



Réinsertion : l'expérience italienne

Photo du Dr Marsili

Dr Massimo MARSILI (Centre de Santé Mentale Domio, Trieste, Italie)

Le Dr Marsili, diplômé en Psychiatrie à l'Université de Vérone en 1978, et un «homme de terrain». Il s'est engagé d'emblée aux côtés du Dr Basaglia dans une réflexion dynamique sur la désinstitutionnalisation et la mise en place de nouvelles structures de santé mentale dans la province de Trieste. Il dirige aujourd'hui le Centre de Santé Mentale Domio à Trieste, correspondant à un secteur d'activité de 65 000 habitants. Son activité de « pionnier » l'amène régulièrement à participer à l'élaboration de nouveaux projets de santé mentale à l'échelle européenne.

**Le malade, non la maladie,
est au centre des préoccupations.**

**Le réseau est multidisciplinaire,
ses modalités d'intervention
sont flexibles.**

**Présence et action sont disponibles
24 heures sur 24.**

**Le système met en cohérence les actions
thérapeutique et sociale.**

Considéré comme un expérience pilote en Italie, le réseau territorial de services de santé mentale de Trieste est le fruit d'un développement innovateur conduit à partir de 1971, dans un contexte de réformes sociales et législatives importantes. Sous l'impulsion du Dr Franco Basaglia, l'archaïque hôpital psychiatrique centralisateur et aliénant a progressivement laissé la place à un réseau de services alternatifs répartis sur le territoire. Ses objectifs sont le maintien des patients au sein de leur tissu social d'origine et la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés, fondés sur la réhabilitation et l'émancipation des patients. Cette évolution s'est faite par le déplacement des équilibres et par des aménagements administratifs institutionnels. Elle est passée par la création d'un certain nombre d'instruments, notamment le statut de «l'hôte» pour les personnes résidant à l'hôpital psychiatrique dans l'attente d'un hébergement externe et les résidences de groupes (appartements) intégrées dans la ville, pour les patients handicapés par une hospitalisation prolongée. Ont été créées aussi des coopératives de travail qui, en allant au-delà de l'ergothérapie traditionnelle, œuvrent pour la formation professionnelle et l'émancipation sociale. Au cours de cette transformation, il est apparu que l'un des obstacles majeurs n'est pas la maladie elle-même, mais le statut juridique du malade, alors interné. Cette dimension est devenue l'un des axes majeurs du travail du réseau territorial. Le remplacement progressif du recours à l'hospitalisation psychiatrique par le déploiement de Centres de Santé Mentale ouverts en permanence s'est conclu, en 1980, par la fermeture de la dernière unité d'hospitalisation.



Le réseau de soins de Trieste en quelques chiffres

En 1999, environ 3 000 personnes ont eu recours au réseau de soins de Trieste, soit 1,2 % de la population générale, dont 430 ont été accueillies dans les centres de nuit. Il y a eu 31 soins sous contrainte, pour 17 patients, ce qui représente une diminution très importante des besoins en lits d'hospitalisation par rapport à la situation antérieure.

Désinstitutionnalisation : la nécessité de nouvelles structures

Le travail quotidien sur le terrain a montré que la capacité à affronter les problèmes posés dans le domaine de la santé mentale est en relation directe avec la disponibilité des moyens sur tout le territoire, ce qui implique le déplacement du cadre des soins vers tous les endroits où vivent les personnes concernées. Cette désinstitutionnalisation s'appuie sur la création de plusieurs types de structures dont les principales sont les centres de santé mentale, les coopératives sociales, les hébergements protégés. S'y ajoutent les actions de prévention, d'information et de soutien. De cette façon, sont mis au point des projets thérapeutiques et de réhabilitation sociale personnalisés, qui sont élaborés au fur et à mesure de l'évolution des besoins et des possibilités de chaque usager.

Les soins sont dispensés selon des programmes élaborés en commun. Actuellement, un accent particulier est mis

sur le programme de continuité de soins pour les «pathologies de haute priorité», c'est-à-dire les psychoses notamment schizophréniques. Le but est de toujours prendre en charge les problèmes les plus graves, pour que ces sujets puissent jouir de leurs droits et vivre dans la société. Le plus difficile dans ces cas est d'arriver à un consensus de traitement et souvent à une implication des familles.

Le personnel du réseau se compose de 27 psychiatres, 10 assistantes sociales, 6 psychologues, 170 infirmiers et 10 thérapeutes sociaux.

Les Centres de Santé Mentale

Les centres de Santé Mentale, répartis sur tout le territoire, constituent la structure principale et le moteur du réseau. Chaque centre dispose d'une équipe multidisciplinaire qui met en commun leurs compétences.

Lorsqu'un patient se présente, un parcours thérapeutique est immédiatement élaboré, dont la nature et l'importance sont adaptées aux besoins particuliers qu'il a exprimés. En allant à la rencontre des patients dans leurs milieux de vie, tout le personnel peut appréhender le contexte social et familial. Ainsi, les soignants deviennent des acteurs sociaux en mesure de proposer des actions thérapeutiques qui agissent tant au niveau de la personne que de son environnement. Les outils thérapeutiques et sociaux sont aussi bien la chimiothérapie que la psychothérapie individuelle et familiale, le soutien éco-

nomique et social, la formation professionnelle et l'insertion par le travail.

Chaque centre, ouvert 24 heures sur 24, assure des fonctions multiples qui lui permettent d'organiser autant les soins aigus que les parcours individualisés à long terme. Il dispose de huit lits pour l'hébergement ou le traitement médicamenteux des personnes en état de crise. Il comporte des espaces pour organiser les soins ambulatoires, fonctionner comme hôpital de jour et offrir des espaces de socialisation aux usagers. En outre, à Trieste, un centre de femmes offre des activités particulières de prévention et de traitement des risques spécifiques liés à la condition féminine.

Les coopératives sociales

La formation et l'intégration au travail sont d'une importance majeure dans le parcours d'intégration sociale des usagers de soins. Au-delà de la récupération ou du développement d'un savoir-faire, la réalisation d'une expérience concrète du travail permet de développer des compétences réelles. Les coopératives sociales se sont formées en mettant en place des systèmes d'incitations économiques et d'insertion progressive dans le marché du travail. Elles sont une ressource du Département de Santé Mentale et font partie de l'ensemble des services offerts. Elles permettent la mise en place d'un fil conducteur dynamique mettant en relation le traitement, la réhabilitation, la formation et l'intégration sociale. De plus, les besoins d'expression et de socialisation étant des composantes fondamentales de la santé mentale, des unités de production artistique et artisanale ont été créées. Avec la collaboration d'artistes, d'artisans et de gens de culture, des usagers travailleurs de l'art trouvent ainsi une reconnaissance et une valorisation sociales.

«La discipline psychiatrique est contradictoire : le mandat social qui la fonde oscille constamment entre le besoin de traitement du sujet et celui de protection de la société contre ses comportements.»

Les hébergements protégés

Pour résoudre le problème de la difficile intégration sociale des sujets souffrant de troubles mentaux chroniques stabilisés et des possibilités sociales réduites, certaines unités de l'ancien hôpital de Trieste ont d'abord été transformées en résidences. Dans un second temps, des appartements en ville ont été dévolus au logement de patients provenant de l'hôpital et de ceux n'ayant aucun passé institutionnel psychiatrique. Ces appartements regroupés accueillent entre trois et dix personnes chacun, et des intervenants apportent un soutien pour l'organisation de la vie quotidienne pendant la journée, adapté aux besoins exprimés par les usagers. Seuls quelques groupes d'appartements nécessitent la présence d'un intervenant durant la nuit.

Les actions de prévention, d'information et de soutien

Une collaboration étroite a été établie entre l'administration pénitentiaire et le Département de Santé Mentale, s'inscrivant dans la révision de l'image de dangerosité des patients et la restitution de leurs droits civils de liberté et responsabilité. Un service permanent de consultation évite la perte du contact thérapeutique avec les patients commettant des délits, et permet d'intervenir lorsque des sujets incarcérés présentent des troubles mentaux. Le travail en commun a débouché sur la mise en place de programmes alternatifs à la détention pour les patients atteints de troubles mentaux graves.

Une action de prévention au sein de la population est fondamentale pour faire évoluer les représentations et les croyances à l'égard de la maladie mentale. Elle est conduite en fournissant les informations appropriées dans les écoles, les organismes communautaires, auprès des médecins généralistes, des employeurs potentiels et des différents médias d'information destinés au grand public.

La famille joue également un rôle très important dans le maintien de la santé mentale. Pour aider activement les familles concernées, le Département de Santé Mentale a mis au point un programme de soutien spécifique à l'hébergement d'un patient ayant un trouble mental sévère, afin de réduire le stress lié à cette cohabitation. Des informations sur la nature et les caractéristiques des symptômes de la maladie sont fournies, et un réseau de soutien mutuel entre les familles fonctionne de façon efficace.

La limitation des moyens financiers dont dispose le Département de Santé Mentale a conduit à une reconversion des attributions d'origine et à l'invention de nouveaux instruments dans ce domaine. L'argent directement versé au patient pour sa subsistance et l'octroi de bourses de travail et de formation professionnelle permettent de répondre à ses

«Les stéréotypes fixant l'image et le rôle du malade mental dans la représentation collective sont des obstacles majeurs à l'accès aux ressources thérapeutiques et aux processus d'émancipation.»

besoins réels. Cette stratégie permet non seulement d'atteindre l'objectif d'intégration des patients au marché du travail, mais également de générer une véritable plus-value sociale. Le coût du réseau de la région de Trieste représente actuellement environ 5,5 % des dépenses sanitaires de la province.

L'organisation des services

Le cadre organisationnel des services, pour aller au mieux au-devant des besoins des usagers, doit en premier lieu permettre un accès sans restriction et sans préjudice. Sur le plan administratif, cette attitude demande de réduire au strict minimum les formalités d'accès aux services, d'instaurer un accès direct, sans liste d'attente, et une dispense des frais pour la personne.

La multiplicité et la grande différenciation des structures et des fonctions font courir un grand risque de dispersion. Il est donc prioritaire de garantir la cohérence entre les diverses composantes du réseau. Les temps de travail

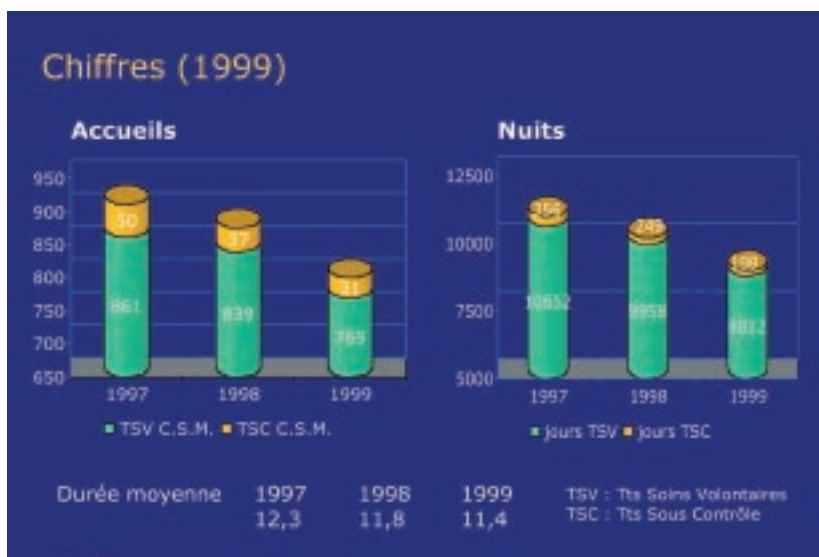
collectif et de réflexion commune doivent être particulièrement investis par tous. Ils portent autant sur la discussion de cas simples ou complexes que sur les échanges concernant l'organisation du Département de Santé Mentale.

Les réunions de praticiens constituent la trame de l'organisation des services. Reconnues par tous comme une norme, elles ont pour fonction de statuer sur les stratégies à adopter pour conduire les opérations cliniques. La réunion quotidienne de tous les praticiens du Centre de Santé Mentale est le temps le plus important de la pratique : c'est là que sont débattues et décidées les actions collectives. La réunion hebdomadaire du Département de Santé Mentale est ouverte à tous les praticiens pour discuter des questions générales concernant son fonctionnement. Les réunions du personnel pour coordonner les actions permettent à des groupes de travail de préciser des objectifs concernant le service dans lequel ils sont impliqués.

L'évaluation des pratiques

L'analyse des prestations fournies aux usagers est très difficile dans le domaine de la santé mentale. Mais il est important de donner des garanties sur la qualité de ces prestations et sur leur adéquation aux besoins exprimés par les patients. Malgré la difficulté d'enregistrer et de codifier les multiples prestations, un système informatisé d'observation et de surveillance a été mis en place. De cette façon, des indicateurs significatifs des actions sont progressivement précisés. Cette approche prend en compte l'étendue des variables cognitives, affectives, relationnelles et matérielles qui interagissent en permanence entre elles, et la difficulté d'établir avec précision des relations de causalité directe. De même, il est tenu compte de la difficulté à comparer des interventions psychosociales non définies par un cadre d'intervention rigide mais adaptées au cas par cas.

Un apport majeur de ces pratiques régulières d'évaluation, auxquelles tous les praticiens doivent se soumettre, est de représenter un engagement de qualité à l'égard des usagers. Par ailleurs et à partir de ces données, une commis-



sion d'amélioration continue de la qualité évaluée et coordonnée des projets annuels d'amélioration.

Des objectifs prioritaires pour une stratégie d'action collective

Après un quart de siècle de reconversion de l'institution et d'évolution de la psychiatrie, l'expérience italienne permet de dégager des principes essentiels pour la réinsertion ou le maintien de l'insertion sociale des personnes affectées de troubles mentaux. La stratégie d'action collective pour la santé communautaire, telle qu'elle est conduite en Italie, s'appuie sur des axes de changement, ou « passages », pour la transformation de la psychiatrie. Ils peuvent se poser en plusieurs points :

- le déplacement du cadre d'intervention thérapeutique de l'hôpital psychiatrique vers la communauté sociale ;
- le déplacement du centre d'intérêt des praticiens de la maladie vers la personne elle-même et ses handicaps sociaux ;
- l'abandon de l'action individuelle en faveur d'une action collective, fondée sur la lutte des personnes pour la reconnaissance de leurs droits, ce qui nécessite la mise en place de certaines conditions ;

- l'élargissement des compétences des équipes, qui sont mises en commun dans une perspective multidisciplinaire ;
- la valorisation et la reconnaissance des possibilités d'aide mutuelle qui sont à la portée des patients ;
- la valorisation et la reconnaissance des ressources apportées par les familles des patients ;
- l'éducation de la population pour faire évoluer les représentations sociales de la maladie mentale, notamment abandonner l'image de dangerosité ;
- la valorisation et la reconnaissance de l'apport majeur des intervenants non professionnels de la santé mentale ;
- la reconsidération de la valeur relative de l'efficacité des thérapies biologiques et des psychothérapies orthodoxes. (Intégrées dans la stratégie globale des actions thérapeutiques, elles ne doivent pas servir de support à des cadres conceptuels rigides et restreints, mais, au contraire, être utilisées selon le principe du maintien d'une action simultanée sur plusieurs plans) ;
- la valeur donnée aux formes de solidarité active manifestée par les groupes sociaux sensibles à la santé mentale et disposés à répondre aux besoins des personnes, ainsi que par les institutions locales ouvertes aux questions sociales ;

- la suppression du recours à la contention physique, qui implique de fournir un effort continu de prise de responsabilité, de confrontation à l'épuisement face à la souffrance et aux raisons du patient ;
- l'instauration d'une dimension territoriale de l'action collective, nécessitant la construction d'une référence théorique et organisée pour la population concernée qui assume ses responsabilités à l'égard de ses membres par des actions collectives ;
- la dimension pratique et humanitaire de l'action communautaire, basée sur la haute valeur thérapeutique de l'entraide et de la réciprocité ;
- l'établissement d'un système de droits juridiques et administratifs spécifiquement adaptés à la défense des droits des patients ;
- la promotion des politiques sociales en faveur des sujets vulnérables, notamment dans les domaines du logement, du travail, de la formation professionnelle et de la qualité de vie ;
- la recherche d'accords de collaboration avec les diverses institutions locales.

De nouvelles priorités

Le réseau de Trieste, dans le souci de son amélioration continue, porte actuellement son attention particulièrement sur deux points considérés encore comme « faibles ». En premier lieu, il convient d'améliorer la coordination en pédopsychiatrie, où les différents services œuvrent encore de façon trop indépendante. L'autre priorité est le développement d'une meilleure collaboration avec les services de santé ambulatoires (consultations du district sanitaire, spécialistes, soins à domicile).