligne. Cela passe par :

### 2-1 Un changement concret de pratiques

- Plus d'unités spécialisées de psychiatrie et de centres de santé mentale mais des services à la « personne » ; plus d'internement mais, des obligations de

soins en ambulatoire, voire des hospitalisations en sortie à l'essai (20 personnes suivies en ville contre deux à l'hôpital en moyenne en HO/HDT). Et l'Affirmation à tout moment des droits de l'Homme et du Citoyen

- b. Par le travail systématique de la santé mentale avec les médecins généralistes, les infirmiers libéraux, les pharmaciens. Un courrier du psychiatre traitant est envoyé à chaque consultation et systématiquement aux médecins généralistes avec une proposition de prescription. Mise en place des consultations infirmières en moins de 24h pour toute personne envoyée en consultation de psychiatrie par son médecin traitant. Toute demande directe est renvoyée d'abord vers le médecin traitant.
- c. Les conseils de Service sont ouverts deux fois l'an au réseau large de partenaires avec la participation au fonctionnement du service des élus, des usagers, des familles, des services sanitaires et sociaux. C'est la deuxième révolution psychiatrique : ne plus avoir des partenaires mais être partenaire. Cela permet de combler le fossé qui existe entre la ville et la psychiatrie. Il n'est pas suffisant d'être en ville. Cela permet réellement et pratiquement de mettre en place la prévention qui n'est jamais spécialisée en psychiatrie et qui nécessite la participation de tous y compris des personnes et des familles. Il permet de mettre en place la réhabilitation psycho-sociale qui est toujours dépendante de l'intersectorialité = logement, loisir, culture, travail. Donc des domaines non psychiatriques a priori.
- d. Le logement : mise en place d'une commission logement avec les bailleurs sociaux, les usagers, les curateurs et les élus locaux qui la président. Ceci a conduit à l'octroi de 150 places en appartements associatifs fournis du fait de l'accord des politiques c'est l'Association Médico-Psychosociale<sup>13</sup> qui gère cet aspect (98 personnes sont encore suivies en appartement aujourd'hui).
- e. Le travail : nous avons assisté à la mise en place d'un dispositif d'insertion en intercommunalité en relation avec les maisons de l'emploi, un dispositif d'insertion professionnelle intégré dans les municipalités ainsi qu'un centre d'aide par le travail Etablissement et Services d'Aide par le Travail sans atelier de production créés grâce aux maires et aux associations d'aide au retour au travail des handicapés en général.
- f. Les loisirs : création d'une Galerie d'Art Contemporain intitulée Frontière\$, créée en particulier avec la Direction Régionale des Affaires Culturelles et les milieux culturels lillois, mêlant action culturelle d'art contemporain à visée de tout public et usagers de la psychiatrie.
- g. Les deux GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle) : regroupement d'usagers ayant eu ou ayant des troubles psychiques dans une association Loi 1901 entièrement gérée par les usagers eux mêmes et subventionnés par la DDASS – ont leurs sièges sur le secteur, l'un dans la ville de Mons en Baroeul et l'autre au sud de la ville de Fâches-Thumesnil.

---

<sup>13</sup> Voir ci détail ci après

- h. Les pairs aidants : Auto support et prise en charge de la solidarité par les usagers eux-mêmes mis en œuvre actuellement avec l'aide des associations d'usagers.

## 2-2 Les actions de prévention :

- i. Le service de psychiatrie est un service complètement ouvert (quelque que soit le mode d'hospitalisation, contrainte ou pas) qui doit regagner l'hôpital général à terme (en 2009) – CHU de Lille 5 minutes des villes du secteur par métro.
- j. Les alternatives à l'hospitalisation : les familles d'accueil, alternatives à l'hospitalisation et véritables vecteurs de destigmatisation dans la ville, remplacent l'hospitalisation. Ce sont des personnes qui vivent dans la cité. Elles propagent un autre aspect des soins, puisque les familles sont un mode d'hospitalisation en tant que tel et des exemples d'intégration pour les habitants des quartiers qui les côtoient ainsi que pour les élus locaux.
- k. Le Service de Soins Intégrés dans la Cité (SIIC) : il permet la prise en charge commune avec les médecins généralistes et la famille, à domicile et en ville, en lieu et place de l'hôpital.
- l. La toute première demande est vue, pour une première évaluation, par le médecin généraliste, puis par un infirmier qui reçoit cette personne dans les 24h. Le service de santé mentale est donc en deuxième ligne par rapport aux usagers des villes. En cas de problème un psychiatre du service consulte la personne dans la journée sur la demande de l'infirmier qui a vu la première demande après le médecin traitant.
- m. La prescription est systématiquement faite par le médecin traitant après courrier fait par les psychiatres à chaque consultation. Les soins sont délivrés par les infirmiers libéraux, voire les pharmaciens dans leurs officines.

Devant cette multitude de réseaux et d'actions, il est paru utile d'organiser une coopération au niveau du territoire du secteur en faisant participer l'ensemble des 6 communes à l'action de santé publique et de santé mentale.

Nous leur proposons aujourd'hui deux formes d'actions :

- la **première** consiste à faire en sorte que l'ensemble des réseaux retrouvent les acteurs territoriaux dans l'Association Médico-Psycho-Sociale. C'est la plate forme de concertation intercommunale. Les buts de l'Association Médico-Psycho-Sociale sont de promouvoir la coordination des intéressés, élus locaux, usagers des services de santé mentale, familles, services sanitaires et sociaux pour permettre toute forme nouvelle de prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques dans leur cadre de vie habituel, notamment par la création, l'organisation et la gestion de toute structure susceptible d'y contribuer.

L'association se propose de sensibiliser la population à la question de la santé mentale et la faire participer à la politique de psychiatrie de secteur définie par les circulaires du 15 mars 1960 et par celles des 14 et 16 mars 1972, et la loi de 1986 sur la sectorisation psychiatrique. Elle lutte contre toute discrimination à l'encontre des personnes présentant des troubles psychiques tant dans l'accès aux soins, qu'au logement, qu'à l'emploi, et qu'à la culture, en référence à la loi du 11 février 2005.

Ella a aussi pour mission de promouvoir des structures de réflexion et de recherche et de publication attendant à ses objectifs. L'Association médico psycho sociale est devenue l'Association Médico-Psycho-Sociale pour la promotion du Conseil Local de Santé Mentale des villes de Mons en Baroeul, Hellemmes-Lille, Lezennes, Faches-Thumesnil, Ronchin, Lesquin.

Les représentants au Conseil d'Administration de cette Association composent 4 personnes physiques représentant les habitants (4 membres, 4 suppléants) et des personnes de droit

- 2 représentants du secteur psychiatrique dont le Chef de Service et 2 suppléants
- 1 titulaire des élus des 6 municipalités et son suppléant plus un membre représentant le CCAS désigné par le maire
- 1 représentant et son suppléant de la FNAPSY
- les Groupes d'Entraide Mutuelle du secteur représentés par leurs présidents et leur suppléant
- le Directeur de l'EPSM Lille Métropole ou son représentant et 1 suppléant
- 1 titulaire et 1 suppléant représentant les bailleurs sociaux
- les représentants des services culturels du secteur pour 1 membre et 1 suppléant
- L'association pour la promotion du CAVA IRIS (1 membre, 1 suppléant)
- 1 représentant des tuteurs et curateurs (1 titulaire et 1 suppléant élu parmi les associations de tuteurs et de curateurs volontaires)
- 1 représentant de l'UNAFAM et un suppléant
- 1 représentant de foyers sociaux et médico-sociaux et un suppléant
- la Directrice de l'UTPAS d'Hellemmes et son suppléant
- la Directrice de l'UTPAS de Mons et son suppléant
- 1 représentant de la police nationale et 1 suppléant
- 1 représentant des associations de médecins libéraux des 6 communes et 1 suppléant
- 1 représentant des Pharmaciens des 6 communes et 1 suppléant
- 1 représentant des Infirmiers et Kiné des 6 communes et 1 suppléant
- 1 représentant du réseau santé mentale et précarité
- 1 représentant du réseau solidarité Lille
- 1 représentant du réseau GT59 Toxicomanie Santé Mentale
- 1 représentant du réseau santé mentale et habitat

Son champ d'application est essentiellement les communes du secteur de psychiatrie publique. C'est la plate forme de concertation à partir de laquelle l'ensemble des actions en santé mentale se développent.

- **la seconde** proposition est la création à terme d'un Atelier Santé Ville dans les communes de Mons en Baroeul et de Lille-Hellemmes. La dynamique existe dans ces villes depuis de nombreuses années. L'implication de la ville et de l'Etat associée aux habitants et aux élus permet l'application locale des programmes régionaux de santé publique sur le territoire. L'Atelier Santé Ville est un exemple évident de la convergence des logiques de réseaux et de secteurs intégrant tant les professionnels que les politiques locaux et les usagers habitant des cités. L'Atelier Santé Ville par sa dynamique et son financement pourra diffuser sur l'ensemble de la politique de santé des deux communes, voir des quatre autres communes du secteur – par tache d'huile et contagiosité, pour la mise en place d'une politique territoriale de santé impliquant les habitants.

La logique de l'Atelier Santé Ville converge avec ce que nous avons essayé de mettre en place dans l'Association Médico-Psycho-Sociale depuis maintenant 25 ans : faire participer les usagers et les habitants à la politique de sectorisation. Maintenant, il s'agira de les faire participer à la politique de la santé mentale, éviter la stigmatisation, permettre l'inclusion, éviter l'exclusion, tout ceci par des soins donnés à proximité pour cette population.

Pour mémoire, les réseaux dispositifs et groupes d'usagers sont les suivants :

- a. Mise en place des réseaux santé ville de soins sanitaires et sociaux avec GT59 (toxicomanie, alcoolisme, dépendance, diabète, VIH et maintenant santé mentale), étude de cas et travail en commun avec participation des usagers mais aussi des municipalités, des services sanitaires et sociaux et des CCAS.
- b. Réseau précarité et santé mentale départementale
- c. Réseau gérontologie
- d. Les deux Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) se sont développés sur le secteur grâce à la participation importante des usagers et de leurs responsabilisations depuis des années dans le cadre de la recherche et du fonctionnement du service. L'intérêt serait de d'intégrer ces GEM dans les clubs sociaux. Intégration des structures dans les structures municipales.
- e. Le Réseau International de Collaboration en Santé Mentale pour des pratiques et des dispositifs intégrés dans la cité. Dont nous nous sommes inspirés constamment pour la mise en place de pratiques de psychiatrie intégrées dans la ville, et dont les échanges internationaux nous permettent de nous améliorer en continu.
- f. A venir le Réseau régional habitat et santé mentale.

Deux dispositifs :

1/ le réseau d'information et de formation concernant le suicide – formation des professionnels des acteurs des secteurs sanitaires et sociaux ( le réseau des comités d'éducation pour la santé du Nord Pas de Calais).

2/ Dispositif DIOGENE : grande précarité à Lille. Avec associations d'aide aux précaires. Création d'une structure intersectorielle qui intervient dans tous les foyers et résidences sociales de Lille.

Deux clubs pour les usagers :

Les Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) de Mons-Hellemmes et de Ronchin

#### **4- Les élus et les habitants des villes sont impliqués dans l'organisation des services de santé mentale intégrés dans la cité et dans les actions de sensibilisation et de recherche**

La stratégie de changement implique pour chaque axe les élus et acteurs de la communauté urbaine.

Les actions concrètes sont les suivantes :

- Des études socio-anthropologiques et épidémiologiques en population générale<sup>14</sup>, faisant participer les élus locaux et l'ensemble des citoyens<sup>15</sup>
- Animation en Partenariat National (A.M.F., UNAFAM, FNAPSY) et local (Région, Départements, Villes, Education Nationale...) de programmes de promotion de la santé mentale (Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques<sup>16</sup>, Semaine Information sur la Santé Mentale<sup>17</sup> etc.)
- Des échanges et visites avec d'autres services à l'international (Réseau des Centres Collaborateurs de l'OMS et Réseau International des expériences pilotes en santé mentale communautaire / intégrées dans la cité, WHOLE LIFE<sup>18</sup>, ONG IMHCN<sup>19</sup>, visites croisées de formation et d'échanges). Avec toujours participation des élus et collectivités locales (présence des élus et des usagers, rencontres, réception, manifestations dans divers locaux des Villes).

---

<sup>14</sup> Santé mentale en population générale : Images et réalités. Depuis 1995 cette vaste enquête socio anthropologique Images et épidémiologique : Réalités. 53 sites, 54 000 personnes interrogées en France. Pour chaque site (qui peut représenter une ou plusieurs communes, arrondissements ou quartiers) il y a une implication systématique de la communauté urbaine dans la réalisation de l'enquête (accord élus, autorisation pour les lieux d'enquête, diffusion et information par la presse / radio locale) et la restitution des résultats à la population générale (manifestations en Mairie ou en partenariat). Quelques résultats clés quant aux perceptions de la population générale : stigmatisation et préjugés négatifs des personnes présentant un trouble psychique (norme, violence...). Méconnaissance des services de soins (assimilation aux services pénitentiaires). Stigmatisation des services et professionnels de santé mentale. Importance des médecins généraliste dans le recours aux soins. Bellamy V., Roelandt JL et Caria A. (2004)

<sup>15</sup> [www.epsm-lille-metropole.fr](http://www.epsm-lille-metropole.fr) Rubrique CCOMS

<sup>16</sup> Un exemple d'animation en Partenariat National et Local de programme et d'actions de promotion de la santé mentale, prévention, sensibilisation : la Campagne Nationale « Accepter les différences... » : [www.accepterlesdifferences.com](http://www.accepterlesdifferences.com). Réalisée et diffusée par les usagers (FNAP-Psy), les familles (UNAFAM), les élus (AMF) et les professionnels (CCOMS), afin de faire évoluer les perceptions vis à vis des personnes concernées par les troubles psychiques<sup>16</sup>. Il s'agit d'un premier temps de communication, pour faire parler et sensibiliser à ces questions. Large diffusion nationale, toutes les mairies grâce à l'AMF, affichage dans les villes de plus de 100 000 habitants, des spots TV (TF1, TV5...), de nombreux inserts presse, des manifestations locales en partenariat avec les 4 partenaires. Cette campagne de sensibilisation a obtenu le label d'Intérêt Public en 2006. Elle est un support à de nombreuses actions promotion et d'information notamment lors de la Semaine d'Information en Santé Mentale.

<sup>17</sup> [www.unafam.org/actualites/sism.html](http://www.unafam.org/actualites/sism.html)

<sup>18</sup> <http://www.eastern.csip.org.uk/our-work/whole-life.html>

<sup>19</sup> [www.imhcn.com](http://www.imhcn.com)

## ***Conclusion***

L'organisation de la santé en France et dans le monde souffre de cloisonnements territoriaux sectoriels entre les services de médecine eux-mêmes et entre le sanitaire et le social.

Toute action de prévention ne peut que concerner les citoyens dans leur ensemble. Pour les toucher, les associations de quartiers, les entreprises, l'école, les services d'emploi et de logement sont parfois les mieux placés. Les solidarités actives sont à rechercher pour permettre la prévention et l'accès aux soins. La formation des citoyens est l'élément le plus nécessaire. La lutte contre les tabous, les préjugés, les discriminations et la stigmatisation de même. Ceci est vrai pour toute la médecine et plus encore pour la santé mentale tant les déterminants culturels et sociaux restent forts en terme de facteurs de risque et d'accès aux soins. La revendication de santé mentale est active près des populations précarisées et pauvres. Ce sont surtout les travailleurs sociaux, les familles et les municipaux qui la porte. Ce sont aussi ceux qui en souffrent. Si on considère qu'il y a un continuum entre la souffrance psychique, la plainte, les conditions d'existence, l'environnement physique et psychologique et l'apparition de troubles psychiques, on se rend bien compte que la prévention ne peut venir des équipes de psychiatrie publique seules. Pourtant, l'aide dans les soins apportés par l'entourage, amis et famille est primordiale pour les personnes ayant ces troubles psychiques. Pourtant, c'est le médecin généraliste de base qui est le premier consulté. Pour permettre le mieux être et la résolution des troubles psychiques, il y a intérêt à ce que tous s'y attèlent.

Citoyens, usagers, patients, services sanitaires et sociaux, aussi bien que la psychiatrie a tout à y gagner. L'OMS rappelle cette exigence de soins non ségrégatifs et excluants et la place prépondérante des utilisateurs de services et de soins de santé primaire dans cette approche. La déclinaison locale de programme de santé mentale intégré nécessite une nouvelle alliance entre usagers, familles, patients, élus et services sanitaires et sociaux. Les conseils de santé des ville et les ateliers santé ville, sont des lieux de concertation évidents qui amènent à la création de réseaux de prévention et de soins. Ceci est concomitant à la fin des grandes institutions asilaires et à l'ouverture réciproque obligatoire de la ville et de la psychiatrie. Ville et psychiatrie, ensemble vers la santé mentale après 220 ans d'exclusion réciproque ?

C'est en tous les cas les ajustements du XXI ème siècle. A suivre...

***Annexe 1 - Critères concrets de changement des pratiques pour des services de santé mentale intégrés dans la cité***

Ces critères de bonnes pratiques pour des services de psychiatrie intégrés dans la cité<sup>20</sup> ont été élaborés sur la base des recommandations de l'O.M.S. pour la santé mentale (2001, 2004, 2005) et ont été discutés et acceptés par l'ensemble des participants du Réseau International pour la Collaboration en Santé Mentale (IMHCN<sup>21</sup>).

**1 – Pas de service d'hospitalisation fermé [les hôpitaux ne sont pas des prisons ni pour les patients « hospitalisés » sous contrainte ni par ricochet pour la majorité de ceux qui sont hospitalisés librement et se retrouvent sous clef].**

C'est 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 si souvent bafoués dans la commode réalité des cultures institutionnelles et des pratiques des services. La privation de liberté relève de mesures de police ou de justice pénale 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 destigmatisation de l'ensemble des usagers de la psychiatrie et du personnel des services eux-mêmes.

**2- Plus de 60% des personnels affecté aux soins autres que le temps plein hospitalier [le personnel doit être dans des services dans la cité et non pas à l'hôpital].**

Grosso-modo, on peut dire qu'actuellement, dans le monde, 95% des patients sont dans la cité et que 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 de 2002 du Ministère Français de la Santé. On ne peut prôner une prise en charge de patients dans la communauté et affecter la majorité des moyens humains disponibles au temps plein hospitalier (qu'il soit à hôpital psychiatrique, en hôpital général ou en petites structures ne change rien). Le ratio des personnels affectés à l'intra versus l'extra hospitalier est un très bon indicateur, simple et significatif, des moyens affectés au suivi, à la continuité des soins et à la prévention, ainsi qu'à la réhabilitation psycho-sociale, qui se font dans la ville. C'est aussi un indicateur de l'intégration des services de psychiatrie dans la cité.

**3- Avoir une permanence téléphonique 24h/24 où pouvoir joindre un professionnel de psychiatrie à tout moment, avec transfert d'appel sur un cadre de santé du secteur.**

**4- Etre en relation directe avec les médecins généralistes : non seulement pour la coordination des soins des patients suivis en commun, mais aussi systématiquement si l'on veut travailler en réseau avec les soins primaires.**

---

<sup>20</sup> Roelandt JL., Daumerie N., Caria A., Eynaud M., Lazarus A., Changer la psychiatrie pour déstigmatiser... - Revue Santé Mentale, n°115, février 2007

<sup>21</sup> [www.imhcn.org](http://www.imhcn.org)

5- **Avoir un dispositif de réponse à l'urgence.**

6- **Avoir des réunions au moins une fois par mois avec les associations d'usagers, de famille et d'élus représentés dans les services de psychiatrie.** Faire participer et impliquer des patients experts, des pairs éducateurs et des accompagnateurs psychosociaux de la structure. Ce sixième critère est essentiel pour tester la coopération active entre les services de psychiatrie intégrés dans la cité et ses partenaires.

L'impact de cette manière de travailler dans et avec la cité doit se lire avec le 7<sup>ème</sup> indicateur suivant :

7- **Moins de trois patients hospitalisés à l'année**

Avoir moins de trois patients hospitalisés à l'année dans un service montre une capacité développée de prise en charge des personnes dans la cité, témoignant d'une dynamique d'intégration psychosociale. On peut rajouter dans cet esprit, que le fait d'avoir très peu de patients hospitalisés, doit aboutir naturellement à un nombre de lits d'hospitalisation nettement moindre dans les secteurs mettant en place ce type de prise en charge.

L'analyse des rapports d'activité de secteurs français effectuée en 2000 et 2003 montrent 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 Réseau ne sont pas révolutionnaires, ils correspondent exactement à la politique de sectorisation définis 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 (5 et 6). Ce rapport est réalisé tous les 2 ans par les secteurs de psychiatrie.

Le Tableau 1 montre le pourcentage de secteurs de psychiatrie général qui répondent à ces 6 critères, en 2002 et 2003.

**Tableau 1 : Comparaison 2002/2003, à partir des rapports de secteurs remplis par les chefs de service (Source DREES) – Pourcentage de secteurs français satisfaisant les critères du réseau international de collaboration en santé mentale (RICSM)**

CRITERES DE BONNE PRATIQUE	2002	2003
1. Pas de service d'hospitalisation fermée	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%

**En 2003 : Seuls 23 secteurs de psychiatrie générale sur 850 (soit 2,7%) remplissent 5 critères.**

D'autre part, si l'on s'intéresse au 7<sup>ème</sup> critère (Tableau 2), 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 hospitalisé 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.

**Tableau 2 : Comparaison du nombre de patients hospitalisés depuis plus d'un an et nombre de lits – Pourcentage de secteurs français concernés (Source Drees, Rapport d'activité des secteurs de psychiatrie 2003)**

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 %

En France 70% des services d'hospitalisation sont fermés et la grande majorité du personnel n'est pas hors l'hôpital. Ces deux tableaux nous montrent que, 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 et moins excluant. Toutefois, si l'on veut être optimiste, on peut dire que les prémisses d'une psychiatrie réellement intégrée dans la cité existent. Le Réseau international 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 en étroite collaboration avec les acteurs des politiques de la Ville.

## ***Annexe 2 : Le Réseau International de Collaboration en Santé Mentale : Santé Mentale et Citoyenneté (IMHCN – MHC<sup>22</sup>)***

Le but du Réseau International de Collaboration en Santé Mentale<sup>23</sup>, dont Lille est avec d'autres villes européennes<sup>24</sup> un membre fondateur<sup>25</sup>, est de fédérer les expériences pilotes de santé mentale communautaire abouties et celles qui sont en cours de développement. En favorisant les échanges et les formations croisées et continues, chacun pourra profiter des expériences des autres. Il s'agit d'améliorer collectivement l'offre de soins et de soutiens pour et avec les personnes souffrant de troubles psychiques par des services comprenant :

- traitements et thérapies
- logement adapté
- insertion professionnelle
- réseau social
- participation et intégration à la vie citoyenne
- défense des droits des usagers
- soutien au développement de la participation des usagers et des associations d'usagers dans la transformation des services
- développement de recherches-action en santé mentale communautaire
- lutter contre les lois et les politiques discriminatoires

De cette façon, le courant de la santé mentale communautaire, avec des services de psychiatrie intégrés dans la cité et une dynamique intersectorielle dans la communauté urbaine, pourra être renforcé et son influence durable, sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant des troubles psychiques.

---

<sup>22</sup> [www.imhcn.org](http://www.imhcn.org)

<sup>23</sup> Roelandt J.L., Daumerie N., Caria A., Eynaud M., Lazarus A., Changer la psychiatrie pour déstigmatiser... - Revue Santé Mentale, n°115, février 2007

<sup>24</sup> Trieste, Oviedo, Birmingham, Stockholm, Monaghan, les villes de la région de Cornouailles au Royaume Uni.

<sup>25</sup> ONG Internationale créée le 28 09 2006 à Lille : « Santé Mentale et Citoyenneté »

## **Trois exemples de collaboration étroites avec les élus dans d'autres sites du Réseau International de Collaboration en Santé Mentale :**

### *CORNWALL Partner Trust (Royaume-Uni)*

La fondation CPT a différentes méthodes pour se rapprocher des hommes politiques locaux. Sur le plan stratégique, les autorités locales et les hommes politiques locaux ont un rôle de recherche minutieuse en ce qui concerne les services locaux de santé, y compris la santé mentale. Un comité d'une vingtaine de figures politiques locales se réunissait tous les mois pour « scruter » le travail de la fondation. Soit ils demandent de leur rendre compte de sujets spécifiques, soit le CPT les informe de certains sujets posant problème. Ce forum est très utile, et a fait en sorte que la santé mentale ait une meilleure image. En outre, le Président de la fondation, le cadre supérieur exécutif et des administrateurs externes se réunissent régulièrement avec les principaux hommes politiques du comté, afin de les informer de nos activités et des problèmes clés en santé mentale.

De plus, grâce à l'adhésion en 2003 du CPT à la NHS (Service National de Santé) et à la délégation locale des services en santé mentale, les professionnels et usagers se sont régulièrement réunis avec les hommes politiques pour montrer que la fondation fournit des services, dont ils étaient auparavant responsables, de manière efficace. A cet effet, a été créée une « commission mixte » qui rassemble les représentants du Conseil local, des acheteurs dans le secteur de la santé et moi-même.

Existe aussi un projet de « Foundation Trust », une nouvelle forme d'organisation au NHS bénéficiant de plus d'autonomie locale. Les dispositions de gouvernance incluent une adhésion et des directeurs représentant les autorités locales. Les « Foundation Trusts » sont basées sur un modèle commun et coopératif et, une fois de plus, il y a un engagement intégré de la part du Conseil local.

Enfin le cadre supérieur exécutif se réunit deux fois par an avec les membres locaux du Parlement National afin de soulever les questions de santé mentale.

Ce ne sont pas des pratiques courantes au Royaume-Uni, mais c'est quelque chose que développe ce site novateur en santé mentale communautaire avec énormément de prises de contact avec le conseil local et les hommes politiques clés. Selon le Cadre Supérieur Exécutif : « Cela a sans aucun doute amélioré l'image de notre travail et des problèmes de santé mentale ».

### Services de santé mentale de CAVAN MONAGHAN (Irlande)

L'une des principales aides que les conseils de l'urbanisme et du comté apporte à ce service concerne l'accès au logement individuel et les sans domicile fixe.

Les services rencontrent les conseils deux fois par an pour revoir les besoins des usagers et leur placement sur des listes d'hébergement.

Ils travaillent également avec des agences statutaires et bénévoles, dont la Police, en rapport avec le logement, l'emploi, l'éducation, la protection sociale, etc. Certaines de ces réunions sont officielles et d'autres pas.

### Services de santé mentale de TRIESTE (Italie)

1) Il existe un PLAN REGION (Piano di Zona, PdZ), qui est requis par la loi nationale n.328/2000 (visant à créer un système sanitaire et un service de protection sociale intégrés). Ce plan est développé par la municipalité à travers un partenariat avec l'agence locale de santé et la participation des représentants des citoyens (associations). Le département Santé Mentale se joint à quelques « tables » spécifiques afin de discuter des handicaps, de l'intégration sociale, de l'insertion professionnelle, etc. (thèmes généraux). Ce plan définit les objectifs communs à atteindre sur trois ans ;

2) Il existe une collaboration en santé mentale grâce à la mission des municipalité qui consiste, selon les lois existantes, à empêcher la marginalisation et à sauvegarder les droits ; par conséquent dans de nombreux cas il y a des interventions communes. Aujourd'hui il existe également une loi régionale pour la mise en place de la loi nationale 328 (mentionnée ci-dessus) qui établit un "revenu citoyen" garanti pour tous ;

3) Il existe une forte intégration avec les secteurs de santé appartenant à la même organisation (Agence sanitaire locale), en particulier pour les domaines de la réhabilitation (pour n'importe quel handicap), des personnes âgées, du soin à domicile, de la santé des enfants et des adolescents, de la dépendance à l'alcool ou à la drogue, de la médecine communautaire, y compris les visites de spécialistes en dehors de l'hôpital. Ainsi, la santé mentale fait partie d'un plan d'activités communautaires, élaboré par les secteurs de santé (s.c. PAL, piano di attività territoriali), qui est également un plan de trois ans, adapté localement à chaque quartier de la ville ;

4) il existe également un plan régional PLA (Plan d'Activités Locales) qui est une synthèse entre les politiques régionales et les plans locaux déjà mentionnés ;

5) une collaboration existe entre les associations sanitaires et culturelles, les agences culturelles et de formation de la ville, les universités, les théâtres, etc. afin de développer des initiatives visant à vaincre la stigmatisation.

## Références

Articulation de la folie à la totalité du système social, Rapport de recherche de 2700 pages, 1 film, 1 exposition – 1979-1984

Bellamy V., Roelandt JL et Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale - premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Etudes et Résultats n°347, octobre 2004

Bourdon M., Les Ateliers Santé Ville, inventaire de l'ensemble des productions écrites. Etude réalisée à la demande du groupe de travail 'Santé' du Conseil National des Villes. Affaire suivie par Tascon-Mennetrier C. Avril 2007

Castelain J-P., Prévalences des troubles psychiques et caractéristiques socio-économiques : éléments pour une analyse de l'exclusion et de la précarité. L'Information Psychiatrique, Vol 81, n°4, avril 2005, p.351-356

DIV<sup>26</sup> : Les ateliers santé ville : territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local, Etudes et Recherches, Les éditions de la DIV, Rapport d'étape 2003

DIV / ONSMP<sup>27</sup>-ORSPERE : Les élus locaux faces à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique. Etudes et Recherches. Les éditions de la DIV, novembre 2005

ESPT<sup>28</sup> / DIV / ONSMP / DGS<sup>29</sup>, Santé mentale et ordre public : qu'elles compétences pour les élus locaux. Actes de la journée d'étude de Nantes, 09 octobre 2006

Institut des Villes : Villes, santé et développement durable. La documentation Française. Collection villes et société, Janvier 2007

OMS : *Atlas. Mental health resources in the world 2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 ([http://www.who.int/mental\\_health/media/en/244.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/244.pdf)).

OMS : *Rapport sur la santé dans le monde 2004 – changer le cours de l'histoire*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/fr/report04>)

OMS : *Guide des politiques et des services de santé mentale*. Organisation Mondiale de la Santé 2004

---

<sup>26</sup> Délégation Interministérielle à la Ville

<sup>27</sup> Observatoire National Santé Mentale et Précarité

<sup>28</sup> Association Elus Santé Publique et Territoires

<sup>29</sup> Direction Générale de la Santé

OMS : Investir dans la santé mentale. Organisation Mondiale de la Santé 2004

OMS : Santé Mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. Hésinki (Finlande) janvier 2005. OMS 2006 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912_1?language=French))

Roelandt JL, Caria A., Mondière G., La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête. L'Information Psychiatrique, 2000, vol 76, n°3 pp 279-292.

Roelandt JL, La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité. Rapport au Ministre de la Santé, 2001 ([i.ville.gouv.fr/divbib/doc/roelandt.pdf](http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/roelandt.pdf))

Roelandt JL, Desmons P.« Manuel de psychiatrie citoyenne – L'avenir d'une désillusion » Editions In Press, 2002

Roelandt JL – Rapport remis au Ministre de la Santé : La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité, 2002

Roelandt JL, « Où va la psychiatrie ? Je ne sais pas ... en tout cas elle y va ! » Santé Mentale au Québec, 2005, Vol. XXX, 1, p. 97 à 114

Roelandt JL, « Santé Mentale : relever des défis, trouver des solutions. Et en France ? » L'Information psychiatrique, avril 2006, Volume 82, n°4, p.343-347

Roelandt JL., 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](http://www.epsm-lille-metropole.fr) / Rubrique CCOMS

Roelandt JL., Daumerie N., Caria A., Eynaud M., Lazarus A., Changer la psychiatrie pour déstigmatiser... - Revue Santé Mentale, n°115, février 2007

Surault P., Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisation, discrimination. L'Information Psychiatrique 2005, Vol 81, n°4, avril 2005, p. 313-324

Tascon-Mennetrier C. (sous la coordination de), Villes, santé et développement durable. La documentation française – Paris 2007