



SYNTHESE

Introduite par Ségolène Neuville, Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées et de la lutte contre les exclusions, la journée d'étude internationale du CCOMS "Santé mentale en France et dans le monde : perspectives et innovation", a notamment permis aux quelques 300 personnes présentes de découvrir les réformes de la psychiatrie au Chili, en Italie, en Belgique et en France. Autant de politiques développées en cohérence avec les recommandations de l'OMS... Une journée particulièrement riche où certains mots-clés et idées se détachent : décroïsonner et intégrer, favoriser les échanges et l'empowerment, développer la formation, poursuivre la pair-aidance. Comme l'indiquait en conclusion Jean-Luc Roelandt, directeur du CCOMS : « Les dispositifs sont là, à nous de nous en emparer ! »

En préambule, Ségolène Neuville, Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées, a insisté sur la notion d'empowerment et le fait que rien ne peut se faire sans les personnes concernées. Elle note que, même si la psychiatrie de secteur est en train d'évoluer, la politique est toujours de minimiser les périodes d'hospitalisation. Elle souligne l'importance de la récente loi de santé et des conseils locaux de santé mentale.

Le Dr Shekhar Saxena, directeur du Département santé mentale de l'OMS, a rappelé qu'en 2010 au niveau mondial, la santé mentale représentait 10 % des maladies et que les personnes porteuses de troubles psychiques représentent un tiers des personnes handicapées. Pour les personnes concernées s'ajoutent aux troubles psychiques : un risque plus élevé de toxicomanie, de dépendances et de suicide, et des facteurs de risque importants de comorbidités. Il a ensuite rappelé le contenu et les objectifs du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS.

Denys Robiliard, député du Loir-et-Cher largement impliqué dans la rédaction des articles qui concernent la santé mentale de la récente loi de modernisation du système de santé (qui réaffirme la place du secteur de psychiatrie), a indiqué que la loi n'était pas tout dans une politique : « Certains psychiatres attendaient une grande loi sur la santé mentale, mais il n'y en aura pas ». « On avait besoin d'une organisation territoriale, une structure d'organisation des soins psychiatriques. » C'est l'enjeu du Projet territorial de santé, qui inclut l'ensemble des soins en santé mentale, le logement comme condition pour s'épanouir et la démocratie sanitaire.

Concernant l'isolement et la contention, la loi du 26 janvier 2016 a institué un régime juridique. « On sait que ces pratiques existent, qu'elles sont très utilisées dans certains établissements et pas du tout dans d'autres. Donc on devrait ne pas pouvoir les utiliser dans l'ensemble des services... ! » La loi a permis de poser que cela devait être une pratique de derniers recours. C'est une pratique pas toujours utilisée à des fins thérapeutiques : « ...nous avons en effet envisagé de dire dans la loi qu'il s'agirait de prescription, mais donc non, on parle désormais de décision. »

L'expérience chilienne

Alberto Minoletti, précédemment au ministère chilien de la santé, a présenté les deux plans nationaux de santé mentale ayant permis une réorientation de l'offre des hôpitaux psychiatriques vers les services communautaires. Au niveau national, la part du budget santé allouée à la santé mentale a été augmentée, de même que la part du budget santé mentale allouée aux services communautaires de santé mentale au détriment des services hospitaliers. Le budget de santé mentale a été majoritairement fléché vers les services ambulatoires (36 %) et les soins de santé primaire (26 %). Dans la même dynamique, le taux de consultations en santé mentale chez les médecins généralistes et le nombre de services ambulatoires a augmenté. En revanche, le nombre de places / lits en hôpitaux psychiatriques a diminué au profit des hôpitaux généraux et hôpitaux de jour. La répartition du budget consacré à la santé mentale est passée de 74 % pour l'hôpital psychiatrique et 26 % pour les services de santé mentale communautaire en 1990, à 79 % pour ces derniers et 21 % pour l'hôpital en 2012. La part des dépenses consacrée aux services communautaires (79%) se répartit comme suit : 36% pour les soins ambulatoires, 26 % pour les soins de santé primaires, 10 % pour des foyers, 7 % pour l'hôpital général.

Même tendance en Italie, en Belgique...

Roberto Mezzina, directeur du CCOMS de Trieste en Italie, a rappelé que Trieste est, depuis 30 ans, un site exemplaire, sans hôpital psychiatrique, avec des services de santé mentale sans exclusion, avec les portes ouvertes et sans contention. Les services présents à Trieste s'organisent autour de quatre centres communautaires de santé mentale, une unité d'urgence en hôpital général, un service de réhabilitation et de support résidentiel, deux centres de jour, des coopératives sociales, foyers, clubs, associations de familles et d'usagers.

En Belgique, c'est une nouvelle politique globale qui est mise en place depuis quelques années : elle est applicable à tout le pays et son implémentation est locale. Bernard Jacob, chef de projet et coordinateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale, a expliqué que la vision est d'avoir une santé mentale communautaire basée sur les besoins des gens et par sur ceux des institutions. Cinq types de ressources dans un territoire sont selon lui nécessaires pour offrir une réponse adaptée et centrée sur besoin des personnes : Activités de prévention et de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, et dépistage ; Equipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale ; Unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes de soins en santé mentale aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable (il ne s'agit donc pas de fermer les hôpitaux mais d'en transformer une partie en une offre communautaire) ; Formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible ; Équipes mobiles ou ambulatoires de traitement intensif, pour les situations de crise ET équipes mobiles ou ambulatoires pour les personnes qui nécessitent des suivis de longue durée. A ce jour, 1 058 lits ont été gelés. Cela a permis de créer 22 équipes mobiles ou ambulatoires de traitement intensif, pour les situations de crise (5 477 usagers) et 35 équipes mobiles ou ambulatoires pour les personnes qui nécessitent des suivis de longue durée (2 039 usagers).

France : le Projet territorial de santé mentale

Concernant la France, les enjeux de la réforme de 2016, tels que présentés par Christine Bronnec (DGOS) sont d'améliorer le dépistage et les délais de première consultation grâce notamment à une meilleure coordination entre les différents acteurs de la santé (psychiatrie, médecine générale, médecine scolaire...); de favoriser l'insertion par une politique de désinstitutionalisation et d'améliorer le taux d'insertion des personnes souffrant de maladie mentale; de réduire les inégalités territoriales.

Les valeurs et objectifs du Projet territorial de santé mentale sont : Conserver les acquis de la politique de secteur : accessibilité, continuité et proximité ; Garantir l'égal accès aux services grâce à la mise en place d'un panier de services commun comprenant les aspects sanitaire, prévention et insertion ; Organiser les projets sur les savoirs acquis : les pratiques et l'initiative professionnelle sont au cœur de la réforme ; Organiser la démocratie sanitaire ; Impliquer et responsabiliser

l'ensemble des acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux et élus concernés par la santé mentale ; Appuyer le rôle des conseils locaux de santé mentale.

Empowerment & rétablissement

Les notions d'empowerment et de rétablissement sont omniprésentes dans le Plan d'action de l'OMS pour la santé mentale et les réformes de la psychiatrie évoquées lors de cette journée du 17 mars 2016. Dans ce cadre, Shekhar Saxena (OMS) a présenté le programme QualityRights qui vise à lutter contre les conditions inhumaines et dégradantes dans les services, la violence et la maltraitance, le déni du droit à exercer sa capacité juridique et à prendre des décisions soi-même, la discrimination dans l'éducation, l'emploi, l'aide sociale et le logement, le déni des droits civils et politiques. Autre moment fort de cette journée : les témoignages de Guylaine Cloutier et Philippe Maugiron, médiateurs de santé pair au Québec et en France. Le pair aidant est un membre du personnel qui, dans le cadre de son travail, divulgue qu'il vit ou qu'il a vécu un trouble mental. Le partage de son vécu et l'utilisation de son histoire de rétablissement ont pour buts d'insuffler l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'être une source de motivation et d'inspiration, de soutenir et d'informer les personnes vivant des situations similaires à celles qu'il a vécues. Rappelons que ce dispositif a été expérimenté en France par le CCOMS depuis 2012.

Vu de Grande-Bretagne, David Crepaz-Keay de la Mental Health Foundation précise que l'empowerment se conçoit à différents niveaux : individuel (self management, pair aidants), organisationnel (participation classique, co-production), communautaire et stratégique. Ce dernier niveau correspond à l'échelle nationale et internationale, avec par exemple les indicateurs de l'OMS.

Associations

Du côté des associations d'usagers, Guadalupe Morales, vice-présidente d'ENUSP, a présenté un programme d'actions construit avec les parents d'élèves à destination des enseignants afin de détecter des premiers signes de troubles mentaux. Elle a ensuite insisté sur le fait que les usagers ayant des problématiques de santé mentale doivent faire entendre leur voix, ils sont actuellement trop gouvernés par les politiques.

Aagje Leven, secrétaire générale d'EUFAMI, a quant à elle rappelé que « *L'expertise et l'expérience des usagers et des familles doivent être considérées dans les politiques* », avant de présenter les résultats d'une enquête de 2014 sur les expériences des aidants familiaux de personnes atteintes de maladie psychique grave, qui soulève les problèmes de santé somatique des aidants.

Laurent El Ghazi, président de l'association Elus Santé Publique et Territoires, a insisté sur le rôle des élus locaux, qui à travers le conseil local de santé mentale, peuvent organiser la coordination et la concertation entre élus locaux, psychiatrie publique, professionnels de santé, acteurs sociaux, usagers, aidants et tous les acteurs locaux concernés.

Enfin, Ionela Petrea, de l'Institut Trimbos (CCOMS), Pays-Bas, a présenté le contexte européen de la santé mentale : s'il n'y a pas de politique de santé mentale européenne, il existe un livre vert et un plan d'actions européen pour la santé mentale publiés en 2005. En 2008, une conférence européenne sur la santé mentale a débouché sur la création du Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Ce pacte identifie cinq domaines prioritaires : prévention de la dépression et du suicide ; la santé mentale chez les jeunes et dans le système éducatif ; la santé mentale sur le lieu de travail ; la santé mentale des personnes âgées ; la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale.

Sous le Haut patronage de :



GCS POUR LA RECHERCHE
ET LA FORMATION
EN SANTE MENTALE



Inserm
Institut national
de la santé et de la recherche médicale

eceve
épidémiologie clinique
évaluation économique
populations vulnérables

