

# **Santé mentale territoriale**

## **Trieste, 11 – 15 juin 2001**

Compte rendu de la formation

**Simonetta Di Girolamo**

Psychologue

Animatrice Atelier du Non-Faire

EPS Maison Blanche

# **« Le Département de Santé Mentale (DSM) et l'organisation d'entreprise. Finalités, structures opérationnelles, activités et programmes. »**

**Giuseppe Dell'Acqua**  
Responsable du DSM de Trieste

## **AVANT PROPOS :**

Quand on aborde la problématique du changement tout le monde s'attend à ce qu'on s'occupe immédiatement d'organisation. A vrai dire l'organisation serait la dernière question qui émerge automatiquement comme conséquence d'un parcours qui évoque des sujets d'ordre éthique, politique, historique, social, économique. Sans un travail de critique, de réflexion, de remise en question, d'élaboration d'objectifs, finalités, priorités, orientations, toute tentative d'organisation est vouée à l'échec. L'organisation actuelle du dispositif de soins du DSM de Trieste n'est que le résultat original d'un parcours de changement commencé par Franco Basaglia et son équipe, à l'asile « San Giovanni » il y a 30 ans.

C'est un résultat original dans le sens que l'aspect organisationnel est confronté et doit forcément prendre en compte la réalité locale avec ses possibilités et opportunités sociales historiques et politiques et, pour ces raisons, ne peut jamais se reproduire identique dans des contextes différents.

Au contraire le corpus d'idées et de théories qui est à la base de ce processus de changement peut être partagé dans des formes diverses d'organisation possible.

# **Le DSM<sup>1</sup> (Département de Santé Mentale) de Trieste**

Le DSM est la structure opérationnelle de l'ASS qui s'occupe de la prévention, du diagnostic, des soins, de la réhabilitation en matière de psychiatrie et de l'organisation des interventions visant à promouvoir la santé mentale des citoyens.

## **La tâche institutionnelle**

Le DSM doit opérer pour éliminer toutes formes de discrimination, stigmatisation, exclusion des personnes atteintes de troubles mentaux et participer à promouvoir activement les pleins et complets droits de citoyenneté.

Le département doit ainsi garantir que les services pour la santé mentale opérants dans l'ASS constituent un complexe organisationnel unique et cohérent, visant à éviter toute fragmentation et manque d'action, assurant la stricte coordination entre services et le strict lien avec les autres services de l'ASS, gardant une attention particulière pour les services du district, privilégiant le relais avec la communauté et ses institutions.

---

<sup>1</sup> Le DSM est l'ensemble de tous les services pour la prévention, la cure et la réhabilitation en Santé Mentale dans un territoire défini. Il fait partie de l'ASS (Entreprise pour les Services Sanitaires) ou ASL (Entreprise Sanitaire Locale) qui rassemble tous les services de santé publiques sur un territoire précis. Le terme AZIENDA (entreprise) a été introduit récemment pour souligner une nouvelle modalité de gestion interne du dispositif, inspirée du management privé. Avant 1994 le même dispositif territorial, institué par la réforme sanitaire du 22 décembre 1978 (loi n° 833, anticipée par la n° 118 de '71 qui instituait les unités territoriales de réhabilitation) s'appelait USL= Unité Sanitaire Locale.

# L' A.S.S. n°1 triestina



L'A.S.S. (Azienda per i Servizi Sanitari) opère sur le territoire avec une articulation organisationnelle départementale et par districts.

Elle est répartie en 4 districts :

- District n° 1 : 63.856 habitants
- District n° 2 : 58.244 habitants
- District n° 3 : 65.942 habitants
- District n° 4 : 60.868 habitants

## **LES COMPETENCES DU D.S.M.**

(Réglementation approuvée par délibération du Directeur Général de l'ASS, le 28/12/95)

Le DSM doit soigner les rapports avec la Direction Générale de l'ASS, garantir la nécessaire coordination entre ses différentes unités opérationnelles et le relais de ces dernières avec d'autres structures fonctionnellement connexes. Il doit assurer l'intégration avec les organismes publics ou privés qui ont un champ d'action contigu. Il doit donc :

- Assurer que l'activité des Unités Opérationnelles se déroule dans le respect des orientations et des objectifs fixés par le planning annuel de l'ASS.
- Gérer les ressources accordées par le Directeur Général de l'ASS.
- Vérifier le respect des normes administratives - comptables, y compris les dossiers du personnel et des usagers.
- Contrôler les modalités de gestion des Unités Opérationnelles en ce qui concerne les ressources et le budget attribués au département.
- Organiser et gérer un système d'information basé sur les flux de données provenant de chaque Unité Opérationnelle, en liaison avec le système informatif de « l'entreprise » et de la région.
- Dérouler des activités de programmation et vérification de qualité.
- Dérouler des activités de recherche en liaison et avec le support du centre d'études régional et garantir la formation continue du personnel.
- Dérouler des activités d'information, communication et éducation sanitaire notamment sur les thèmes de la santé mentale.
- Contrôler qu'il y ait une correspondance entre l'activité réellement réalisée et celle établie par contrat avec les services externes publics et privés travaillant ponctuellement ou durablement pour le DSM.

Avant d'aborder l'analyse et la description de l'articulation organisationnelle du DSM de Trieste, il est nécessaire de mentionner brièvement les changements institutionnels des dernières 30 années. Ces changements ont en fait orienté la culture et la politique qui en justifient aujourd'hui les choix fondamentaux.

## Ces derniers 30 ans

En août 1971 Franco Basaglia assume la direction de l'hôpital psychiatrique de Trieste. Il vient de Gorizia, une ville où il a déjà mis en place des moments d'expérimentation avec l'ouverture des portes et l'activation de la communauté thérapeutique. A son arrivée les personnes hospitalisées à l'HP de Trieste sont 1 183 ; le *turn over* annuel est de 2 500 patients, 90 % c'est des hospitalisations forcées (placements d'office).

Pendant les 5 premières années, l'administration provinciale, dirigée par un fonctionnaire de la Démocratie Chrétienne, soutient avec conviction le programme de Basaglia, gère et négocie les positions contraires des partis de l'opposition et certains secteurs de l'opinion publique qui ne partagent pas l'idée du changement. L'ouverture de l'hôpital psychiatrique représente un geste de rupture et manifeste dans les faits l'intention d'un travail radical de désinstitutionnalisation. Les ressources à disposition sont utilisées dans des formes nouvelles, non institutionnalisées.

Les résistances sont très fortes : la ville est clivée. Les opinions favorables ou contraires à « l'ouverture » divisent autant les conservateurs que les progressistes, les laïques et les catholiques, les partis du gouvernement et ceux de l'opposition. La situation, si contradictoire, n'empêche pas que l'hôpital San Giovanni devienne un grand laboratoire, un chantier ouvert.

Entre '71 et la fin de '75 l'hôpital est investi d'un grand processus de changement interne : ouverture progressive des pavillons; redéfinition des espaces internes; constitution de groupes de travail qui rassemblent médecins, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, bénévoles italiens et étrangers, en dehors des formes hiérarchiques d'organisation du travail ; mise en route de certaines formes de participation de patients et citoyens; critique du « rôle »; activités de formation des infirmiers; organisation de groupes de cohabitation entre patients (*gruppi appartamento*). Beaucoup d'internés, bien qu'ils continuent de vivre dans l'hôpital, dans des groupes de cohabitation, sont formellement relâchés. Ils seront appelés *hòtes*. On souligne ainsi qu'ils ont besoin non pas de l'hôpital, mais plutôt de programmes de soutien et d'insertion sociale.

En février 1973, d'un profond travail de critique de l'ergothérapie et de l'investissement des internés/travailleurs dans les assemblées générales, naît la première coopérative de patients. 60 personnes s'y retrouvent associées : employés des travaux de nettoyage des pavillons, des cuisines, du parc. Une grève anticipe le contrat de la coopérative qui vient de se constituer. On est en 1972, à ce contrat et à cette coopérative feront suite d'abord les *coopératives finalisées* et après les *coopératives sociales*.

Des ateliers de peinture, sculpture, théâtre voient le jour. On assiste à la naissance de Marco Cavallo, le grand cheval bleu, en bois et papier mâché, symbole de liberté et d'émancipation.

Commencent à prendre forme quelques unes des modalités opérationnelles qui caractériseront la future organisation départementale : à partir de 1972 les patients sont regroupés par provenance territoriale (et non plus par diagnostic) sur la base d'une répartition de la zone urbaine et provinciale en 5 zones (qui correspondent aujourd'hui aux 4 districts sanitaires), le personnel est divisé aussi en 5 groupes. Commence le travail d'équipe sur le territoire, qui a comme objectif la sortie et le soutien à domicile du patient, la prise en charge des nouveaux cas, la recherche d'un rapport opérationnel avec les institutions et les citoyens dans la zone de référence.

En 1975 s'ouvre le premier Centre de Santé Mentale, à l'avance par rapport à la loi de '78, avec une réglementation fragmentaire et des références législatives peu solides (loi « Mariotti » 431, de 1968). Pour valider leur statut normatif les premiers centres de santé mentale se réfèrent aux centres d'hygiène mentale introduits par cette loi. La nouvelle loi introduisait deux éléments très importants et utiles pour la « révolution psychiatrique » : la possibilité de l'hospitalisation volontaire à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques et la rationalisation des structures hospitalières (les hôpitaux auraient dû avoir au maximum 600 lits, être répartis en divisions de pas plus de 100 lits ; ils auraient dû aussi mettre en place une politique de gestion sur le modèle de l'hôpital général.)

En 1975 les patients hospitalisés sont 847, un tiers ayant déjà trouvé une collocation à l'extérieur de l'HP.

Aucun transfert a lieu vers d'autres institutions.

L'organisation de l'hôpital psychiatrique est encore active quand on commence à mettre en place les premiers services territoriaux. C'est le moment le plus délicat du processus de transformation : deux modèles organisationnels et en conflit entre eux, deux modalités de dépense, deux orientations pour la gestion des infirmiers cohabitent. Le risque c'est le blocage. Ce passage « charnière » est surmonté à travers le choix radical d'investissement du territoire, avec le développement et le renforcement progressif des Centres de Santé Mentale ouverts 24 h / 24 h.

En 1977 les personnes hospitalisées sont 340, les hospitalisations forcées sont 33, les hospitalisations libres sont 44, les hôtes 263. On active un service 24 h sur 24h auprès des urgences de l'hôpital général (en 1980 ce service se transforme en SPDC<sup>2</sup>, suivant la loi 180/78 – 833/78).

A partir de 1980 on développe un travail de qualification et insertion professionnelle à travers la diffusion et la requalification des coopératives.

Dans chaque zone se constituent des groupes résidentiels.

En mai 1978 la loi 180 est approuvée.

En 1980 l'administration provinciale de Trieste déclare la cessation des fonctions de l'hôpital psychiatrique.

---

<sup>2</sup> Service Psychiatrique de Diagnostic et Cure

Dans la même année, Franco Basaglia, qui avait déjà quitté Trieste pour assumer la charge de coordinateur des programmes de santé mentale de la région Lazio, meurt.

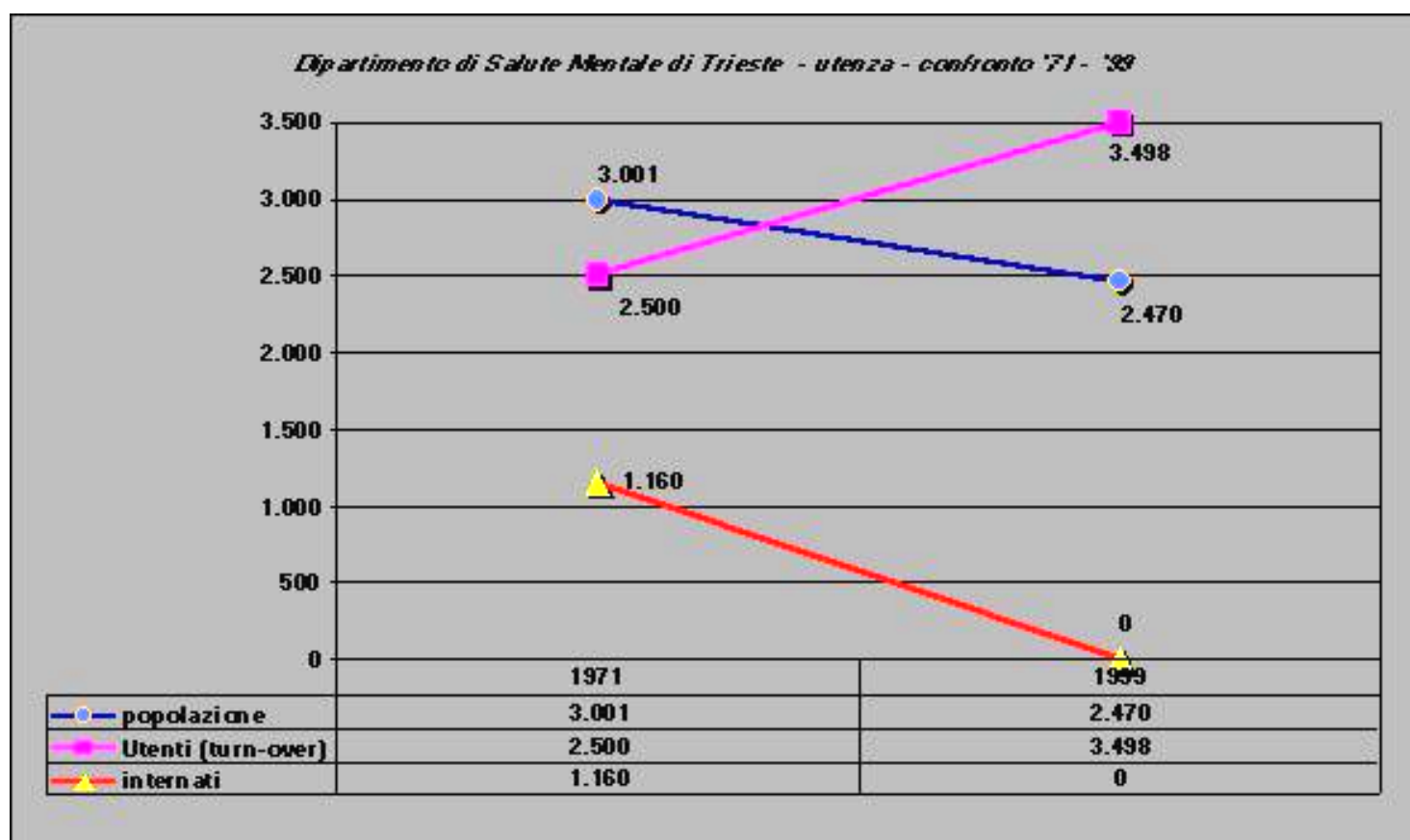
En 1981 on constitue le Département de Santé Mentale, dont la direction est assumée par Franco Rotelli.

Aujourd'hui le « comprensorio di San Giovanni » (siège de l'ancien hôpital psychiatrique) héberge diverses structures résidentielles (9 maisons avec 60 personnes environ), le siège de la direction du DSM, le siège d'un district, du département de prévention, du département des dépendances (serT et alcoologie), des ateliers, des bureaux et des usines des coopératives, des facultés de l'Université de Trieste, l'Institut Nautique International, l'Institut Professionnel de langue slovène.

L'organisation actuelle du DSM est donc complètement « autre » que celle de l'hôpital psychiatrique d'il y a 30 ans. Une confrontation par le biais de quelques grands indicateurs montre en une image de synthèse la profondeur d'un difficile autant que complexe processus de changement.

## DSM de Trieste Les usagers : confrontation '71 – '99

Le bassin d'usagers de l'hôpital psychiatrique en 1971 était de 310 000 habitants. En 1999, la population étant diminuée, les habitants qui constituent le bassin d'usagers du DSM sont un peu moins que 250 000. Malgré cela, le *turn over*, c'est-à-dire le nombre de personnes qui ont eu en 1999 au moins un contact avec les services de santé mentale est supérieur à 3 500. En 1971 le *turn over* de l'hôpital psychiatrique était d'un peu plus que 2 500 unités par an.



- Population
- Usagers (turn over)
- ▲— Internés

En 1999 (mais déjà 15 ans avant) le nombre de personnes hospitalisées est réduit à 0.  
Le 31-12-1971 ils étaient 1 160

## DSM de Trieste Les ressources '71 – '98

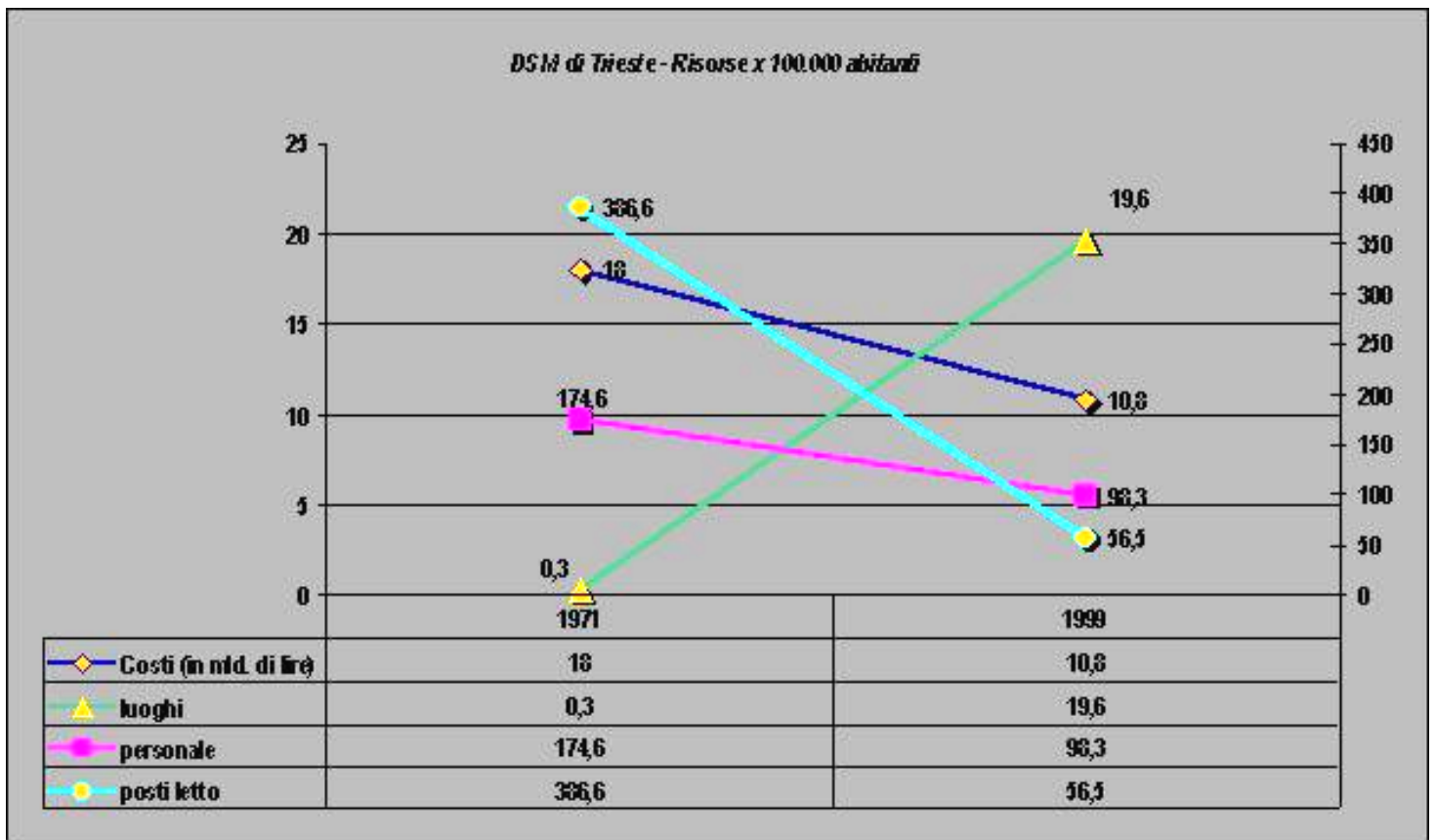


- ◆— Dépense (en milliards de lires italiennes<sup>3</sup>)
- Lieux
- ◆— Personnel
- Lits

Les coûts de l'assistance psychiatrique ont diminué de la moitié dans ces derniers 30 ans : selon le bilan de 1971, l'HP coûtait à l'administration provinciale plus que 5 milliards de l'époque, c'est-à-dire environ 55 milliards actuels. Au contraire, selon le bilan de 1999, le DSM a coûté un peu moins que 27,5 milliards.

<sup>3</sup> 1 Franc français = 300 lires italiennes environ ; 1 Euro = 2 000 lires italiennes environ

## DSM de Trieste Ressources x 100 000 habitants

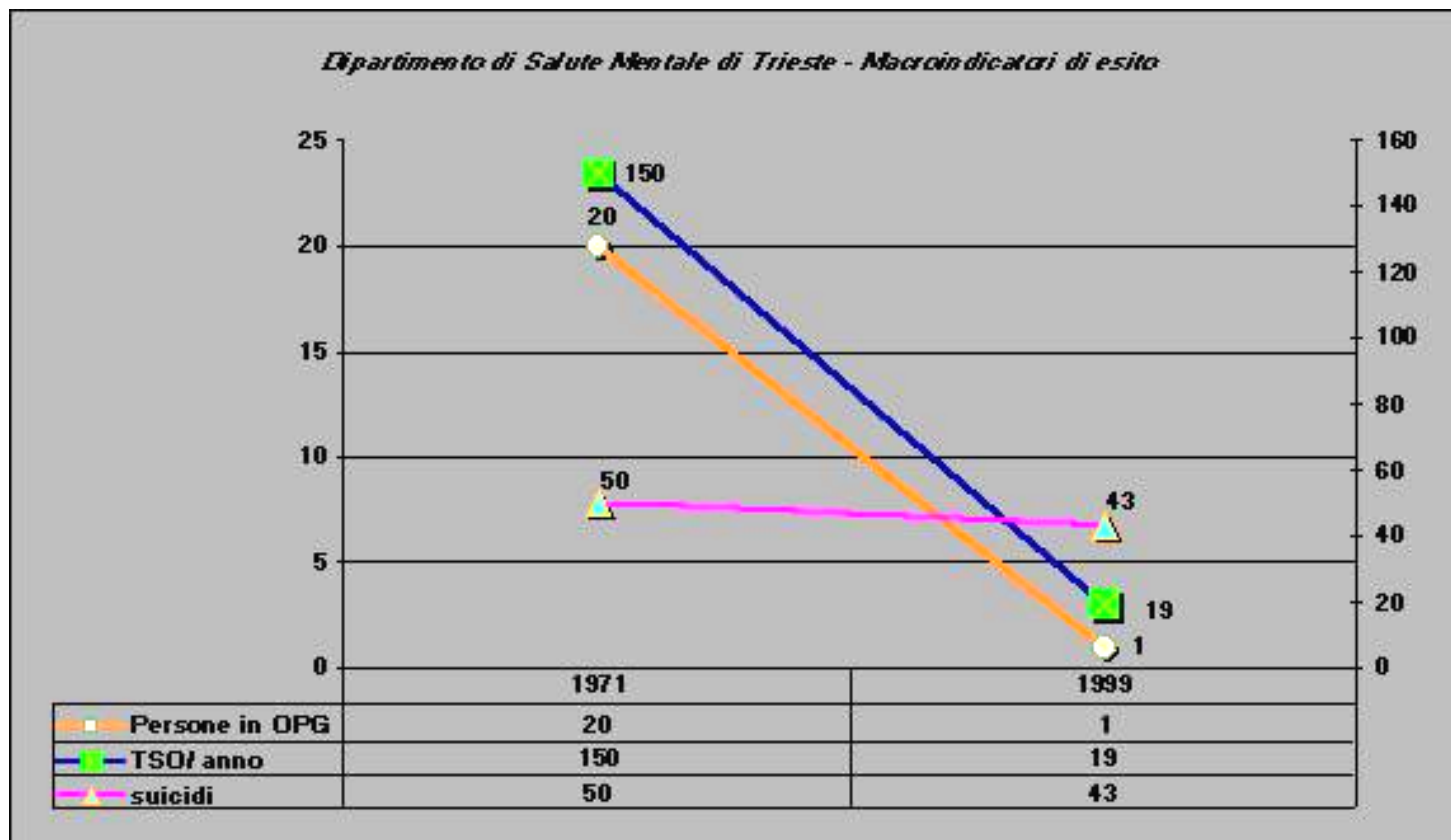


- ◆— Dépense (en milliards de lires italiennes)
- ▲— Lieux
- Personnel
- Lits

- Par conséquent on assiste à une réduction du personnel employé : on passe d'un nombre de 524 en 1971 à 245 en 1999. A ces 245 professionnels (tout compris), employés de l'ASS, il faut en ajouter encore environ 25 (accompagnateurs, éducateurs...), associés des coopératives sociales qui gèrent les programmes résidentiels de réhabilitation.
- Les lits qui étaient 1 160 (places dans l'hôpital) en 1971, sont devenus 140, variablement distribués sur le territoire, avec des fonctions différentes : 90 places résidentielles à différents niveaux de protection, 8 lits pour chaque CSM (un CSM par district, donc 32 lits au total), 4 lits territoriaux de la Clinique Psychiatrique, 8 lits dans l'SPDC. La Clinique Psychiatrique dispose encore de 10 lits pour ses activités didactiques et de recherche.
- On fait appel au privé de façon très réduite ( en 1998, 80 habitants de Trieste, équivalant au 2 % des usagers se sont adressés à des Cliniques Psychiatriques hors de la région).
- Enfin, au lieu d'un seul lieu de soin, l'asile, on peut compter aujourd'hui presque 50 différents lieux avec des fonctions diversifiées.

Face à ces grands indicateurs de ressources et de population, trois grands indicateurs qu'on pourrait définir de réussite expliquent certains résultats et balayent certains préjugés et lieux communs qui se sont sédimenté autour de l'idée de la fermeture de l'HP.

## DSM de Trieste Macro-indicateurs de réussite



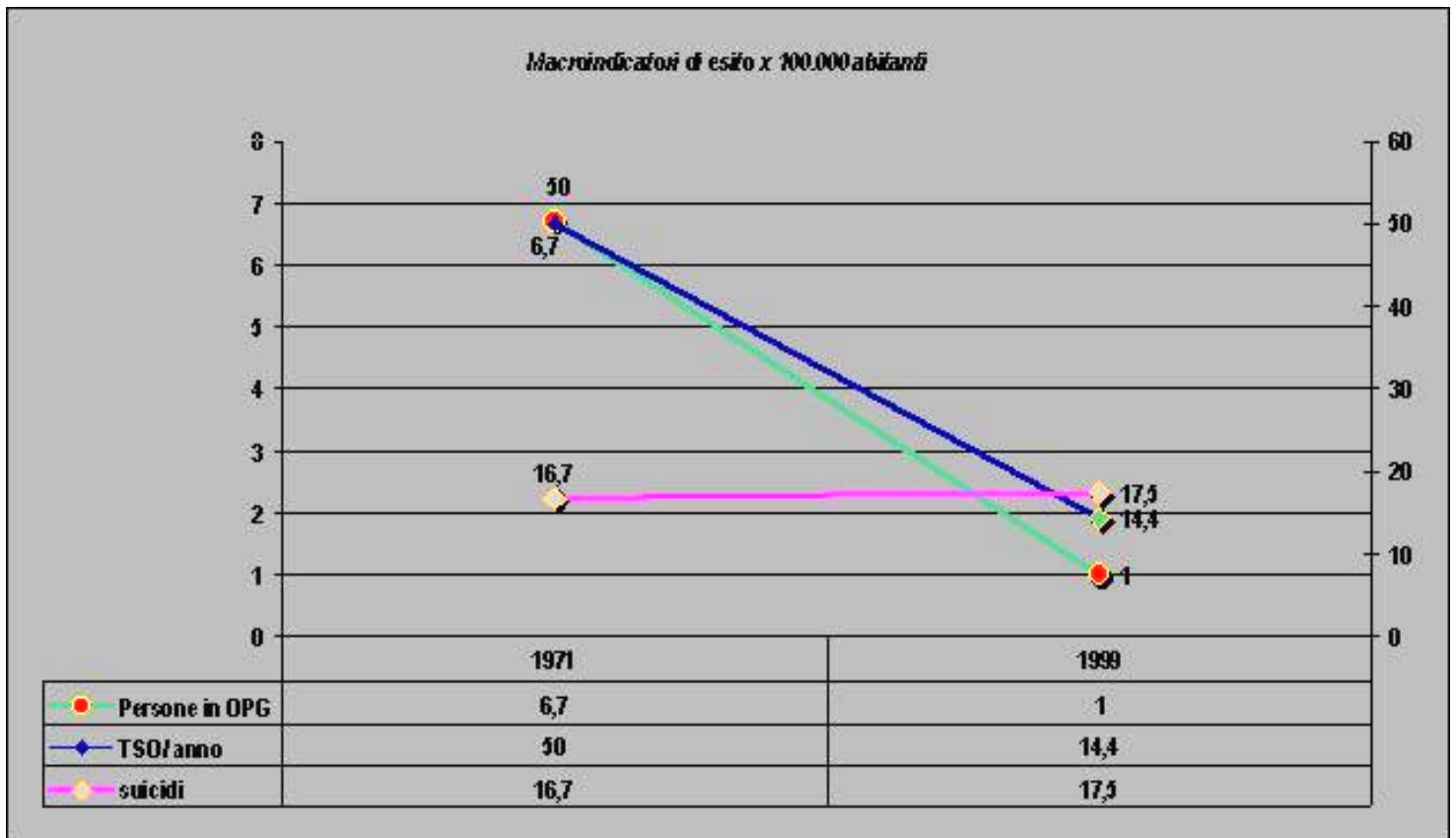
- Personnes en OPG<sup>4</sup>
- TSO<sup>5</sup> par an
- Suicides

1. Le nombre de personnes hospitalisées en OPG (**préjugé de la dangerosité**) était supérieur à 20 dans l'année 1971. On a enregistré un seul cas en 1999.
2. Le nombre d'hospitalisations forcées par an était de 150 en moyenne dans les années '70. On a eu 19 TSO en 1999 (**préjugé du refus des soins**)
3. Le nombre de suicides est resté constant au cours de ces années : c'était 50 le nombre de suicides enregistré en 1971 ; en 1999 on en a eu 43 (**préjugé de l'abandon**).

<sup>4</sup> Ospedale Psichiatrico Giudiziario (institution close destinée aux criminels atteints de troubles mentaux) : un mouvement de contestation pousse actuellement vers la fermeture de ce type d'institution...

<sup>5</sup> Trattamento Sanitario Obbligatorio (voire définition sur la base de la gravité de la maladie et non pas de la dangerosité, établie par la lois 180 de 1978)

## DSM de Trieste Macro-indicateurs de réussite sur 100 000 habitants



- Personnes en OPG
- ◆— TSO par an
- ◇— Suicides

## **LE TRAVAIL DE CHANGEMENT :**

La destruction de la structure asilaire, des institutions psychiatrique et le développement du réseau des services territoriaux sont la substance du parcours de Trieste (et pour plusieurs aspects du plus vaste panorama italien) et contribuent à rendre visibles les passages qui ont été nécessaires pour construire des réseaux et des circuits pour la prise en charge de personnes atteintes de troubles mentaux graves. Simplifiant beaucoup, le travail de changement commencé en 1971 pourrait se résumer autour de trois grands thèmes :

### **1) FERMETURE DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE**

En tant que critique dans la pratique de la culture et de la clinique psychiatrique, reconnaissant dans la fin de la grande utopie de l'asile, la faillite de la psychiatrie.

### **2) CONSTRUCTION D'UN RESEAU DE SERVICES CONCRETEMENT ALTERNATIFS**

En tant que recherche dans la pratique de cultures et procédures innovatrices, en tous cas nécessairement différentes.

2) « LE MALADE ET NON LA MALADIE » au centre de la recherche pour construire des parcours thérapeutiques, de réhabilitation, et d'émancipation, comme construction dans une praxis de participation active des usagers dans les services en tant qu'acteurs du changement.

## **LES QUESTIONS OUVERTES**

- 1) Liberté / responsabilité
- 2) Aspects institutionnels (hiérarchies) / prise en charge
- 3) Communauté / dimension communautaire du travail psychiatrique (temps)
- 4) Dimension affective / présence des sujets

## POUR DEFINIR UN MODELE DE LA DESINSTITUTIONNALISATION

On peut faire appel à certains aspects de modèles divers déjà existants, les articulant dans un nouveau paradigme.

LES MODELES THEORIQUES CULTURELS ORGANISATIONNELS	- On conserve des résidus opérationnels, des scénarios, des fragments utiles pour des nouvelles institutions de la santé mentale.
Le MODELE ASILAIRE (de l'hôpital psychiatrique)	- Notions de tutelle, protection, garantie, réponse aux besoins primaires (fonctionnement 24 h / 24h).
LE SECTEUR	- identification, connaissance et définition du territoire (institutionnelle, économique, culturelle) - identification des besoins de la population - inventaire, connaissance et organisation des ressources.
LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE	- connaissance réciproque - extension des relations
LE MODELE PSYCHOTHERAPEUTIQUE	- importance de l'histoire personnelle, des évènements, de leur signification - connaissance/approche, écoute de la personne, de sa famille, de son réseau relationnel
LA DESHOSPITALISATION	- reconversion du budget - ressources utilisées pour les besoins des clients - services plus proches des citoyens
L'ANTIPSYCHIATRIE	- défense des droits humains - droit de citoyenneté - parcours d'émancipations / travail - valorisation et défense de la diversité

## **PROJET OBJECTIF 1998/2000**

pour la promotion de la santé mentale

### **LES INTERVENTIONS PRIORITAIRES :**

Les services de Santé Mentale, tout en ne négligeant pas la demande porteuse de troubles mentaux légers, doivent donner priorité aux interventions de prévention, soin et réhabilitation des troubles mentaux graves pouvant comporter des handicaps qui risquent de compromettre l'autonomie et l'exercice des droits de citoyenneté et de produire une chronicité.

### **LES ACTIONS A ACCOMPLIR**

En collaboration avec :

- les autres services sanitaires
  - les médecins de la médecine générale
  - les services sociaux
  - les associations des familles, des bénévoles etc.
- 
- Activation d'une praxis d'intervention directe sur le territoire (domicile, école, lieux de travail).
  - Formulation de projets thérapeutico-préventifs et/ou thérapeutico-réhabilitatifs personnalisés qui abordent les questions du travail, de l'habitation, des biens relationnels (les relations affectives et sociales).
  - Application de stratégies thérapeutiques plus efficaces.
  - Implication des familles dans la formulation et réalisation du projet thérapeutique.
  - Activation de programmes spécifiques de récupération des patients qui abandonnent le service.
  - Soutien à la création et au fonctionnement de groupes de *self help* de familles et patients, de coopératives sociales pour l'insertion au travail.
  - Mise en place d'initiatives d'information adressées à la population générale au sujet des troubles mentaux graves afin de réduire les préjugés et diffuser des attitudes de solidarité.

## LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU DSM DE TRIESTE

Le DSM est constitué d'unités opérationnelles.

Les unités opérationnelles actuelles représentent le développement naturel des groupes de travail qui se sont formés à partir des premiers projets d'organisation territoriale.

Des arrangements progressifs, soit dans l'amélioration des programmes territoriaux, soit dans la croissance qualitative de la demande, soit dans la diminution constante dans le temps de la population, ont amené à la structuration des 4 zones territoriales (5 maintenant, avec l'introduction de la clinique psychiatrique) qui représentent la clef de voûte de toute l'organisation. Ces zones sont strictement complémentaires pour garantir la cohérence du système qui implique en même temps, sans possibilité de séparation :

- l'intervention sur l'urgence
- la coordination des programmes de réhabilitation.

### Unités opérationnelles

- 4 services de santé mentale qu'on appelle CSM (24 h x 7 j x 60 000 hab. en moyenne) avec 4 ou 8 lits territoriaux.
- La clinique psychiatrique Universitaire/ CSM (12 000 hab.) avec 16 lits dont 4 territoriaux.
- 1 Service Résidentiel et Semi-Résidentiel d'Habilitation, Réhabilitation, Réintégration Sociale pour la coordination des coopératives sociales (selon la loi n° 381 de '91 et la loi régionale n° 7 de 92) conventionnées et/ou accréditées par l'ASS et finalisées à la formation et à l'insertion professionnelle des usagers des services de santé mentale)
- 1 Service Psychiatrique Hospitalier de Diagnostic et Soins : 8 lits dans l'hôpital général.

Comme support de l'activité de programmation et vérification de la direction du DSM, des groupes de travail opèrent spécifiquement sur les sujets suivants :

1. contrôle du budget
2. système informatif
3. dossiers du personnel et des usagers
4. rapports avec l'administration
5. évaluation et révision de la qualité des soins (VRQ) et des programmes
6. économat
7. recherche
8. formation continue du personnel
9. Information, communication et Education sanitaire

LE MODELE ORGANISATIONNEL DU DSM EST AINSI ARTICULE :

- Rôle central des structures territoriales (CSM) :
- Totale autonomie technique - organisationnelle
- Autonomie de gestion : avec responsabilité du budget

## LE RESEAU DES SERVICES DE SANTE MENTALE



Dipartimento di Salute Mentale A.S.S. n°1 Triestina (1999)



31. 12  
1998

## LE PERSONNEL DANS LES DIFFERENTES UNITES OPERATIONNELLES

- Parmi les personnels, les sociologues sont complètement absents
- On a des éducateurs du privé social (coopérative de type A) pour la gestion de 5 groupes résidentiels et le nombre de ces derniers est en train de monter (en novembre 1996 on avait une convention pour 22 éducateurs, en juin 1997 il y en avait 32, en 1999 30. En réalité la convention de '97 et de '99 ne concerne pas l'acquisition de personnel, mais la gestion globale de structures résidentielles avec la supervision du DSM) avec l'objectif d'impliquer un plus grand nombre d'éducateurs avec la diminution progressive des infirmiers et avec la nécessité de diversifier les programmes et les activités.
- La distribution des ressources humaines entre les différentes unités opérationnelles du DSM est flexible et toujours négociée entre le directeur du DSM et les responsables des unités opérationnelles mêmes.

En général le personnel est ainsi distribué :

### **Dans chacun des 4 CSM :**

4 médecins  
2 psychologues  
2 assistants sociaux  
25 infirmiers

### **Dans le SPDC :**

2 médecins  
14 infirmiers

### **Dans l'Unité Opérationnelle Habilitation et Résidence :**

2 médecins  
2 psychologues  
2 assistants sociaux  
20 infirmiers  
privé social

### **Dans la Clinique Psychiatrique**

2 médecins (plus 4 internes)  
20 infirmiers  
1 assistant sanitaire

### **Le staff de la direction du DSM :**

Contrôle du budget : un administratif de 6° niveau

Système informatif : un infirmier professionnel de 5° niveau

Dossiers du personnel et des usagers : un dirigeant infirmier

Rapports avec l'administration : un administratif de 6° niveau

Economat : un administratif de 6° niveau

## Les Unité Opérationnelles Centres de Santé Mentale (CSM) :

Le DSM de Trieste dispose de 4 CSM distribués dans les 4 districts :

<b>district</b>	<b>habitants</b>	<b>CSM</b>	<b>Horaire d'ouverture</b>
District 1	63 856	Aurisina/Barcola	24 h / 12 h
District 1	58 244	Molino a Vento	24 h
District 1	65 942	Domio	24 h
District 1	60 868	Via Gambini/Androna degli Orti (48 200 habitants) et clinique psychiatrique (12 600 habitants)	24 h / 12 h

Dans chaque district il y a au moins un CSM ouvert 24 h sur 24 h.

Les CSM « Aurisina / Barcola » et « Via Gambini Androna degli Orti » sont articulés chacun sur deux sites. L'un des deux sites assume des fonctions d'hospitalité complète diurne et nocturne. Dans le cas de « Androna degli Orti » il s'agit du Centre Femmes Santé Mentale. Ce centre s'occupe de programmes et activités qui ont une attention particulière aux problèmes des femmes par rapport aux troubles mentaux et aux institutions.

## Le CSM 24 h / 24 h

### ACTIVITES/REPONSES DU CENTRE DE SANTE MENTALE 24h/24h

- L'activité des CSM vise à accueillir les demandes de soin des personnes adultes du territoire. Elles sont extrêmement diversifiées. Nous pouvons les synthétiser ainsi :
- Hospitalité nocturne / hospitalisation : 8 lits dans chaque district (4 hommes, 4 femmes). Les usagers sont hébergés selon des temps très variables (d'une nuit à plusieurs semaines), la moyenne du séjour est de 10 jours.
- Hospitalité diurne / *day hospital* : les usagers accèdent au service durant quelques heures dans la journée : on y stimule la participation aux activités de groupe de type récréatif, thérapeutique et d'orientations. Des thérapies psychopathologiques y sont pratiquées.
- Visite à domicile (programmée ou sur appel). Les visites programmées font partie du projet individuel d'assistance à domicile et peut prévoir l'engagement soit du médecin, soit de l'infirmier / assistant social ou des deux. Les visites (programmée ou sur appel) sont utiles pour vérifier et connaître les conditions de vie du patient et de la famille, vérifier la thérapie pharmacologique, accompagner le patient à la maison ou de la maison à l'hôpital, dans des services publiques.
- Visite au dispensaire. Normalement il s'agit de la première visite ou du premier contact : approche de la famille, programme thérapeutique, intervention sur la crise, certificats médicaux et / ou relations sanitaire spécialistes.
- Travail thérapeutique individuel. Rencontres programmées et répétées afin d'approfondir les problèmes personnelles, l'histoire et les conditions de vie du patient, favoriser des nouveaux points de vue, de confrontation, proposer des parcours d'apprentissage et assurance, stimuler une conscience majeure de sa propre condition.
- Travail thérapeutique avec la famille : rencontres programmées avec les membres de la famille du patient afin d'en vérifier et discuter les dynamiques et les conflits, avec le but de favoriser une connaissance et une participation majeures, voire stimuler des possibles changements.
- Travail thérapeutique de groupe : rencontres programmées avec le but de se confronter et s'informer sur des problèmes communs.
- Réhabilitation et prévention : interventions directes et indirectes pour activer des parcours favorisant l'accès à l'information et à la culture, à l'entretien des compétences sociales et professionnelles, à la formation et à l'insertion au travail. Le réseaux des coopératives finalisées, les ateliers, l'école, les activités sportives et récréatives, les groupes d'agrégation et de *self help* de jeunes, en constituent l'instrument principal.

- Soutien social : programmes à soutien de patients qui en ont besoin et de leur familles, concernant, de façon directe, l'attribution de subventions (chèques d'intégration sociale, de formation professionnelle et pour les activités de réhabilitation), et de façon indirecte d'adresser ou accompagner le patient auprès des organismes ou instituts avec les mêmes finalités (tribunal, INPS retraites, ANPE ...). Les programmes peuvent aussi activer la gestion et l'administration du patrimoine en accord avec le patient.
- Gestion structures résidentielles (groupes – appartement, communautés – logement et communautés thérapeutiques) : les programmes thérapeutiques – réhabilitatifs dans des conditions de « résidentialité » sont activés gérés et supervisionnés par le CSM. Ces programmes comportent des différents degrés d'assistance de protection, selon les troubles, l'handicap, la gravité du patient.
- *Counseling* : le personnel du CSM offre des consultations aux services hospitaliers des hôpitaux généraux où sont hospitalisés des patients déjà pris en charge, mais aussi pour des nouveaux cas, pour d'ultérieurs approfondissements diagnostiques et d'activation de thérapies spécifiques. Le même type de *counseling* est actif aussi avec la prison, pour des prisonniers qui manifestent des problèmes psychiques.
- Assistance téléphonique : contact, conseils, rendez-vous, vérifications. Même en cas d'urgence.

## Les CSM : rôle central sur le territoire

Les **CSM** (Centres de Santé Mentale) constituent le noyau du modèle organisationnel du **DSM** (Département de Santé Mentale). Ils sont en constant relais avec les autres unités opérationnelles départementales, les structures sanitaires de l'ASS et les structures sociales du territoire.

### STRUCTURES SOCIALES

- Services sociaux de base de la Mairie
- Ministère de la Justice
- Institutions Judiciaires
- « IACP »
- « Uffici di collocamento » (= ANPE)
- INPS (retraites, pensions...)

### STRUCTURES SANITAIRES

- Services pour l'enfance et l'adolescence
- « Consultori Familiari »
- Département des dépendances (ser.T/Alcoolisme)
- Services pour les personnes âgées
- « servizio ADI »
- Médecine générale
- Médecin de garde (services des urgences)
- Hôpitaux généraux (visites, consultations)

Dans le temps, cette centralité des structures de santé mentale sur le territoire a causé une sorte de décharge et de renvois, de la part des institutions censées faire face aux problèmes sociaux, créant une espèce de « *welfare* psychiatrique ».

Donc l'organisation des Services Territoriaux de Trieste s'est développée, d'un côté, en totale alternative à l'hôpital psychiatrique et, de l'autre, de façon, on pourrait dire adaptative par rapport au vide de services sociaux et sanitaires.

L'évolution actuelle de ce secteur du Service Sanitaire comporte, par conséquent, la possibilité d'intégrer l'intervention psychiatrique et de santé mentale avec les autres services.

## **U. O. Habilitation et Résidence**

En relais avec le CSM, ce service coordonne les structures et les initiatives qui organisent les activités de formation, habilitation, réhabilitation et d'intégration sociale en faveur des usagers. Le service articule ses programmes dans des lieux différenciés (structures résidentielles, centres diurnes) et coordonne aussi les rapports avec les coopératives sociales conventionnées avec l'ASS.

### **Les structures résidentielles**

Il s'agit de maisons où cohabitent des usagers des CSM, cohabitation qui est choisie et/ou favorisée par ces centres mêmes. Les maisons sont partiellement ou totalement assistées sur les 24 h et gérées par des personnels, selon les nécessités des usagers et les programmes thérapeutiques (individualisés).

Les structures résidentielles sont 27. Parmi celles-là, 8 se trouvent dans le « comprensorio di San Giovanni » (un peu moins que 60 hôtes en mars 2000). Elles sont organisées avec des différents niveaux de présence du personnel, selon les conditions de hôtes et selon le moment de réhabilitation particulier. Les autres sont reliées, pour l'organisation, au CSM. Elles peuvent consister de petits groupes de cohabitation ou de résidences gérées de façons variées sur les 24 h (environ 60 hôtes en septembre 1999). A cela il faut encore ajouter environ 40 places de propriété ou en location des personnes qui y habitaient, en rapport avec le CSM de la zone.

### **On distingue deux types de structure résidentielle :**

- **Résidences d'intégration sociale**

Pour des hôtes qui ont des capacités de vie autonome réduites (parmi ceux-là quelques ancien interné de HP) et demandent surtout un soutien pour les activités de la vie quotidienne. Les activités du personnel, diurnes ou continues, sont différenciées selon les différents besoins exprimés par les hôtes.

- **Résidences thérapeutico-réhabilitatives**

Les hôtes présentent des troubles importants, il ne peuvent pas compter sur le réseau familial ou social. L'activité du personnel est continue et insiste notamment sur les aspects thérapeutiques et formatifs de la vie communautaire et sur l'apprentissage des habiletés sociales.

## Les coopératives sociales

Les coopératives sociales (loi 381 / 1991 et loi régionale 7 / 1992) constituent une ressource opérationnelle du Département, voire des unités opérationnelles à travers lesquelles il s'articule.

### Actuellement le DSM identifie et accrédite des coopératives de type B :

- La « Cooperativa Sociale Lavoratori Uniti F. Basaglia » : naît en 1973, durant le travail de désinstitutionnalisation de l'OP. aujourd'hui elle assure une occupation à 120 associés (3 milliards de liras de facturé), dont le 50 % provient du milieu défavorisé. Elle emploie aussi 25 stagiaires rémunérés par une bourse. C'est l'une des rares coopératives qui applique le même contrat collectif pour tous les travailleurs, sans différences. Elle opère dans les secteurs du nettoyage, livraison, cantines, imprimerie, pressing, transports.
- La coopérative « Il posto delle fragole » : fondée en 1979 comme entreprise collective, avec l'aide du DSM, du Département des Dépendances et de certains projets du Fond Social Européen, s'est structurée et spécialisée dans la gestion de magasins de coiffure et esthétique, hôtels, bar trattoria.
- La coopérative agricole « Monte San Pantaleone » : née en 1979, elle a mené au départ des activités agricoles, insérant notamment des personnes provenant des services pour l'handicap. Actuellement elle s'occupe de jardinage et est devenue un point de repère pour tous les services territoriaux.
- La coopérative « La Colline » : constituée en 1988, opère dans les secteurs de l'informatique et de la communication sociale (*Radio Fragola*).
- La coopérative « Germano » : née en 1983 pour essayer de donner une réponse aux problèmes d'insertion professionnelle des jeunes en condition de marginalisation, est constituée de 40 travailleurs associés, travaillant dans les secteurs de la livraison, nettoyage, main d'œuvre édile, déménagement.
- La coopérative « Demos » : qui opère dans le milieu du jardinage.
- La coopérative « Querciambiente » : qui opère dans le secteur de l'écologie, environnement et transports.

### Et des coopératives de type A :

- « 2001 Agenzia Sociale » : qui coordonne et offre des services éducationnels et d'assistance et gère des structures résidentielles pour 30 personnes.
- Coopérative « Monte San Pantaleone » : qui gère une structure résidentielle pour 6 personnes.

## Centres diurnes

Les usagers des divers services territoriaux du DSM peuvent profiter aussi des **centres diurnes**. Ceux derniers sont finalisés à développer et promouvoir, dans des espaces adéquats, des activités éducatives, didactiques, formatives, d'apprentissage social, d'animation, d'expression corporelle, et de développement des capacités cognitives.

Dans les centres diurnes est prévue la présence d'autres usagers des services socio-sanitaires. Dans les activités des centres diurnes on favorise la participation des citoyens, du personnel bénévole, des accompagnateurs autant que des professionnels.

- **« Il Politecnico »** est le centre qui répond le mieux à cette description. Il est aussi siège de coopératives accréditées opérant dans des programmes communs avec le DSM.
- **« Il Centro Donne »** développe les activités déjà décrites et notamment les programmes de promotion culturelle autour de la différence de genre.
- **« Il club Zip »**: peut être mieux définie comme une association d'usagers particulièrement attentive à promouvoir des parcours de développement et fortification des personnes, de participation et de travail sur la conscience d'avoir ou d'avoir eu des troubles mentaux ; à renforcer et programmer des interventions visant à faire front au stigmate de l'exclusion sociale.

## U. O. Service Psychiatrique Diagnostic et Soins

L'SPDC ( Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura), se situe auprès de l'Ospedale Maggiore (hôpital général) de Trieste et dispose de 8 lits d'hospitalisation. L'SPDC offre une réponse à l'urgence psychiatrique ; des consultations auprès des services hospitaliers ; une action de filtre et orientation vers les services territoriaux de santé mentale.

Dans l'SPDC on effectue aussi, dans des circonstances particulières, les hospitalisations en TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio), qui s'exécutent pour la plupart dans les CSM.

**En 1999, 19 personnes (dont 7 dans l'SPDC) ont reçu un TSO. En total les journées d'hospitalisation en TSO ont été 198 (dont 49 en SPDC).**

Accèdent à l'SPDC environ 2000 citoyens dans l'année pour des raisons les plus diverses. Un tiers des patients est renvoyé chez soi et adressé au médecin de base; les autres deux tiers sont adressés aux structures territoriales de compétence, avec des modalités différentes selon la gravité du cas et des conditions de l'environnement.

**Dans ce derniers 20 ans on a effectué en moyenne 7 TSO x 100 000 habitants par an (contre les 30/40 de la moyenne nationale).**

## Clinique Psychiatrique Universitaire

La *Clinica Psichiatrica Universitaria* est reliée fonctionnellement à la direction du DSM. Elle déroule son activité didactique, de recherche et d'assistance dans le milieu de la santé mentale. On vient de stipuler une convention entre la Région et l'Université qui établit la présence de la fonction assistancielle de la clinique au sein du DSM. Elle dispose de 16 lits pour l'hospitalisation et le day-hospital, dont 4 sont consacrés à la zone territoriale de référence. A partir de janvier 1999, a vu le jour une activité territoriale expérimentale concernant le bassin d'usagers de la « *circoscrizione* » (arrondissement) de *San Giovanni* avec 12 600 habitants, compris dans la zone territoriale du district n°4.

Actuellement 16 infirmiers contractuels du DSM sont employés auprès de la clinique. Les frais relatifs au personnel sont de compétence du DSM ainsi que ceux des médicaments et des services confiés à des organismes privés. Le personnel médical est constitué par 2 médecins du DSM et 4 de l'Université.

## PROCEDURES / PROTOCOLES

Le DSM de Trieste, malgré son organisation ample et articulée de structures et de programmes, est pauvre de procédures organisationnelles formalisées. Du côté des activités n'existent pas de protocoles formalisés de prise en charge du patient pour l'accomplissement du projet thérapeutique malgré la profonde culture d'organisation de la réponse globale aux besoins des personnes. Cela est dû à un choix bien précis et à une philosophie de travail qui fait qu'il y ait une prise en charge de la part du service territorial (CSM) de la zone de résidence du patient. Par exemple si le patient passe par l'SPDC (action de filtre) et est adressé au CSM, une ligne commune de conduite thérapeutique est concordée avec l'objectif que le CSM assume la prise en charge du patient dans le délai le plus bref que possible (24 – 48 h).

La réglementation du DSM est le seul exemple de procédure formalisée. D'ailleurs, parmi les compétences du DSM mentionnées dans la réglementation, il n'y a aucune mention relative à l'élaboration de protocoles et/ou procédures. En revanche on y trouve une définition et description détaillée des fonctions des finalités et de l'organisation de chaque U. O. (CSM, SPDC, Résidences). La définition de certaines procédures est de toute façon en cours aujourd'hui, notamment par rapport à la nécessité de répondre de manière plus adéquate à une activité de planification d'entreprise toujours plus détaillée.

Il est possible de définir en termes de procédures les suivantes activités, prestations et programmes.

### ACTIVITES, PRESTATIONS, PROGRAMMES

- Reconnaissance et gestion de la crise dans le CSM 24 h
- Développement de modèles de relation et construction de rapports thérapeutiques
- Programmes thérapeutiques de réhabilitation individualisés
- Formation, implication et investissement des usagers
- In-formation des familles
- Promotion d'activités de *self-help*
- Facilitation des parcours de l'associationnisme
- Activités récréatives et ludiques
- Activités de formation de base, professionnelle et d'entreprise sociale
- Amélioration continue de qualité
- Service de consultation en prison
- Intensification du rapport avec les districts sanitaires et la médecine hospitalière
- Implication du médecin de base (*Tutor de santé*)
- Prévention du mal-être lié à la solitude des personnes âgées (*Progetto Amalia*)
- Prévention suicide (*progetto telefono speciale*)
- Différences de genre et santé mentale
- Rapports avec les services culturels de la ville

# Mécanismes opérationnels du DSM

## Mécanismes opérationnels de gestion du personnel

La gestion du personnel à niveau départemental est caractérisée d'un côté par des fortes limitations posées par les décisions et négociations à niveau régional, de l'autre par la tentative de construire des mécanismes opérationnels formalisés et de gestion du personnel à partir de l'institution d'un bureau pour la gestion des ressources infirmières.

En ce qui concerne le premier aspect, le DSM arrive à gérer la perte de personnel ( le 31.12.71 les personnes employées dans l'HP étaient 535 ; le 31. 03. 2000 les personnes employées dans le DSM étaient 245. Les politiques d'acquisition de personnel ont été réduite au maximum et il y a eu historiquement l'impossibilité de remplacer le *turn-over*. Ce problème a déterminé des choix basiques qui ont donné une nouvelle identité à l'organisation avec le développement des rapport avec le privé social. Cela est arrivé initialement par l'acquisition de personnel non infirmier mais homologue à celui-ci, comme les accompagnateurs et les éducateurs. Les coopératives ont commencé ainsi à faire partie de l'ensemble des ressources constituantes du DSM. Actuellement les coopératives sociales gèrent quelques unes de résidences, employant 30 personnels.

En ce qui concerne le deuxième aspect, le bureau infirmier donne support à la direction du DSM qui constitue un espace-lieu de forte coordination et gestion du personnel. Les décisions d'allocation des ressources sont exclusivement du directeur qui négocie avec les responsables des U. O. selon les nécessité du cas, la composition des équipes assignées aux différentes structures dans l'unité de temps. Tous les aspects d'administration du personnel sont délégués aux Unités Opérationnelles.

## Sélection du personnel

La sélection des dépendants du DSM se fait par concours public. Pour les professionnels du privé social, par contre, la sélection se fait une fois déterminée (par appel d'offre) la coopérative qui fournira le service. Actuellement 2 coopératives sociales de type A gèrent des structures résidentielles (30 hôtes environ). D'autres coopératives sociales de type B assurent les services de nettoyage, transports, cantine, jardinage. Le directeur du DSM est responsable du travail du personnel des coopératives et il en définit les profils, les compétences nécessaires.

## Formation

Au cours de ces dernières années on a produit des parcours formatifs structurés sur toutes les thématiques concernant le DSM (famille, réhabilitation, réinsertion professionnelle, utilisation rationnelle des médicaments).

Chaque année, un cours d'introduction au travail dans le DSM s'adresse aux infirmiers d'acquisition récente, aux stagiaires, aux bénévoles.

A niveau départemental il n'existe pas de parcours formatifs codifiés. Un moment de formation hebdomadaire est prévu avec les « rencontres du mardi », une assemblée où on aborde des thématiques spécifiques, d'intérêt commun. La plupart du personnel du DSM qui a vécu et participé au processus de changement culturel de la psychiatrie est en train de partir à la retraite. Ce qui reste des expériences de ces années-là est une sorte d'emphase du « *learning by doing / learning by changing* ». On donne beaucoup d'espace aux initiatives spontanées dans les unités opérationnelles (surtout des infirmiers), dans une optique de partage des expériences.

Pour l'année 2000 a été activé un bureau pour la formation et les programmes formatifs sur le système informatique pour tout le personnel, avec un financement à part, une série de séminaires sur l'exorde psychotique et l'intervention en réseau, un cours pour l'apprentissage de base de la clinique psychiatrique (par le biais du cinéma), trois séminaires finalisés au travail sur le milieu commun des urgences avec le 118, des toxico-dépendances, des médecins de garde.

## Evaluation du personnel

Ce n'est pas dans les intentions du DSM de favoriser les mécanismes formalisés d'évaluation *ad personam*. Les objectifs d'activité négociés avec les responsables des unités opérationnelles n'ont aucune corrélation avec l'évaluation personnelle des professionnels, mais plutôt avec l'évaluation des projets où ils sont insérés.

Il y a des mécanismes informels d'évaluation (non hiérarchique) qui consistent dans la vérification du partage des valeurs par les divers collaborateurs. Pour faire un exemple nous rapportons ici un extrait d'interview sur ce sujet à un responsable d'une U. O. territoriale (CSM) :

« Il y a une valeur du groupe, du travail ensemble : nous nous sentons tous partie d'un système complexe à qui chacun donne sa contribution. Ce niveau de partage et de participation est ce qui fait fonctionner toute la machine. Cela est le fruit d'une histoire et non d'une imposition venue de haut. C'est clair que dans une organisation si flexible il y a des inerties qui tirent, qui freinent. Il y a une superposition de reconnaissance horizontale, non hiérarchique : par exemple le responsable du service doit être un traîneur de groupe. Il ne suffit pas d'être le *chef de service*. Il doit être un porteur d'idées. La même chose vaut pour les infirmiers: d'autant plus quelqu'un arrive à s'assurer un bout d'autonomie, d'autant plus il est reconnu par le groupe. Le *mouvement* du service se crée à travers cet équilibre dynamique. La *leadership* se base sur la capacité de se mettre en jeu, de proposer des choses et non pas sur la charge formelle ou institutionnelle. Ce qui vaut c'est la dimension du choix, de l'écoute, de la créativité ajouté aux capacités professionnelles et au savoir être dans les différentes situations.

## **MECANISMES OPERATIONNELS D'INTEGRATION ET COORDINATION**

Le DSM de Trieste est une structure extrêmement flexible : la coordination c'est vitale. Il y a beaucoup d'occasions de rencontre entre les professionnels, dont peu de formalisées.

### **Au niveau du DSM :**

- Comité technique de coordination : prévu par la réglementation, il est constitué des responsables des U. O. et du directeur.
- Réunion hebdomadaire informelle entre les responsables des districts et les responsables des U. O. : création des activités dans les districts.
- Réunion hebdomadaire du mardi : assemblée thématique, ouverte à tous les professionnels du DSM
- Réunions hebdomadaires sur les programmes des groupes particuliers avec les groupes mêmes.

### **Au niveau de chaque U. O. :**

- Réunion journalière à l'heure du changement de tour entre les professionnels de chaque U.O.
- Comité de participation actif auprès des U. O. territoriales et formé par les représentants du personnel, des usagers et des familles.
- Réunions sur des programmes spécifiques de chaque U. O.

## **MECANISMES OPERATIONNELS DE PROGRAMMATION ET CONTROLE**

Parmi les attributions du DSM on trouve :

- La gestion des ressources accordées par le Directeur Général de l'ASS
- L'attention aux tâches administratives – comptables , y compris les dossiers du personnel et des usagers
- Le contrôle des modalités de gestion, de la part des U. O., des ressources accordées à chacune d'entre elles dans le cadre du budget accordé au département.

## BUDGET

Le mécanisme d'attribution du budget n'est pas encore complètement structuré dans l'ASS. le budget est attribué annuellement au DSM compte tenu du bilan de l'année précédente. La réglementation établit en fait que le budget pour le DSM consiste en un pourcentage du budget globale de l'ASS équivalant à celui de l'année précédente, prenant en considération les projets de réaménagement, de cessation de certaines fonctions et de développement de certaines autres. A coté d'une meilleure définition des centre de dépense, est en augmentation le budget par objectifs. Les ressources sont en suite négociées au niveau du département avec les responsables des U. O.

Au niveau du département il y a une totale flexibilité dans la reconversion des ressources entre U. O. ( selon la réglementation : « ... le responsable du DSM a pleins pouvoirs dans le cadre des objectifs négociés avec l'ASS au sujet des conversions de destination des dépenses au sein du budget fixé, rendues possibles par des épargnes effectués »).

Le budget du DSM est resté, dans les dernières années, équivalent au 5% des dépenses sanitaires totales de l'ASS triestina pour les services territoriaux et pour les hôpitaux. Le bilan de 1999 était de 27 milliards de Lires.

Le DSM n'a pas d'entrées car toutes les prestations offertes sont gratuites, sauf la contribution aux frais d'hébergement pour les hôtes des résidences.. cette dernière est de 10 000 lires par jour et a produit en 1999 des entrées pour 250 millions de lires.

# Les soutiens économiques pour les usagers

## **Allocations d'Intégration Sociale (AIS)**

« Pour des fins sociaux, d'assistance de réhabilitation, de formation et d'intégration professionnelle peuvent être distribués des soutiens économiques, selon la normative actuelle, en faveur de la population assistée par le DSM. ». La réglementation définit la typologie et la finalité de ces soutiens économiques que le DSM peut donner à ses propres usagers, dans le cadre du budget assigné au département même.

Les allocations d'intégration sociale peuvent être données soit en tant qu'intervention occasionnelle et exceptionnelle pour des événements comme des travaux d'entretien urgents de la maison, achat d'habits, nécessité d'autonomie des jeunes ou des femmes vis à vis de la famille ( jusqu'à maximum 3 millions de liras *una tantum, pro capite*), soit en tant qu'aide mensuelle à la durée indéfinie (jusqu'à maximum 300 000 Lires mensuels *pro capite*). En 1999, 270 millions de liras ont été assignés en AIS. Les demandes pour des AIS sont proposées par les CSM et discutées mensuellement auprès de la direction du DSM pour être adressées en suite à la Direction Générale de l'ASS.

## **Activités extra-cliniques**

La loi régionale 72/80 a financé jusqu'à 1999 des activités finalisées à la promotion de la santé mentale et au développement des services relatifs.

Il s'agit notamment de ressources économiques finalisées à l'activation de bourses d'insertion professionnelle des usagers, de fonds pour les activités récréatives et pour la formation dans les services de santé mentale. Le département a eu à disposition, au cours des dernières 4 années, 700 millions de Lires par an. Le choix fait par le DSM s'est caractérisé par une réduction progressive de la dépense relative aux AIS pour favoriser plutôt une croissance de la qualité et de la quantité des interventions pour l'insertion professionnelle, la formation et la socialisation. En 1999, à ce titre, ont été utilisés 783 millions ainsi distribués :

- Bourses d'insertion professionnelle (549 millions, en augmentation)
- Activités récréatives (74 millions) : notamment des séjours de vacances des usagers
- Cours et activités de formation pour les usagers / parcours pré-formatifs (76 millions)
- Soutien aux coopératives sociales de type B (84 millions)

Le secteur de la formation, au cours des dernières années, s'est toujours développé en synergie avec les partenaires formatifs, comme par exemple l'ENAIP, en utilisant les ressources des projets en soutien du travail soit régionales, soit européennes.

## Le système informatisé

« Le DSM est censé organiser et gérer un système informatif basé sur des flux de données provenant de chaque unité opérationnelle, en liaison avec le système informatif pour la santé mentale de l'entreprise et de la région ». La situation actuelle est caractérisée par un bon développement du système informatif et informatique départemental en relais avec les différents DSM de la région.

Les sources des données d'activité sont les dossiers d'hospitalisation (auprès des SPDC) et les fiches cliniques personnelles (rédigées dans les structures territoriales) et le cahier d'enregistrement des activités de chaque U.O. (« *le journal de bord* »).

Ont été explicités à niveau départemental les objectifs de développement du système informatif pour l'année 2000 :

- La mise au point d'un système intégré « on-line » : le réseau informatique du DSM
- Le monitoring des activités et l'élaboration de rapports mensuels
- L'activation de programmes de formation pour tous les personnels sur système informatique/réseau.

Aujourd'hui le système informatif, tout en continuant d'enregistrer ponctuellement les prestations et les activités, a amélioré ses capacités d'enregistrement des données relatives à la personne qui reçoit les prestations. L'utilisateur du service est ainsi identifié par le biais de données socio-anamnestiques et diagnostiques (ICD-10). De telle façon le système est disponible pour être facilement interrogé et commence à se prêter comme support pour des projets de recherche plus détaillés et précis.

## Les instruments pour l'évaluation de la qualité

La Fonction Evaluation et Révision de la Qualité du Soin et de programme, afin d'optimiser un projet permanent d'évaluation de la qualité des prestations (VRQ), est soutenue par la direction à travers l'engagement constant et systématique du personnel et des dirigeants des diverses U.O. sur des problèmes et des activités spécifiques. Le DSM de Trieste est arrivé en final au prix Golden Helix (promu par Hewlett Packard) en 1994.

Ce projet a eu comme points fondamentaux :

- L'*habitat* des structures pour la santé mentale
- La participation des familles aux programmes de travail
- Les cas de haute priorité (troubles graves, patients psychotiques) / continuité thérapeutique.
- Les formes de participation et agrégation des jeunes usagers

L'objectif spécifique de l'an 2000 a été celui de vérifier et développer la qualité en 10 contextes :

- Collaboration et implication des familles
- Programmes de formation et insertion professionnelle
- Optimisation de l'utilisation des ressources résidentielles
- Utilisation rationnelle de la psychopharmacologie
- Qualification de l'*habitat*
- Médecin de base comme *tuteur de santé*
- Continuité thérapeutique
- Programmes thérapeutiques et de réhabilitation spécifiques (attention aux problème de genre)
- Protagonisme et participation des usagers
- Programmes de soutien en prison et d'évitement des OPG

## Données de flux / les activités / les prestations

Les données rapportées montrent des modifications substantielles dans le *mix* de prestations pour la santé mentale dans le temps (en ligne avec la philosophie de travail et l'organisation territoriale qu'on a voulu donner au DSM de Trieste).

En fait :

1. Le *turn-over* s'est stabilisé sur les 3.500 usagers par an
2. Il y a eu encore une réduction des lits d'hospitalisation en CSM et SPDC, de 64 en 1991 (+30 de la Clinique Psychiatrique), à 40 de 1999 (+16 de la Clinique Psychiatrique)
3. Augmentation des interventions de psychothérapies familiales, individuelles et de groupe (5.268 en 1991 ; 6.035 en 1999)
4. Augmentation des visites à domicile d'infirmiers, médecins, psychologues (11.568 en 1991 ; 14.158 en 1999)
5. Augmentation des entretiens avec des infirmiers, des médecins, des psychologues (24.038 en 1991 ; 29.847 en 1999)

Le nombre de TSO reste stable dans le temps : entre 20 et 25 par an. Il n'y a jamais plus que 11 x 100.000 habitants (la moyenne de 7 x 100.000 habitants est très basse par rapport à la moyenne nationale de 30-40 TSO x 100.000 habitants par an)

## Conclusions

L'organisation et la structure du DSM dans la réalité de Trieste confirment la nécessité de se confronter avec une demande caractérisée par une forte variabilité (par âge, milieu social d'appartenance, urgence, répétitivité, durée dans le temps), formulée par des sujets divers (famille, voisins, institutions, services pour le contrôle social), déterminant une confrontation nécessaire, souvent conflictuelle avec d'autres institutions du territoire, qui oblige à résoudre les problèmes de décharge de responsabilité, les risques de psychiatisation des besoins, les conflits de compétences.

L'attention pour ce type de demande a stimulé la diversification des procédures thérapeutiques, multiplié les ressources et les instruments qui doivent se rendre disponibles, et rendu possible l'accès aux services par des sujets divers (bénévoles, famille, professionnels). Dans ce sens le DSM doit garantir une certaine ouverture et des seuils d'accès bas et diversifiés ; il doit favoriser les temps brefs et l'activation de ressources massives et diverses. La construction de synergies et l'installation dans le réseau des services de la communauté sociale définit l'effort de créativité, de projets et dessine les voies possibles de développement ultérieur.

