



UN SERVICE DE SANTE MENTALE AU CŒUR DE LA CITE

La psychiatrie citoyenne des villes de Mons en
Baroeul, Hellemmes, Lezennes,
Ronchin, Faches Thumesnil, Lesquin
(Banlieue Est de Lille)



Centre de Santé Mentale de Mons en Baroeul



**SERVICE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DE PROXIMITE
EPSM LILLE-METROPOLE**
5 Place de Coubertin – 59790 RONCHIN - France
+33 (0)3 20 61 75 57 - ssueur@epsm-lille-metropole.fr
Site web : www.epsm-lille-metropole.fr

**CENTRE COLLABORATEUR OMS
EPSM LILLE-METROPOLE**
45 rue Maréchal Lyautey – 59370 MONS EN BAROEUL - France
+33 (0)3 20 43 71 00 - ccoms@epsm-lille-metropole.fr
Site web : www.epsm-lille-metropole.fr

*Illustration de couverture : Eve Lagarde
Année 2007*



*Partir à la découverte du secteur de psychiatrie générale de Lille-est, dans le nord de la France, offre une nouvelle image de la psychiatrie, innovante et expérimentale, respectueuse des droits de l'homme : **une psychiatrie citoyenne.***

A partir du contexte local et de l'histoire du secteur de psychiatrie, on découvrira des modalités de soins originales, une profusion de liens avec une multitude d'acteurs, un dispositif de santé mentale complètement intégré dans la vie de la cité. Le service de santé mentale est membre du Conseil Local de Santé, Santé Mentale et Citoyenneté constitué par les six municipalités du secteur de psychiatrie, les usagers, les associations, les services sanitaires et sociaux et les citoyens intéressés par la gestion de la santé mentale dans la cité.

Ses principes essentiels :

- être partenaire et ne pas avoir des partenaires
- être toujours en seconde ligne d'intervention, la première ligne étant le patient et son médecin traitant.
- gérer en partenariat la citoyenneté des usagers des services : accès aux droits, au dossier et aux fondamentaux : travail, logement, loisirs.



Le service de psychiatrie de Lille-est a été promu en 1998 "Site pilote pour la santé mentale communautaire", par le département Santé Mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Depuis 2001, il abrite le Centre Collaborateur français de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS). En janvier 2006 et février 2010, il a été re-désigné par l'OMS sur la base de son bilan et de son programme d'actions.

Il est leader par sa participation au développement de l'intégration des usagers dans le fonctionnement des services – et fait partie de la task force européenne mise en place par la commission européenne et l'OMS-Europe pour favoriser l'empowerment des usagers.

Il fait partie des membres fondateurs du Réseau International de Collaboration en Santé Mentale : Santé Mentale et Citoyenneté, créé en 2001 à Birmingham, pour promouvoir la coopération internationale dans le domaine des expériences pilotes en santé mentale communautaire. Ce réseau est devenu une ONG internationale en septembre 2006 à Lille (www.imhcn.org).

SOMMAIRE

PRESENTATION GENERALE

LA PSYCHIATRIE CITOYENNE A LILLE-EST.....	6
CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	7
UN PEU D'HISTOIRE	9
CONSULTATIONS ET VISITES A DOMICILE	12
Le service médico-psychologique de proximité	12
Les soins ambulatoires : des consultations et visites à domicile	12
Les prises en charge psychiatriques à temps complet dans la cité	13
L'Accueil Familial Thérapeutique Alternatif à l'Hospitalisation	13
Les Soins Intensifs Intégrés dans la Cité (SIIC).....	14
L'hospitalisation à temps plein est une alternative aux soins dans la cité	14
ACCOMPAGNEMENT : L'INSERTION QUI ACCOMPAGNE LE SOIN	16
L'habitat : HabiCité	16
Les loisirs, l'art et la culture	19
Les services d'activités d'insertion et de soins intégrés dans la Cité FRONTIERE\$ (SAISIC FRONTIERE\$)	20
Le fonds d'Art contemporain Frontière\$.....	21
INTEGRATION COMMUNAUTAIRE.....	22
Les élus	22
Les partenaires culturels	24
Les institutions sociales	23
Participation au dispositif « Diogène »	24
Les associations d'usagers et de familles	24
Les acteurs de santé des villes	25
Les patients	26

L'équipe de secteur	27
La faible place de l'hospitalisation plein temps, alternative aux prises en charge dans la cité	28
Changer le regard	30
La mobilité des patients et des professionnels	30
La recherche	31
Le travail en réseau	31
L'évaluation du service par les usagers	32
L'avenir de la psychiatrie citoyenne	33
Annexe 1 : Les principales recherches-action menées par le service	35
Articulation de la folie à la totalité du système social	35
Devenir et besoins de soins des personnes ayant le diagnostic de schizophrénie	35
La santé mentale en population générale : images et réalités	36
Présentation générale	36
Les principaux résultats	37
Annexe 2 : Bref historique des associations d'usagers de la psychiatrie dans la métropole lilloise	38
Annexe 3 : Présentation du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (Lille, France)	39
Annexe 4 : Rôle du Réseau International de bonnes pratiques en psychiatrie dans la restructuration du service de psychiatrie Lille-est (EPSM Lille-Métropole)	45

PRESENTATION GENERALE

LA PSYCHIATRIE CITOYENNE A LILLE-EST

Nous avons œuvré depuis trente ans pour intégrer la psychiatrie dans le champ de la médecine, et la santé mentale dans celui de la santé générale. La santé mentale devient l'affaire de tous : spécialistes et non-spécialistes de la psychiatrie et de l'exclusion sociale sont unis dans la lutte contre les troubles mentaux. L'information sur la maladie et les traitements, la prévention et la réhabilitation psychosociale font partie des droits des patients et des devoirs de la société.

La reprise du pouvoir par les usagers des services de santé mentale est une politique globale de transformation de l'offre de soins, que nous avons nommée **psychiatrie citoyenne**, et qui repose que les **5 principes suivants**, qui se sont construits au fil du temps :

- 1) Les droits de l'homme et du citoyen sont inaliénables, les troubles psychiques ne les annulent en aucun cas.
- 2) Justice et psychiatrie, prison et hôpital, enfermement et soins ne doivent plus être confondus.
- 3) C'est la société, et donc les services de santé mentale, qui doivent s'adapter aux besoins des patients et non le contraire
- 4) Il faut aller au terme de la politique de sectorisation, pensée en 1945, et fermer les lieux d'exclusion médicaux et sociaux.
- 5) La lutte contre la stigmatisation et les discriminations est indispensable : sensibiliser la population afin de modifier les préjugés de dangerosité, d'incompréhension et d'incurabilité entourant les personnes ayant à faire avec la psychiatrie.

L'application de ces principes au fonctionnement d'un service de soins implique des changements de pratiques fondamentaux, que l'on peut résumer ainsi :

- 1) **Changer de paradigme** : le service de psychiatrie ne doit plus **avoir** des partenaires mais **être** partenaire,
- 2) **Faire fonctionner le secteur de psychiatrie en réseau** avec les acteurs de la santé mentale : usagers, familles, acteurs sanitaires et sociaux des villes.
- 3) **Coordonner des réponses aux besoins de soins** de la population par l'implication des élus locaux, afin de donner une cohérence à un territoire de santé global et non ségrégatif, entre les services sanitaires, sociaux et culturels.
- 4) **Impliquer et intégrer les usagers et les familles** dans les soins et leur organisation

La citoyenneté est l'aboutissement de la prise de pouvoir des usagers sur leur maladie, une reprise des droits.

CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Le secteur de santé mentale des villes de Mons en Barœul, Hellemmes, Lezennes, Ronchin, Faches Thumesnil, Lesquin (Lille-est secteur 59G21) se déploie sur une superficie de 2653 hectares au sud-est de la Métropole lilloise, soit 6 villes¹ regroupant une population de 84.193 habitants vivant en zone urbaine. La gestion administrative du service est assurée par l'Etablissement public de santé mentale Lille-Métropole² (EPSM), dont le siège administratif est situé à Armentières, soit à 25 kilomètres à l'ouest de Lille.

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, 4,2% de la population est d'origine étrangère, le chômage y sévit particulièrement (15,6% contre 11,1% de moyenne nationale), entraînant une précarité importante de la population.

L'état sanitaire de la population est marqué par une surmortalité importante, l'espérance de vie la plus courte de France et un sous-équipement sanitaire.

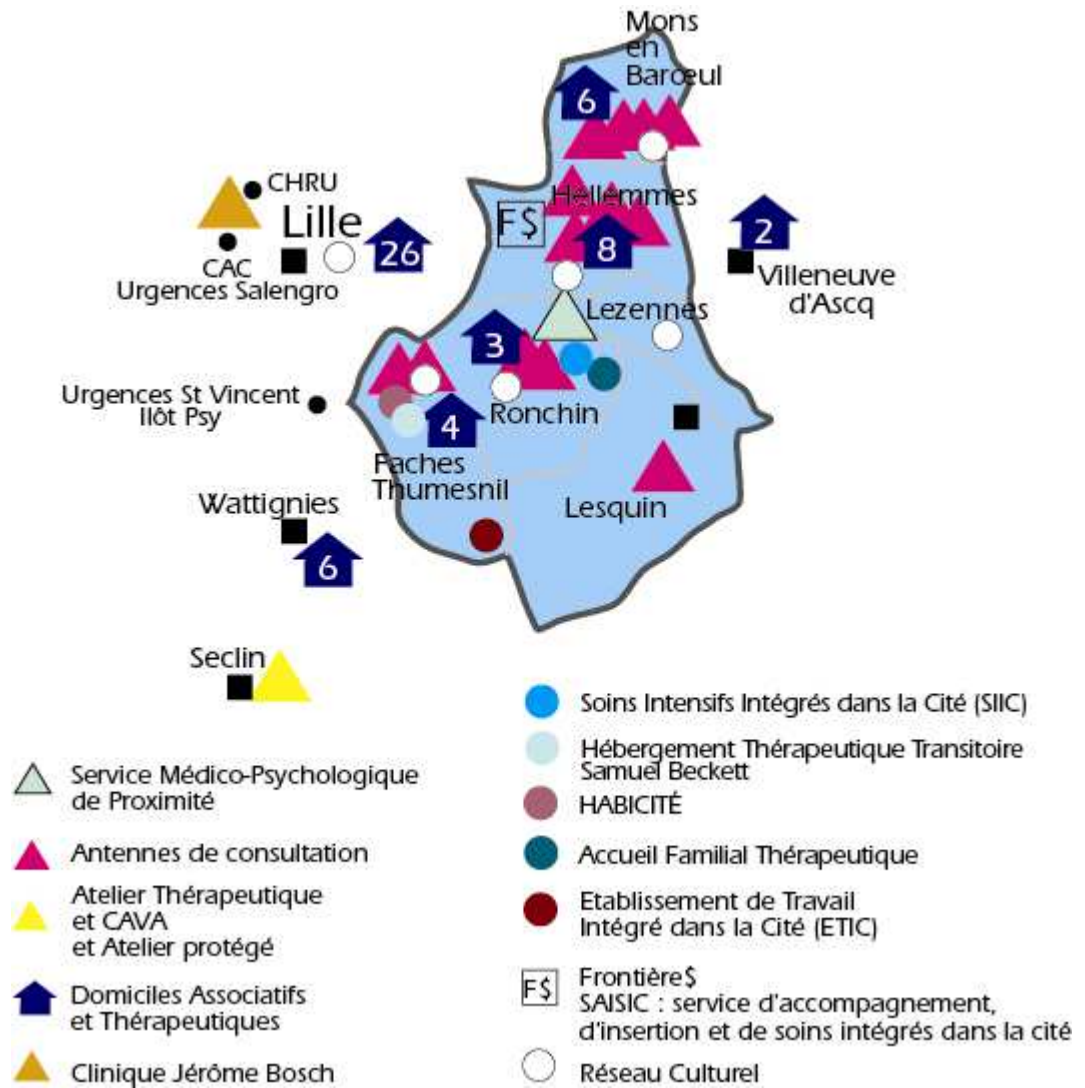
Le sous-équipement sanitaire général de la région Nord-Pas-de-Calais contraste avec des concentrations asilaires situées historiquement autour de Lille (4 grands hôpitaux psychiatriques), dont les unités de psychiatrie ont commencé, depuis 6 ans, à se redéployer au plus près des populations.

A noter aussi le manque cruel de médecins psychiatres publics et privés hors métropole lilloise, qui nécessiterait un plan d'urgence (25% des postes publics sont vacants).

¹ Lille Est regroupe les communes de : Faches-Thumesnil, Hellemmes-Lille, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin.

² Ancien Hôpital Psychiatrique d'Armentières rebaptisé Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole

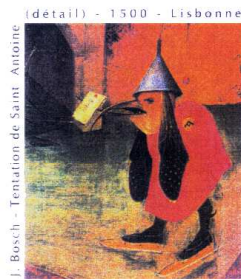
Carte du secteur Lille-est et des structures de soins et d'insertion



UN PEU D'HISTOIRE

C'est en 1977 que le Dr Jean-Luc Roelandt, alors jeune chef de service, prend la responsabilité de ce secteur de psychiatrie adulte. Il gère, à l'Hôpital Psychiatrique d'Armentières, 6 pavillons qui hébergent plus de 300 malades mentaux chroniques, parmi lesquels une soixantaine d'"agités" venant de toute la région et de la prison de Loos-lez-Lille, parqués dans le pavillon de force régional, et 15 personnes tuberculeuses. C'est cette réalité de départ, enfermée derrière les murs, qui en trente ans va se développer et devenir un service de santé mentale complètement inséré dans la cité³.

Pour aider à cette transformation est créée dès 1977 l'Association Médico-Psycho-Sociale (AMPS). Association de droit privé, elle réunit toutes les bonnes volontés de l'époque pour changer la réalité asilaire et développer la sectorisation. En liaison avec l'hôpital d'Armentières, l'AMPS regroupe les élus des six municipalités du secteur, des soignants, des partenaires sociaux et les personnes intéressées à la mise en œuvre de la politique de sectorisation, sur les territoires de Lille-est. Elle a servi de levier pour toutes les actions de partenariat menées avec les 6 municipalités. En 2010, l'AMPS a évolué et s'est transformé en « Conseil intercommunal Santé, Santé Mentale et Citoyenneté (CISSMC)⁴ » pour les habitants des villes du secteur.



logo AMPS

Dès 1977, la première mission de l'AMPS a été de sensibiliser la population aux problèmes de santé mentale et à l'importance de l'intégration dans la cité des personnes qui en souffrent. De nombreuses réunions ont été organisées dans les quartiers. En 1982, l'AMPS permet l'ouverture de la Maison Antonin Artaud (CMP et hôpital de jour) et favorise l'obtention gratuite du lieu par la municipalité d'Hellemmes.

Puis des travaux recherches-actions ont été menés, pour étudier plus précisément les représentations de la « maladie mentale » et de la « folie » et la stigmatisation. Ces travaux, soutenus par le Conseil régional Nord-Pas-de-Calais dès 1979, ont permis ensuite la mise en place d'une véritable politique d'intégration et de sensibilisation, par un travail en commun entre l'équipe de psychiatrie et des artistes locaux, avec toujours pour objectif de

³ Pour plus de détails sur l'historique, voir « Manuel de Psychiatrie citoyenne » Roelandt et Desmons, 2001, Eds InPress

⁴ suivant les mêmes principes de fonctionnement qu'un conseil local de santé mentale, mais intégrant la dimension santé, son président est le maire de Ronchin.

lutter contre l'image négative de la folie et des maladies mentales de la population des villes du secteur.

De multiples actions culturelles et artistiques ont associé les équipes psychiatriques et les instances municipales :

- *Semaine culturelle du pavillon 11, Procès de la folie* en 1984, à l'occasion de la fermeture définitive du pavillon de force régional,
- Réalisation de films (1983, 1998, 2005), de documentaire (1988, 2008, 2009)
- Campagnes d'affichage grand format « A la Folie », avec inauguration par les Maires (1990),
- Vernissage d'exposition d'œuvres d'art d'artistes ayant travaillé dans les structures du secteur dans des lieux banalisés.

En 1982, AGORA, un Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) spécialisé dans la réinsertion de patients psychiatriques hospitalisés au long cours, ouvre ses portes, ses salariés étant rémunérés par l'AMPS. Cette expérience initie les premiers contacts avec les bailleurs sociaux, pour la mise en place d'un appartement associatif et thérapeutique, puis pour l'accès aux logements associatifs disséminés pour lesquels le CISSMC continue d'être le porteur.

Ces trente années de travail commun au sein de l'association avec les instances sociales et sanitaires ont permis peu à peu de tisser le maillage qui constitue à présent le secteur de psychiatrie de la banlieue est de Lille. Le changement s'est fait en 2 étapes essentielles :

La première étape (1975-1995) a vu le passage de l'hôpital psychiatrique à la communauté, par le développement de la sectorisation, avec l'aide du budget global.

En 1975, 98% du budget est dédié à l'hospitalisation temps plein (soit 300 lits à Armentières) à 30km du lieu de vie des personnes.

Les structures de soins actuelles sont donc disséminées au sein des villes, dans une dizaine de lieux différents, en relation permanente les uns avec les autres, favorisant la circulation du patient entre chacune d'elles. Ces lieux de soins sont le plus souvent loués ou mis à disposition par les municipalités et les services sociaux et médicaux, situés au plus proche de la population soignée.

La seconde étape (1995-2010) a consisté à décentraliser et ouvrir le service de psychiatrie en intégrant les professionnels de l'équipe dans les services sanitaires, sociaux et culturels des municipalités. Cette intégration a amplifié l'implication des partenaires (usagers, familles, professionnels et élus) dans le système de décisions du service de psychiatrie. En 2009 s'est constitué un Conseil Local de Santé, Santé Mentale et Citoyenneté, présidé par le maire de Ronchin.

L'objectif global est de faire sortir l'équipe de psychiatrie de son ghetto et permettre ainsi que les professionnels soient « **fréquentables** » pour la population.

Aucune structure n'est mise en place sans l'avis conforme des élus municipaux. La philosophie générale est celle du soin et de l'accompagnement. La pratique est ouverte et multiple.

On peut espérer, qu'à la longue, grâce à cette politique, l'image de la psychiatrie change de manière positive en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques

Depuis 2010, l'évolution se poursuit en quittant le modèle de fonctionnement par « structure » et en recentrant sur un ensemble de services proposés aux citoyens. Ces services s'appuient sur le développement de la qualité et la réponse aux besoins des usagers.

La nécessité d'anticipation et de prévention de partenariat fait évoluer le service de secteur psychiatrique 59G21 vers une appréhension globale de la santé mentale prenant en compte la prévention, les soins et l'accompagnement du handicap.

L'ORGANISATION DES SOINS

CONSULTATIONS ET VISITES A DOMICILE

Le service médico-psychologique de proximité

*Pas de lieux de soins exclusivement psychiatriques.
Les soins sont proposés dans le dispositif sanitaire et social des villes.*

Les soins ambulatoires : consultations et visites à domicile

Le Service de Soins Médico-Psychologique de Proximité s'engage dans un processus de qualité centré sur le parcours de soins en s'adaptant aux besoins de la population. Pour ce faire un partenariat avec les villes est indispensable pour mener à bien cette mission. Les consultations se déroulent dans différents lieux. L'objectif étant de favoriser le lien, la communication et le partage des pratiques professionnels dans le but d'optimiser la qualité des soins offert à l'utilisateur.

En ce sens nous ne parlons plus de Centre Médico-Psychologique (CMP) mais bien de Soins Médico-Psychologique de Proximité (SMPP). Cette nouvelle dénomination est le fruit d'un travail qui dure depuis de nombreuses années. Effectivement nous ne parlons plus de « Centres » de consultation mais bien de Service d'accès aux soins de proximité. Cette proximité nous permet d'accentuer notre travail sur la destigmatisation.

Cela implique donc une cohésion et une diversité dans les approches et les orientations. En effet, des consultations sont assurées par des psychiatres, des infirmiers, des psychologues, des psychomotriciens, des psychanalyste dans les CCAS, à la maison médicale de Mons-en-baroeul, au centre de soins Paul Clermont, à la mission locale de Fâches-thumesnil, à Oxygène, au centre médico-sportif et dans les centres sociaux.

Les structures sont également ouvertes vers les partenaires car nous partageons les locaux du SMPP « Vam belleghem » qui se situe à Fâches-Thumesnil avec la PMI, la pédopsychiatrie Alfred Binet, la médecine scolaire, la médecine du travail.

En ce qui concerne la « Maison Antonin Artaud » qui se situe sur Hellemmes, le lieu est quant à lui partagé avec des consultations intersectoriel Don Jackson (consultations de thérapie familiale, de couple....) et le service de prévention santé.

Outre des lieux de consultations les équipes rencontrent les usagers à leur domicile dans le cadre des visites à domicile. L'objectif étant de favoriser l'accompagnement vers les soins, le lien et le bien-être de l'utilisateur et de son entourage.

Les urgences sont accueillies dans tous ces lieux sur des plages d'urgences réservées dans le planning quotidien des professionnels.

Les personnes désirant une consultation psychiatrique dans notre service rencontrent **systématiquement** auparavant leur médecin généraliste, qui les oriente, accompagnées d'une lettre de liaison. Ces personnes sont accueillies dans les 48h par un infirmier du service, qui évalue la situation et le degré d'urgence.

En fonction de l'avis du médecin traitant et du résultat de l'évaluation infirmière, si nécessaire le patient est vu le jour même par un psychiatre. Pour les cas jugés moins urgents, une réunion pluridisciplinaire est organisée deux fois par semaine, afin d'orienter au mieux les patients. Un courrier est envoyé alors au médecin traitant pour lui indiquer le type de soins proposés et favoriser le lien.

Les prises en charge à temps complet dans la cité

L'Accueil Familial Thérapeutique Alternatif à l'Hospitalisation

L'accueil familial thérapeutique alternatif à l'hospitalisation a été mis en place en 2000 et est actuellement bien rodé. Si trois familles accueillent au long cours des patients stabilisés (forme « classique » de l'AFT), 4 autres familles (totalisant 6 places) accueillent des patients en phase aiguë, comme alternatives à l'hospitalisation.

Dans ce cas, le patient est adressé soit directement à la famille, à l'issue d'une consultation, soit secondairement après une hospitalisation et pour une durée de quelques jours à quelques semaines.

La consigne donnée aux familles est d'accueillir la personne et non pas de la soigner. Une équipe infirmière, éducative et médicale assure la prise en charge, lors des visites au domicile (gestion du traitement, lien avec les activités thérapeutiques et les consultations du secteur, afin d'élaborer le projet individuel).

La prise en charge est similaire à celle proposée au sein de l'unité d'hospitalisation plein temps située à l'hôpital : médicaments, hydrothérapie, activités thérapeutiques, réalisées dans la cité (aux centres de consultations et dans les centres d'activités des villes).

Les familles sont rémunérées par l'EPSM Lille-Métropole. Elles font partie intégrante de l'équipe. Elles fournissent une attention et un soutien très importants pour les patients. Dans les familles alternatives à l'hospitalisation (de court séjour) la durée moyenne de séjour est de 21 jours ; dans celle de moyen séjour elle est de plus d'un an.

L'accueil en famille est thérapeutique de par la dynamique familiale et la complémentarité avec l'équipe de professionnel qui s'installe, et qui permet un soin à temps complet personnalisé de qualité. Pour les personnes en phase aiguë de il compense un environnement relationnel insuffisants dans leur vie actuelle.

L'EPSM Lille Métropole poursuit sa politique de recherche de famille d'accueil.

Les Soins Intensifs Intégrés dans la Cité (SIIC)

Cette équipe mobile organise le suivi renforcé à domicile et en ville pendant une période de 15 jours à 3 semaines limités mais renouvelables, de personnes le nécessitant (entretien infirmier, consultations psychiatriques, psychologiques, relaxation, activités...). Ce suivi permet la prise en compte de l'entourage proche et des besoins des patients, dans des délais brefs. Ce mode d'intervention implique les soignants du territoire (infirmiers libéraux, médecin généraliste, pharmacien de proximité...) et l'ensemble des aidants naturels de la personne (famille, amis, entourage...).

Douze prises en charge sont assurées quotidiennement par l'équipe.

C'est la même équipe, en lien avec le médecin psychiatre d'astreinte sur le secteur, qui est mobilisable 24h/24 pour les personnes prises en charge dans le service. Elle répond aux situations qui nécessitent une totale continuité et proximité des soins.

L'intérêt et la réussite de ce dispositif résident dans l'implication forte des personnes aidantes de l'entourage et du médecin généraliste, maillon indispensable de la continuité des soins.

L'hospitalisation à temps plein est une alternative aux soins dans la cité

Héritage de l'histoire du secteur, la Clinique Jérôme Bosch, unité d'hospitalisation temps plein, reste localisée dans l'EPSM Lille-Métropole, à Armentières, soit à 25 kms à l'ouest de Lille (soit environ 30 à 40 minutes en voiture des communes du secteur de Lille-est).

Au moment de son ouverture en 1986 elle avait une capacité de 75 lits ; désormais seuls 12 lits sont utilisés. Spacieux et lumineux, ses locaux ont été conçus par un architecte avec des patients ayant vécu l'expérience de l'enfermement. Les programmes alternatifs à l'hospitalisation développés ont permis de limiter l'hospitalisation à 7,74 personnes en moyenne en 2009 (dont 5.5 venant du secteur), pour une durée moyenne de séjour de 7-8 jours. Au cours de l'année 2009 il n'y a jamais eu plus de 12 patients hospitalisés simultanément.

Pendant l'hospitalisation, outre les entretiens médicaux, psychologiques, infirmiers et socio-éducatifs, le patient bénéficie de prises en charge psycho-corporelles (psychomotricité, hydrothérapie, relaxation) et peut se rendre toutes les après-midi en ville aux activités du centre d'art Frontière\$.

L'unité d'hospitalisation est entièrement ouverte de 8h30 à 19h00 ; les portes ne sont pas fermées à clef, une personne à l'entrée s'assure des entrées et sorties des personnes, quel que soit leur mode d'hospitalisation : d'office (HO), à la demande d'un tiers (HDT) ou libre (HL).

Les patients ont accès aux informations qui les concernent, dont leur traitement médicamenteux (le dictionnaire des médicaments Vidal© est à leur disposition). Ils participent aussi deux fois par semaine aux réunions soignants/soignés.

Il existe une articulation étroite avec les équipes du secteur, qui établissent un premier contact avec le patient au cours de l'hospitalisation, en prévision de sa sortie. De même, certaines personnes hospitalisées sont accompagnés quotidiennement dans les activités organisées par le centre Frontière\$ pour bénéficier d'activités thérapeutiques, et de repas à la salle Concorde (dans une centre socio-éducatif municipal), avec les patients suivis en ambulatoire.

La recherche-action « médiateurs de santé/pairs, menée par le CCOMS, en lien avec les autres secteurs de l'EPSM Lille-Métropole et la Fnapsy, a pour objectif d'élaborer, à partir d'expériences étrangères (Etats-unis, Angleterre, Canada...), une formation reconnue de travailleurs pairs-aidant (TPA). Cette formation diplômante sera destinée à des personnes ayant une expérience significative des problèmes de santé mentale et du système de soins, en vu de leur embauche dans les services de soins.

De nombreuses études montrent que les pairs-aidants a permis une évolution de la culture de soins en santé mentale allant dans le sens d'une amélioration du service rendu. Le groupe pilote est composé pour moitié d'usagers en santé mentale considérés comme « chercheurs associés ».

ACCOMPAGNEMENT : L'INSERTION QUI ACCOMPAGNE LE SOIN

L'objectif du programme d'insertion et d'accompagnement est d'allier insertion et soins par l'intégration de l'utilisateur dans la cité, la continuité dans l'élaboration du projet social et sanitaire initial et la régularisation de sa situation administrative, financière et sociale.

Trois axes sont essentiels à développer et entrecroiser pour atteindre cet objectif général : l'habitat, le travail, les loisirs, l'art et la culture.

L'habitat : HabiCité

Le rapport à l'habitat dans un territoire est une préoccupation centrale, partagée par les acteurs de la cité, les professionnels qui accompagnent la santé, la santé mentale, la citoyenneté, les usagers occupant une place centrale dans le dessin et le dessein de cette perspective. Il s'agit de donner une réalité citoyenne au maillage sectoriel par une approche réaliste de l'habitat et des problématiques d'accès et de maintien dans un logement.

Nombre d'utilisateur rencontre des difficultés à se loger de manière acceptable. L'ensemble de la proposition d'hébergement est maintenu grâce au CISSMC qui soutient les actions d'HabiCité, en particulier à travers la commission appartement qui en est l'organe décisionnel.

Les usagers du service peuvent ainsi se porter candidats à ce type d'hébergement en utilisant le support d'une association, le C.I.S.S.M.C , Conseil Intercommunal de Santé, Santé Mentale et Citoyenneté. *(anciennement l'A.M.P.S. Association Médico Psycho Sociale créée en 1977 assurait cette fonction) .*

HabiCité est un support matériel et humain qui permet l'accompagnement d'utilisateurs en situation de handicap psychique, habitat disséminé en colocation, résidence, ou centre transitoire. Au delà des appartements associatifs, des places d'hébergement sont conventionnées avec des foyers(CHRS, foyers pour migrants...). L'intervention se fait également en amont afin de préparer l'accès.

Il s'agit de dépasser la notion d'insertion pour s'acheminer vers la notion d'intégration, de dépasser la notion de logement pour entrer dans la notion d'habitat.

Les missions sont variées.

Respect des droits et des devoirs : dans une dynamique citoyenne, notamment en ce qui concerne l'accès à des solutions d'hébergement temporaires ou d'habitat plus durable.

Information et orientation vers le droit commun : favoriser l'expérience d'une certaine qualité de vie et de la variété du lien social que propose la ville.

Santé : il s'agit de donner à l'accompagnement de personnes en souffrance psychique une dimension qui intègre les réalités d'une santé globale dans un environnement où chaque acteur retrouve sa juste place (médecins traitants, acteurs institutionnels et politiques, institutions d'aide sociale, acteurs associatifs...)

HabiCité comporte trois structures d'accueil, soit des environnements en synergie,

Les appartements associatifs

Le centre transitoire Samuel Beckett

La résidence André Breton

Le centre transitoire Samuel Beckett

Ancien centre d'hébergement et de réinsertion sociale, à destination des patients du secteur. Propriété de la municipalité, il est mis à disposition de l'EPSM. Il accueille 3 personnes dans un lieu thérapeutique, associatif et social, transitoirement vers une solution de logement, en appartement privé ou social, en maison de retraite ou toute autre structure. L'équipe éducative évalue les capacités d'autonomie des personnes à vivre seules ou en cohabitation et à gérer seul leur quotidien. Les infirmiers assurent les soins et une présence de nuit. Les admissions sont prononcées par un responsable de l'association, la plupart du temps un élu local.

La Résidence André Breton Rattachée à l'EPSM Lille Métropole

Elle est située au cœur même de la Ville. Cette structure associative et thérapeutique, créée en 1991, unique et précurseur en matière de lieu de vie est le fruit de la volonté du Dr Roelandt. A l'époque, il n'existait encore aucune structure adaptée aux personnes sortant de « psychiatrie » et relevant du domaine médico-social.

Chaque résident est locataire de son appartement, donc l'aide sociale est possible (APL, FSL). C'est une réelle alternative qui permet aux résidents un maintien dans un logement avec un suivi adapté. En effet, des structures adaptées comme les foyers de vie ou d'hébergement, FAM, MAS,... atteignent parfois une attente de plus de 5 ans.

La Résidence A. Breton se compose :

De 6 appartements associatifs à l'étage, où sont locataires des usagers autonomes.

D'un grand appartement T7 au RDC qui accueille 6 usagers ayant besoin de stimulation pour les actes de la vie quotidienne. Cet accueil est soutenu par la présence constante de professionnels 24h/24.

De plus, la Résidence A. Breton comporte également à l'étage 5 logements sociaux gérés entièrement par le CCAS de Fâches-Thumesnil.

L'équipe **pluridisciplinaire** assure le suivi des résidents, le maintient le contact avec les médecins de ville, a un rôle de stimulation au lien social (famille, associations de quartier, activités thérapeutiques,...), coordonne avec le résident les actes de la vie quotidienne, organise et assure avec les résidents des projets ponctuels de groupe ou individualisé.

La filière travail : Fernand LEGER

Il s'agit d'un accompagnement du parcours professionnel de toute personne issue du secteur réalisé par une ergothérapeute.

L'usager reçoit des informations concernant les perspectives qui s'offrent à lui selon qu'il soit ou non demandeur d'emploi ou en arrêt de travail, qu'il ait ou non la RQTH, qu'il ait déjà travaillé ou jamais.

Un parcours individualisé est mis en place, celui-ci fait appel à divers partenaires de droit commun : Cap Emploi, Centre Lillois de Rééducation Professionnelle, missions locales...selon les capacités et attentes repérées. Des entretiens réguliers permettent de soutenir, évaluer, orienter l'usager à tous les stades de son parcours.

Le CAVA-IRIS

Un partenariat privilégié depuis 25 ans est établi depuis de nombreuses années avec le CAVA situé sur Seclin, structure associative qui fait partie du champ de l'insertion par l'activité économique. Le CAVA favorise l'accès à l'emploi des personnes en grande difficulté sociale et professionnelle par l'embauche en contrat d'insertion sur une activité de conditionnement ou d'espaces verts.

Le partenariat se traduit par l'attribution de 10 places pour des usagers afin de réamorcer les habiletés professionnelles (rythmes, gestes professionnels, travail en équipe...) dans un véritable contexte de travail.

Les personnes y exercent leur activité avec des salariés du CAVA, elle sont accueillies en convention de bénévolat pour des durées et rythmes hebdomadaires très variables (selon leur capacités et projets).

Un professionnel du service de santé mentale est mis à disposition du CAVA pour accompagner et encadrer ces usagers.

Un établissement et services d'aide par le travail, intégré dans la cité (ETIC)

Un projet d'ESAT expérimental a vu le jour, porté par l'EPSM Lille Métropole, suite à une réflexion de trois ans menée par un comité de pilotage animé par le maire de Lezennes dans le cadre du CLSM, et composé de représentants d'associations d'usagers et de familles d'usagers, de professionnels de l'insertion par l'économique.

Il est qualifié « intégré dans la cité » dans la mesure où il est dépourvu d'unité de production, la totalité des travailleurs handicapés exerçant leur activité professionnelle au sein des municipalités, collectivités locales et

associations partenaires, par voie de mise à disposition de l'ESAT qui reste leur employeur.

Il permet aux personnes d'intégrer le milieu ordinaire dans des conditions classiques, d'y faire néanmoins leur place, dans des conditions aménagées au titre du handicap psychique. L'adaptation du poste passe par la systématisation du temps partiel ; parallèlement un accompagnement soutenu et personnalisé est réalisé tant sur le plan professionnel que socio-éducatif.

Le chantier thérapeutique

Depuis 2006, s'ajoute à ce dispositif un nouveau projet : « le chantier thérapeutique ». Il permet de proposer une activité nouvelle de type rénovation pour des usagers encore en soins.

Il est basé sur le principe du bénévolat et de l'entre-aide par et pour les usagers et est animé et encadré par un moniteur éducateur, une ergothérapeute. C'est une première marche vers le retour à l'emploi en faisant jouer les solidarités actives.

En 6 ans, 14 appartements ont été rénovés par un groupe de 6 usagers. Un deuxième groupe de 3 personnes encadrées par le moniteur éducateur a vu le jour pour permettre une meilleure évaluation des potentiels de retour à l'emploi.

Depuis 2012, le projet des chantiers thérapeutiques s'oriente vers une réaffirmation de l'objectif du retour vers l'emploi en cherchant à valoriser la participation active des usagers en leur offrant un statut de salarié.

Les loisirs, l'art et la culture

C'est à partir du service « FRONTIERES\$ » que se déploient les activités artistiques, dans le cadre d'un partenariat hôpital/culture, initié il y a plus de 30 ans^{5[1]}.

Cela a débuté par la remise en état de la Clinique Jérôme Bosch, ancien pavillon de force, par les patients qui y ont séjourné, en relation avec une architecte. La maquette du pavillon avait été présentée pendant la semaine culturelle Pavillon 11 – Procès de la folie en 1984. A l'époque, nous avons souhaité que cette unité d'hospitalisation s'installe dans une des villes du secteur. Cela n'a pas été possible du fait des pressions politiques et médicales locales, qui voulaient maintenir l'emploi lié à « la folie » sur le site d'Armentières.

Les artistes ont un contact très libre et naturel avec les personnes qui ont des troubles mentaux, ils sont les vecteurs naturels vers la normalité, qu'ils questionnent eux-mêmes.

^{5[1]} A noter que le secteur a participé à la mission « Santé, culture, pratique musicale en institution » organisée en 1983-84 par le Ministère de la Culture et le Ministère de la Santé.

L'art a ceci de particulier qu'il établit une égalité entre malades et non malades, en ce qui concerne la production artistique. Il permet une valorisation et une sublimation personnelle et sociale.

L'intégration des artistes dans un secteur de psychiatrie, aide à la réalisation d'un travail imaginatif, d'une créativité qui traverse la stigmatisation dont sont victimes les personnes qui ont des troubles psychiques⁶. Aujourd'hui, les activités artistiques, culturelles, de loisirs et de sports s'intègrent aux projets d'établissement des équipements municipaux ou associatifs dans lesquelles elles sont accueillies. Dans cette perspective d'intégration, y émergent des projets en résonance avec l'actualité événementielle culturelle du territoire, et ce en lien avec le CISSMC..

Les services d'activités d'insertion et de soins intégrés dans la Cité FRONTIERE\$ (SAISIC FRONTIERE\$)

Les centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) sont ici des *services d'activités d'insertion et de soins intégrés dans la cité*.

En effet plus que de proposer un planning diversifié, ouvert vers les loisirs et la vie quotidienne des habitants, les activités sont avant tout conçues comme un tremplin pour favoriser l'intégration des usagers dans la vie associative locale et leur donner les outils pour rompre leur isolement social. Ces activités associent la possibilité de prise de repas dans les restaurants municipaux, les maisons de retraite ou dans une salle municipale avec des repas livrés par traiteur.

Au total, 22 activités sont proposées par semaine. Elles ont toutes lieu dans 16 lieux de la Cité (association, centre social, médiathèque, école de musique, maison de retraite, salle de sport...).

Parmi ces 22 activités : 3 activités psychomotricité, 6 activités autour du corps (alimentation, soins du corps, activité physique); 7 activités plastiques, initiation arts visuels, 5 activités "corps en scène" (pratique théâtrale et musicale), 1 activité chantier.

Plus de 400 patients bénéficient de ce type de prise en charge ambulatoire chaque année pour plus de 200 places disponibles au sein des activités. Afin d'améliorer l'accès et les représentations sociales, de plus en plus d'activités sont ouvertes à la population.

Actuellement, 27 heures d'interventions artistiques et culturelles par semaine sont financées par l'EPSM Lille-Métropole pour les activités artistiques. De plus, un poste d'artiste à temps plein, intégré à l'équipe du SAISIC Frontière\$, a été créé. Les structures culturelles du secteur, voire de la ville de Lille, sont investies par ces activités, des groupes sont animés par les

⁶ Comme cette brève description le laisse sous-entendre, il ne s'agit en aucun cas d'Art Thérapie, l'objectif n'étant pas de « soigner par l'art », mais bien plutôt de permettre la non-stigmatisation grâce à l'art et le contact avec des artistes. Les intervenants ne sont pas des thérapeutes mais des artistes. Pour un approfondissement de cette question, voir « Manuel de Psychiatrie citoyenne » Roelandt et Desmons, 2001, Eds InPress.

artistes et encadrés par des infirmiers et éducateurs du secteur et animateurs socio-culturels.

Le fonds d'Art contemporain Frontière\$

Ce fonds est un ensemble de 500 œuvres sur papier (originaux et multiples) créé en 1996 et mis en dépôt au centre d'Art Frontière\$. Initialement mise en place par Gérard Duchêne, artiste lillois engagé dans la lutte contre les exclusions et compagnon de route du travail de psychiatrie citoyenne.

Il regroupe des œuvres d'artistes connus et moins connus, ayant ou pas eu un contact avec la santé mentale. Il développe des liens entre les artistes, afin de transformer positivement l'image de l'art contemporain.

Ce fonds propose une approche éclectique des réalités de production et de réflexions artistiques contemporaines. C'est un lieu de confrontation perpétuelle entre certains contenus artistiques, ouvert à l'échange et au métissage.

Une manière de changer notre regard est de démontrer que ces œuvres occupent de par leur richesse dans les formes, mouvements, couleurs, exploitations des matériaux, unité des compositions et efficacité de signification ou d'imagination, une place prégnante dans leur rapport au monde.

Le fonds d'art est également et avant tout un moyen efficace de lutter contre la stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiques, en permettant une lisibilité des œuvres, dont la valeur esthétique n'est ici en rien lié à la notoriété de l'auteur, mais figure dans la reconnaissance du public.

Le Fonds d'Art Contemporain est géré par le Conseil Intercommunal de Santé, Santé Mentale et Citoyenneté (CISSMC) en liaison avec l'EPSM Lille-Métropole. Il reçoit le soutien du Conseil régional Nord-Pas-de-Calais, de la Direction régionale des affaires culturelles, du Conseil général du Nord, des Villes de Lille et de Lezennes et du Centre Collaborateur OMS.

INTEGRATION COMMUNAUTAIRE

NE PAS AVOIR DES PARTENAIRES MAIS ETRE PARTENAIRE

Outre la multiplicité des lieux de soins et leur intégration dans le tissu urbain, l'originalité service de santé mentale des villes de Mons en Baroeul, Hellemmes, Lezennes, Ronchin, Faches Thumesnil, Lesquin réside dans la diversité des liens établis avec les partenaires, au sein d'un véritable réseau de partenariats actifs.

Les élus

Interpellés dès 1977 par l'AMPS, ils ont accepté de s'interroger sur les représentations de la maladie mentale. Ils ont relayé dans leur ville la campagne d'affichage pour la promotion de la santé mentale « A la folie ». Les affiches, œuvres d'artiste retenues par un jury composé d'élus locaux, de professionnels de l'art et de la santé, ont été apposés, avec le concours de l'afficheur « Dauphin », sur la voie publique, et on fait l'objet d'un vernissage organisé par le maire.

L'association Médico-Psycho-Sociale (AMPS) et le Conseil intercommunale santé, santé mentale et citoyenneté (AISSMC)

Les élus apparaissent au premier plan de ce maillage et sont engagés dans le travail d'insertion par la mise à disposition de logements, de lieux de consultation, ainsi que de salles municipales pour la restauration et les activités thérapeutiques.

En actionnant leurs réseaux, ils facilitent l'ouverture des portes et aplanissent les difficultés, pour donner à leurs administrés souffrant de troubles psychiques, un véritable droit de cité. Ils ont permis l'accès au logement et au travail pour les personnes sortant de longues hospitalisations et aujourd'hui pour les personnes handicapées psychiques.

Le système de soins de santé mentale est désormais complètement intégré dans la cité, grâce au soutien des municipalités et à l'action des usagers et des aidants.

Depuis les années 2000, la santé est réapparue dans le débat municipal en raison de l'augmentation des populations en difficultés économiques et sociales, difficultés entraînant une souffrance psycho-sociale et un isolement. L'existence de spécificités locales en terme de santé surtout dans la Région Nord/Pas-de-Calais, l'influence des déterminants économiques, sociaux et culturels sur la santé et les retentissements de la maladie dans la vie de tous les jours, nécessitent une réponse de proximité en matière de santé physique et de santé mentale.

De plus, certaines questions perdurent toujours quant à l'accès aux soins, la prévention, la déstigmatisation et la non discrimination pour les personnes qui ont des problèmes de santé somatique et mentale.

Enfin, on ne peut séparer artificiellement la santé mentale de la santé physique et du bien-être des populations. La responsabilité de la prévention dans le champ de la santé est tout à fait partagée entre les acteurs sanitaires, sociaux et les individus eux-mêmes.

Pour tenter de mieux répondre à ces enjeux, une nouvelle association a été créée en 2010 pour les habitants des villes de Faches-Thumesnil, Hellemmes, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Baroeul et Ronchin : le Conseil intercommunale santé, santé mentale et citoyenneté (CISSMC).

L'AMPS a été dissoute en mars 2012, après avoir transmis son héritage militant et philosophique à le CISSMC, qui l'a accepté.

Le conseil intercommunale est une instance collective de concertation et d'élaboration de projets, sur le thème de la santé physique et mentale, entendue comme un champ d'intervention transversal associant les spécialistes de la santé physique et mentale, les acteurs sociaux de la communauté en lien étroit avec les collectivités territoriales, les habitants et les usagers.

Elle propose et élabore des projets locaux en vue d'améliorer :

- l'information, l'accès aux soins, la prévention et la promotion de la santé physique et mentale,

- des actions d'information existent à travers les « ateliers mieux-être » - temps d'échange à propos de thématiques de santé établies auprès de la population avec un usager et un professionnel dans le but de déstigmatiser et sensibiliser.

- Un programme de sensibilisation à la prévention au suicide est en phase finale de mise en place : « Prévention suicide : tous concernés (sensibilisation aux risques suicidaires et aux entretiens de crise) »

- la pleine participation à la citoyenneté et la lutte contre l'exclusion des personnes vulnérables ayant des problèmes de santé physique et mentale.

L'association remplit également une fonction d'observatoire des besoins, grâce à la participation de tous les acteurs du territoire.

Elle a enfin pour mission de promouvoir la réflexion, la recherche et la publication attenant à ses objectifs.

L'Association Intercommunale de Santé, Santé Mentale et Citoyenneté poursuit un but exclusivement désintéressé et s'interdit tout but lucratif.

Les institutions sociales

Les institutions sociales représentent des interlocuteurs incontournables : travailleurs sociaux, Centres communaux d'action sociale et Conseil général, sont fréquemment impliqués dans la prise en charge, garantissant un accès aux droits de la personne. Le recours à leurs services, en lien avec les associations tutélaires, permet d'assurer la permanence du logement et la régulation des problèmes de ressources et d'insertion.

Le point d'ancrage de cette collaboration est illustré par le partage de locaux communs du Conseil général, dans les Centres de prévention et d'action sociale de Mons-en-Baroeul, d'Hellemmes et de Lesquin, pour une consultation de psychiatrie. De plus, des liens privilégiés sont formalisés par

convention avec les associations lilloises dévouées aux sans abris, en collaboration avec 6 autres secteurs de psychiatrie générale.

Participation au dispositif « Diogène »

Le dispositif DIOGENE pour les personnes en situation de grande précarité et qui souffrent de troubles psychiatriques a été mis en place par l'ensemble des secteurs de Lille et les 17 structures sociales pour sans-abri de la métropole lilloise. Il prend en charge des personnes SDF dans leur milieu de vie ou auprès des structures d'hébergement, et permet un accès aux soins psychiatriques, articulés entre les secteurs de psychiatrie et leur médecin traitant, afin d'assurer une continuité de soins malgré leur désocialisation.

Si leur état le nécessite, les personnes sont vues en consultation ou hospitalisées (à tour de rôle sur tous les secteurs par date de naissance) et prises en charge ensuite par le secteur psychiatrique qui les reçoit.

Les partenaires et institutions culturelles

La galerie lasécu, l'espace culturel de l'Université Lille 1, les artistes indépendants, plasticiens, photographes, musiciens, permettent d'offrir des activités thérapeutiques complètement intégrées dans le paysage culturel local.

Aller voir une exposition, monter une pièce de théâtre, participer au vernissage d'une exposition d'œuvres d'arts, représente pour certains patients une expérience nouvelle, moteur d'une ouverture plus grande aux autres et à la réalité.

L'Orchestre National de Lille, la compagnie théâtrale Nieke Swennen, Danse à Lille, les artistes indépendants, plasticiens, photographes, musiciens, permettent d'offrir des activités thérapeutiques complètement intégrées dans le paysage culturel local.

Aller au concert, créer un ballet, participer au vernissage d'une exposition d'œuvres d'arts, représente pour certains patients une expérience nouvelle, moteur d'une ouverture plus grande aux autres et à la réalité.

Les associations d'usagers et de familles

Les associations d'usagers et d'ex-usagers des services de psychiatrie sont des partenaires privilégiées, des "experts d'expérience" en matière de santé mentale. Adhérentes à la FNAP-Psy⁷, ces associations développent une action de représentation et de formation des usagers. Elles sont participant activement aux programmes de recherche du CCOMS.

Des représentants de l'UNAFAM⁸, siègent à la Commission d'attribution des appartements, et sont de plus en plus sollicités pour s'associer aux manifestations du secteur et à ses projets.

⁷ Fédération Nationale des associations d'(ex-) patients en psychiatrie

⁸ Union Nationale des Amis et Familles des Malades psychiques

Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), lieux d'accueil et d'entraide gérés par les usagers deviennent des partenaires essentiels de la réinsertion et la lutte contre l'isolement social. Initiés en 2005 grâce à un financement gouvernemental, ces groupes deviennent des passerelles permettant aux usagers de sortir progressivement du système de soins psychiatrique.

Il existe actuellement 2 GEM sur le secteur : **Amitié et Partage** à Mons-en-Baroeul et **Les Ch'tis Bonheurs** à Ronchin, qui disposent chacun de leurs propres locaux. Un étroit partenariat mis en place avec les GEM permet aux personnes que nous suivons de trouver un lieu de convivialité et de loisirs dont l'impact est important dans leur processus de rétablissement (pour plus de détails, voir l'historique en Annexes).

Les acteurs de santé des villes

Enfin, un autre partenariat est instauré de longue date avec les autres acteurs locaux du soin. Tout d'abord les **médecins généralistes** des villes du secteur, collaborateurs essentiels à tous les suivis. Depuis plus de 20 ans, des relations étroites ont été établies avec chacun d'eux et nous permettent d'adresser aisément les patients en consultation, d'échanger de manière systématiques des courriers pour chaque consultation ou hospitalisation. Les médecins généralistes sont les seuls prescripteurs des patients (hors hospitalisation), sur proposition du psychiatre consultant du service. La systématisation des courriers, des appels téléphoniques, des rencontres, permet d'échanger en permanence sur les modalités de prise en charge des patients, sachant que par leur fonction de médecin de famille, ils sont au plus près de la vie quotidienne des usagers.

Les **pharmaciens** s'intègrent aussi à ce partenariat, permettant la délivrance en officine des traitements, dans le cadre d'une relation de proximité avec le patient et d'une banalisation de la prise des traitements prescrits et la prévention des risques.

Les **infirmiers libéraux** sont eux aussi des acteurs de santé importants, mobilisés auprès des usagers pour l'aide à la gestion des traitements et dans le suivi. Ils participent à la prévention et la réduction des risques. Des consultations ont été ouvertes dans les locaux du centre de soins Paul Clermont à Hellemmes.

Enfin, des liens très étroits sont établis avec le **Centre d'accueil et de crise (CAC)** du Centre hospitalier régional universitaire de Lille (unité 72 heures pour patients en détresse aiguë), le service des **urgences de St Vincent** (hôpital lillois de proximité) et les **urgences générales** du CHRU, où les psychiatres du service effectuent régulièrement des gardes. Lors de l'hospitalisation d'un usager au CAC, l'équipe du SIIC (Soins Intensifs Intégrés dans la cité) se rend systématiquement sur place, pour envisager avec le patient, son entourage et son médecin référent, les modalités de prise en charge à la sortie, dans un souci de continuité entre accueil d'urgence et soins à court et moyen terme.

EVALUATION EN QUELQUES CHIFFRES

En 2012, 81% des professionnels sont affectés dans la cité, 19% restant affectés pour l'hospitalisation temps plein (10 lits installés dont 7 occupés en moyenne)

Les patients

Le tableau ci-dessous montre l'évolution de l'activité du secteur par catégorie de lieux de soins, soit le passage de soins uniquement hospitaliers à des soins à la personne en ambulatoire. Cette évolution s'est accompagnée d'une forte diminution des lits hospitaliers, de la durée moyenne de séjour et du taux moyen d'occupation des lits. Cet effet est particulièrement notable à l'ouverture de l'AFTAH⁹ en 2002 et du SIIC¹⁰ en 2005 et également lié à l'organisation de l'accueil précoce par les IDE et à la mobilisation d'un psychiatre gérant toutes les situations d'urgence en ambulatoire et au domicile.

	1971	2002 (AFTAH)	2005 (SIIC)	2009	2010	2011	2012
Nb de personnes en soin	589	1677	1898	2507	2572	2661	2798
Soins ambulatoires	/	23478	25808	34700	48315	44704	61058
Nb d'admissions hospitalisation	145	444	353	322	360	328	301
Dont soins sans consentement HO-HDT	145 (100%)	96 (22%)	92 (27%)	66 (21%)	88 (24%)	81 (25%)	84 (28%)
Durée moyenne de séjour à l'hôpital (jours)	± 213	14.5	12.4	8	6.5	7.8	7.5
Occupation des lits en moyenne (lits/jr)	± 314	17.5	11.64	7	6.4	7.4	6.6
Nb de lits installés	209	26	26	12	12	12	10

Au cours de l'année 2012, 3088 usagers ont été en contact avec l'équipe du secteur, la moitié d'entre eux ne faisaient pas partie de la file active en 2011.

Au total, 89% des usagers de la file active bénéficient exclusivement de soins ambulatoires ou d'alternatives à l'hospitalisation temps plein, sans avoir recours à l'hospitalisation classique.

Le nombre d'entretien s'élève à 43 825 (entretien : 35 491, entretien avec un proche : 459, soins technique : 7017, accueil 1^{ère} demande : 858), auquel s'ajoutent les interventions sous forme de démarches, accompagnements et

⁹ Accueil familial thérapeutique alternatif à l'hospitalisation

¹⁰ Service de soins intensifs intégré dans la cité

autres actes de groupe (1789) ou réunions (1053). Les soins à domicile représentent plus de 40% de ces actes.

Les troubles présentant des facteurs de risque au long cours (troubles psychotiques, troubles de l'humeur) représentent 15% de la file active. Ils sont au nombre de 487 en 2012. Lors de l'accès au soin, on retrouve 26% de risques suicidaires élevés.

L'équipe de secteur

Les compétences de l'équipe se sont considérablement diversifiées au fil du temps afin de remplir au mieux les missions confiées. Au départ l'ensemble du personnel était hospitalier, il s'agissait de garder et éviter les évasions. Maintenant un personnel aux compétences diverses remplit des missions de soins, d'insertion et de prévention. Cette diversité est une chance pour l'usager. Avec autant de personnels, le dispositif prend en charge 5 fois plus de citoyens avec un accompagnement sur mesure.

1978	2012
TOTAL HOPITAL 143 PERSONNELS	ENVELOPPE BUDGETAIRE PERSONNELS
<ul style="list-style-type: none"> • 1 médecin chef, 1 assistant et 3 internes • 1 surveillant chef • 2 surveillants infirmier • 89 infirmiers (64 hommes, 25 femmes) • 32 élèves infirmiers • 1 secrétaire • 1 assistante sociale • 0.25 psychologue 	<p>Secteur 8 psychiatres</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 secrétaires médicales et 6 adjoints administratifs • 1 cadre supérieur de santé • 6 cadres de santé • 59 infirmiers • 5 aide-soignants • 3 aides médico-psychologiques, • 8 agents de services hospitaliers • 2 cadres socio-éducatifs • 9 éducateurs spécialisés • 1 moniteur éducateur • 2 animateurs (dont artistes et galériste) • 10 psychologues • 2 ergothérapeute • 5 psychomotriciens • 1 manager culturel • 0.5 coordinatrice Association Intercommunale Santé Citoyenneté • 9 places en familles d'accueil thérapeutique alternatif à l'hospitalisation (AFTAH) (8 ETP personnels) <p>Centre Collaborateur de l'OMS (National : 6,1 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1,3 psychiatre • 1 secrétaire • 1 psychologue de recherche • 1 maître de conférence en sociologie • 1.8 chargés de mission (psychologues)

Notre secteur compte donc 123,7 ETP + 9 PH + 3 internes + 3 médiateurs + 6 familles soit 144 professionnels pour 85.700 habitants (hors médico-social, Diogène et CCOMS). Le nombre de psychiatres sur le territoire (7 en secteur public) correspond à 10,5 pour 100 000 habitants, la moyenne nationale étant de 22 pour 100 000. Mais les habitants du secteur utilisent aussi l'offre de soins privée de Lille, les 4 cliniques privées de la région et les services d'addictologie.

Au total, 81% du personnel travaillent en structures de soins extra hospitalières intégrées dans la cité et 19% dans l'unité d'hospitalisation temps plein encore située sur le site d'Armentières à 25 kms des villes du secteur.

Le personnel infirmier représente 41% de l'ensemble des techniciens, reflet de la réalité de l'équipe pluridisciplinaire.

La faible place de l'hospitalisation plein temps, alternative aux prises en charge dans la cité

Face au faible recours à l'hospitalisation plein temps dans notre service, on nous oppose souvent des arguments du type : *« S'il y a si peu d'hospitalisation, c'est que les patients sont hospitalisés dans les autres secteurs »*.

Etant donné que toute notre organisation de soins est pensée pour faire de l'hospitalisation une étape courte, non traumatisante, la moins stigmatisante possible et pour maintenir les personnes dans leur milieu, nous avons toujours des lits libres dans l'unité temps plein.

Par contre, notre unité d'hospitalisation reçoit en permanence des personnes issues des autres secteurs de la métropole. En 2010, nous avons admis 261 patients, totalisant 390 entrées. Parmi ces personnes : 186 étaient de notre secteur, et 75 hors secteur. Parmi les hors secteur : 7 SDF et 21 envoyés par d'autres faute de place dans leurs unités.

Parmi les hospitalisations on dénombrait 285 HL, 14 HO, dont 10 pénitentiaires et 91 HDT.

On peut donc dire qu'en 2010, 31% des admissions réalisées dans notre service concernaient des personnes hors secteur.

Nous entendons souvent aussi des arguments du type : *« Comme il y a peu de gens chez vous, donc vous pouvez prendre les personnes de toute la région Nord-Pas-de-Calais qui frappent à notre porte pour être hospitalisées »*.

« Peu de gens, peu de places », c'est un raisonnement qui révèle surtout une logique de pensée et de fonctionnement très hospitalocentrée. Notre service a soigné 2700 personnes en 2010, mais les soins se font en ville avant tout. Nous appliquons simplement les principes de Lucien Bonnafé « Les lits debouts » et « Des hommes, pas de murs ».

Le nombre moyen de patients ayant des troubles psychotiques (F20) suivis par an, par les autres secteurs de l'EPSM Lille-Métropole est de 216 (variant de 102 à 350) ; il est de 375 dans notre secteur. Cela est rendu possible par l'intégration active que nous proposons en appartement associatif avec les mairies.

PSYCHIATRIE CITOYENNE : UNE PHILOSOPHIE DE L'ACTION

Changer le regard

La lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux est essentielle. Elle nécessite un changement d'attitude de la société, des soignants et des personnes ayant des troubles. Le travail que nous effectuons sur le plan culturel et surtout artistique est un atout considérable pour une action de sensibilisation en profondeur.

L'analyse des modalités de travail du secteur de psychiatrie de Lille-est fait apparaître des valeurs phares, garantes des objectifs de citoyenneté et de modernité posées d'emblée. L'accès à la culture, la transversalité des structures, la mobilité des équipes et des patients, la multiplicité des partenariats et les activités de recherche sont autant de points forts de la politique de service.

Les réunions organisées dans toutes les structures entre soignants et soignés, avec la possibilité d'intervention de personnes extérieures, sont autant de contrôle de la qualité des soins et du travail effectué.

Présente en toile de fond dans plusieurs pôles du secteur, la culture constitue un véritable outil vers la citoyenneté. Proposée aux patients lors des activités thérapeutiques, elle est aussi le vecteur qui, depuis la création du service, a permis de mobiliser des acteurs du champ social et de les interpeller sur leur représentation de la folie.

La cité est également sollicitée à travers les multiples partenariats que le secteur établit avec elle, avec l'idée que la psychiatrie ne peut pas travailler seule, si elle veut garantir à ses patients une intégration dans le tissu social.

La mobilité des patients et des professionnels

La mobilité est la base de la dynamique « d'aller vers » l'utilisateur pratiquée au sein du secteur. Chaque professionnel se déplace au devant de la demande de soin afin d'améliorer l'accès aux soins et d'anticiper les crises ; et ainsi d'en diminuer les conséquences socio-environnementales, médicales et en termes de stigmatisation. Enfin, cette dynamique « d'aller vers » permet de s'adapter aux besoins des usagers et de leurs proches, créant la souplesse nécessaire à l'invention de trajectoires de soins toujours individualisées et sans cesse réévaluées.

Les clés résident aussi dans la forte mobilité des patients, d'une structure du secteur à une autre, et la transversalité des prises en charge. Les prises en charge qui garantissent une dynamique du soin peuvent s'effectuer sur plusieurs pôles simultanément, de l'hospitalisation aux activités thérapeutiques, de la simple consultation à la prise en charge à domicile avec une présence soignante quotidienne.

Cette mobilité des patients et des professionnels au sein d'un maillage de lieux et de types d'intervention nécessite un important travail de coordination. Quelques outils mis en place depuis plusieurs années rendent ce défi réalisable : intranet institutionnel, dossier patient informatisé et partagé (accessible de n'importe quel point du dispositif) en lien avec les partenaires médicaux à travers le DMP, réunions de régulation bi-quotidiennes (sous forme de conférences téléphoniques entre toutes les structures de soins du secteur), des réunions de coordination hebdomadaires et mensuelles, enfin une astreinte opérationnelle d'un praticien hospitalier 24h/24 pour réguler les prises en charges et intervenir avec les équipes en ville.

La régulation du service se fait par le conseil de pôle (une à deux fois par an), auquel participent les associations d'usagers et de familles, les élus locaux et les services sociaux. Les associations d'usagers participent également aux réunions qualité avec les patients hospitalisés.

Il existe enfin un réseau ville-hôpital de médecins généralistes, avec un volet santé mentale (au même titre que « Diabète » et « Toxicomanie »). Y participe, les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers et paramédicaux libéraux, ainsi que les services sociaux et les usagers.

La recherche avec le CCOMS

Les activités de recherche consistent en des travaux pluridisciplinaires, en épidémiologie, anthropologie et sociologie, qui permettent aux professionnels de s'interroger sur les défis de la société actuelle et de s'ouvrir au monde. Les résultats sont diffusés et commentés aux équipes soignantes, aux agents politiques sociaux et sanitaires mais aussi à la population.

La recherche et l'évaluation ont toujours fait partie intégrante de la vie du secteur : dès 1977 locale, puis régionale enfin nationale et internationale.

Les recherches menées sont essentiellement des recherches-actions, dont les résultats sont diffusés aux équipes sanitaires et sociales, aux habitants et aux élus. Elles permettent de mettre en œuvre une politique de santé mentale dans la cité, basée sur des preuves. Ces recherches ont 2 axes essentiels :

- la diffusion de données épidémiologiques sur les troubles psychiques dans la population du secteur, et sur l'utilisation des soins médicaux et non médicaux,
- l'étude de la stigmatisation et de l'exclusion des personnes dans le champ de la santé mentale

Les résultats sont transmis au CISSMC pour en tirer les conséquences en terme d'organisation des soins et de prévention.

Le travail en réseau

La cogestion de la santé mentale en terme de prévention et de post-cure (insertion) est réalisée par l'AMPS (maintenant CISSMC), avec les municipalités et les associations d'usagers en santé mentale. C'est au niveau de cette association que se sont prises toutes les décisions d'implantation de

structures, d'expériences pilotes, de mise en lien des réseaux sociaux, artistiques, médico-sociaux, municipaux et sanitaires.

Les actions de sensibilisation et les résultats des travaux de recherche intéressent toute la collectivité. L'accompagnement et l'insertion font parties des compétences naturelles de celle-ci. L'association AMPS et maintenant le CISSMC est le vecteur essentiel de l'articulation des fameux champs « médico », « psycho » et « social ».

La commission d'attribution des logements associatifs, mise en place depuis 15 ans et présidée par un élu local a radicalement bousculé les idées reçues chez tous les partenaires, pour lesquels généralement la santé mentale est quelque chose d'abstrait.

L'AMPS puis le CISSMC ont accompagné l'implantation des structures de soins dans le réseau sanitaire et social (maison de médecins généralistes, centre communal d'action sociale, centre médico-sportif, ...).

Ces plateformes de concertation participent au décloisonnement et à la promotion de la psychiatrie citoyenne et assurent :

- une permanence de soins à domicile 24h/24 et 7 jours/7, avec la possibilité d'interventions constantes,
- un suivi des patients par le référent infirmier et le médecin où qu'il séjourne, que ce soit dans les structures du secteur ou ailleurs,
- un non-abandon des usagers les plus malades : le médecin traitant, le pharmacien, la famille sont impliqués au jour le jour dans le soin. Chaque personne qui sort de l'hôpital a un logement ou un suivi en foyer, avant le logement par l'équipe Diogène.
- Un accompagnement médical et social systématique,
- Une affirmation des droits : accès au dossier, liberté de circulation, continuité des soins, permanence, promotion des droits des usagers, évaluation.

L'évaluation du service par les usagers

Nous avons demandé aux associations de patients de nous faire un mémorandum des bonnes pratiques à mettre en place par notre service. Celles-ci participent aux conseils de service.

Des forums d'usagers sont mis en place depuis 2012 afin de recueillir leur évaluation.

D'autre part, nous nous référons en permanence aux recommandations de l'OMS sur les bonnes pratiques en santé mentale intégrée dans la Cité.

L'avenir de la psychiatrie citoyenne

La mise en œuvre des recommandations de l'OMS est parfaitement possible en France. Cela peut se faire à condition de mettre en commun des moyens pour les urgences et la précarité et de préférer obstinément l'intersectorialité avec tous les services de la cité, plutôt que l'intersectorialité uniquement psychiatrique.

« La réhabilitation psychosociale de la personne ayant des troubles psychiques, doit commencer dès la première consultation » soulignait le président de l'Association Mondiale de Réhabilitation Psycho-Sociale (AMRP), Angelo Barbato dans son intervention du colloque de Grenoble (2005). Pour les personnes ayant des troubles graves, soins et insertion sont indissociables : c'est cela la réhabilitation. L'insertion permet la bonne santé mentale et la bonne santé mentale permet l'insertion.

Pour cela, il faut sortir résolument de l'hospitalocentrisme, et passer d'un « service hospitalier de psychiatrie » à des « services sanitaires et sociaux à la personne », dans son environnement de vie. Pour ne pas reproduire la dynamique asilaire en ville, soit un système de soins parallèle, il faut mener un travail profond de changement des mentalités et des pratiques soignantes, par l'apprentissage du travail en réseau avec l'ensemble des partenaires de la Cité.

Les soins associent sans cesse professionnels et non professionnels, usagers, familles, élus et services sociaux et médicaux.

Le secteur de psychiatrie n'a plus de partenaires, il est partenaire d'un soin plus large.

Depuis trente cinq ans, notre service de psychiatrie a parcouru à rebours le chemin d'Armentières vers la cité, pour s'intégrer complètement dans le tissu urbain, se complexifier et s'assouplir. Nous sommes passés de l'âge du minitel (le secteur) à celui d'internet (la psychiatrie intégrée dans la cité). Nous avons mis en place avec les municipalités et l'EPSM Lille-Métropole, l'ensemble des structures. L'hospitalisation et l'hôpital ne sont plus centraux, mais constituent une faible proportion des modalités de soin (19% du personnel du secteur et 10% des personnes prises en charge).

Cette relocalisation est effective depuis mars 2013, dans une structure de 10 lits (dont 2 chambres double pour les accompagnants familiaux) au CHRU de Lille, après réalisation des étapes suivantes :

- Intégration complète de services de psychiatrie dans les structures sanitaires et sociales des villes,
- multiplication des consultations avancées (cabinet des généralistes, centres d'actions sociales),
- formalisation de réseaux avec les partenaires de soins des villes, ce qui est fait,
- développement accru des familles d'accueil thérapeutique alternative à l'hospitalisation,
- présence 24h/24h de soignants sur le secteur, qui va être amplifié.

- évolution des CATTP vers des services d'activités d'insertion et de soins intégrés dans la cité avec populations mixtes, directement dans les lieux culturels, de loisir et sportifs des villes,
- évolution de la prise en charge en hospitalisation classique vers de plus en plus de soins intensifs intégrés dans la Cité et de recours aux familles alternatives à l'hospitalisation.

L'intégration de la santé mentale dans la santé en générale, la psychiatrie dans la médecine est presque aboutie, et l'implantation des derniers lits à l'hôpital général marquera la fin de l'enfermement psychiatrique et de l'exclusion asilaire. C'est la psychiatrie du 21^e siècle, en marche déjà depuis trente cinq ans.

Une psychiatrie en faveur des usagers, intégrative, communautaire, en un mot : citoyenne.



ANNEXES

Annexe 1 : Les principales recherches-action menées par le service

Articulation de la folie à la totalité du système social

De 1979 à 1983, une cinquantaine de chercheurs associant les municipalités, les médecins généralistes, élus locaux, les assistantes sociales de circonscription ont réalisés cette recherche-action ayant pour objectif de mieux comprendre la place de la Folie dans la société.

Une analyse de la presse régionale a été effectuée. Tous les acteurs de terrain interviewés, les statistiques de 14 institutions de psychiatrie, de pédopsychiatrie, de justice et du handicap traitant des personnes des 21 secteurs analysés (6500 dossiers personnes de 1945 à 1980).

Cette recherche a permis de mettre en évidence que folie et système social ne s'articulaient pas mais se fondaient l'un l'autre, ce qui renvoie aux thèses foucaaldiennes.

D'autre part, les résultats ont montré que la folie est un fantôme, et que l'hôpital recevait surtout des personnes essentiellement pauvres (ou le devenant), et qui restaient la plupart du temps enfermées sur place. Le problème essentiel mis en évidence chez les personnes hospitalisées, était le problème de l'isolement social.

La stigmatisation à travers les représentations mentales était analysée. Cette recherche nous a confortés dans l'idée qu'il fallait absolument mettre en place des systèmes de soins complètement intégrés dans la cité, grâce à la participation de la population.

En complément de cette recherche, un Bernard FAVRE a réalisé le film « *Pavillon 13 ou la véritable histoire de Mr Joseph K* » qui retrace l'histoire d'un patient qui y est interné à l'asile d'Armentières et qui y décède. Ce film pose la question de ce que les gens appellent la « folie », les soins psychiatriques, et l'exclusion sociale due à l'hôpital psychiatrique.

Les résultats de ces travaux ont été diffusés à l'ensemble de la population. Ceci a permis une sensibilisation forte, qui a facilité, d'une part, l'ouverture en 1982, du premier centre de consultations en ville (Maison Antonin Artaud), d'autre part, l'accès à des logements pour les personnes séjournant depuis des années dans les hôpitaux psychiatriques, faute de logement propre (le centre Agora – CHRS)

Devenir et besoins de soins des personnes ayant le diagnostic de schizophrénie

Cette enquête menée sur les patients hospitalisés à l'Asile d'Armentières montre leur devenir a été effrayant avant la guerre de 1940 puisque la plupart des personnes

ayant eu ce diagnostic sont décédées. Ce qui confirme les thèses de Lafont sur l'extermination douce des malades mentaux durant la guerre, du fait de la famine, les sur-infections, l'abandon.

Après guerre, la mortalité a nettement décliné. Par contre, le pronostic social devenait délicat quand les besoins sociaux n'étaient pas mis en œuvre : logement, ressources, habitat et autres.

A noter aussi que si on s'en tient à des critères larges de la schizophrénie, 70% des patients échappent au système de soins et guérissent, si on s'en tient à des critères étroits, ils restaient à l'hôpital et se chronicisaient. Le devenir à long terme était imprévisible.

Cette enquête a montré que les personnes diagnostiquées schizophrènes étaient très sensibles aux conditions sociales politiques. Qu'un certain nombre échappait à la psychiatrie et se réinsérait spontanément. Ce qui nous a conduit en pratique à toujours garder espoir et ne pas considérer les personnes que nous soignons uniquement à travers un diagnostic, mais à travers toute leur potentialité évolutive.

La santé mentale en population générale : images et réalités

Présentation générale

Les objectifs de cette vaste recherche-action sont :

- décrire les représentations de la population vis-à-vis de la « folie », la « maladie mentale », la « dépression » et des modes d'aide et de soins
- Evaluer la prévalence des principaux troubles mentaux dans la population générale
- apprécier la connaissance et l'utilisation du dispositif d'aide et de soins en santé mentale,

Débutée en 1995 à la demande de psychiatres de l'Océan Indien, en collaboration étroite avec des psychiatres français, cette étude vise à renforcer les connaissances et produire des données scientifiques qui puissent justifier l'élaboration de politiques d'intérêt public rationnelles et globalisantes, en accord avec les objectifs définis par l'OMS.

La mise en œuvre de ces politiques, qu'elles se déclinent au niveau local, régional ou national, est trop souvent compromise par les préjugés négatifs envers les problèmes de santé mentale qui aboutissent à une véritable discrimination.

Parce que l'urgence du changement est réclamée par les usagers, les familles et les professionnels, il nous a semblé essentiel que cette étude ne soit pas seulement un état des lieux mais aussi un outil de formation et de sensibilisation et d'action impliquant tous les partenaires du champ de la santé mentale.

A ce jour, plus de 39.000 personnes ont été interrogées en France. Pour la première fois, nous disposons de données représentatives de la population française. Et ce, grâce à la volonté et la ténacité d'une cinquantaine d'équipes de psychiatrie publique. Chaque équipe a su renforcer ou créer les collaborations— avec les municipalités, le tissu associatif, les professionnels et futurs professionnels de santé (les enquêteurs sont partout des étudiants en soins infirmiers qui réalisent leur stage de santé publique) – nécessaires au recueil de 900 questionnaires par équipe, dans le respect d'une même méthodologie.

Parce que la plupart des pays sont exposés à des changements sociétaux pouvant avoir des effets négatifs sur le bien être mental, parce que dès son commencement, la recherche-action SMPG a fonctionné en collaboration internationale, elle a été

réalisée sur près d'une quinzaine de sites internationaux (Alger, Andorre, Asturies, Bruxelles, Comores, Grèce, Madagascar, Maurice, Tanger, Trieste, Tunis, Seychelles...).

Les conséquences de l'étude SMPG sont multiples. Campagnes de promotion de la santé mentale, rédaction de programmes nationaux d'actions prioritaires, formation des professionnels, jumelages inter-hospitaliers, etc. Il appartient à chacun de mettre au profit de la santé mentale les informations disponibles, les partenariats impulsés.

Les principaux résultats

Les résultats français montrent que l'hôpital psychiatrique est toujours perçu comme le lieu où « fou » et « malade mental » peuvent être enfermés.

Au niveau des attitudes, commettre un meurtre, un inceste, un viol, être violent envers les autres sont attribués majoritairement par la population au « malade mental » et au « fou ». Les gens pensent aussi que le « malade mental » comme le « fou » est seulement soigné à l'hôpital psychiatrique et essentiellement par des médicaments.

La notion de danger est intimement intriquée à celles de violence, de « folie », et encore plus celle de « maladie mentale ». Nous concluons que l'image de l'hôpital psychiatrique recoupe celle de la prison dans l'opinion publique.

Le « fou », le « malade mental » c'est toujours l'autre et ce n'est évidemment pas celui qui est interviewé. La population ne s'identifie éventuellement qu'au « dépressif », la dépression devenant une « maladie » acceptable. Remarquons d'ailleurs que les gens qui ont souffert de troubles psychiques se considèrent comme « dépressifs » avant tout.

La population considère aussi que le « dépressif » doit être soigné à la maison avec l'aide de son médecin généraliste et ses proches. Dans tous les cas, tout le monde pense que la famille souffre plus que la personne elle-même. Enfin résultat positif de cette enquête, la population pense qu'une famille peut accueillir à nouveau un proche « fou », « malade mental » ou « dépressif » s'il est soigné et donc suivi.

De plus l'enquête montre que 32% de la population a un trouble psychique au moment de l'enquête. (que ce trouble soit de type dépressif, thymique, anxieux, psychotique, addictif, (alcool et toxicomanie))

Les résultats globaux montrent que la stigmatisation est très importante et que « justice et psychiatrie », « prison et hôpital » sont très proches dans l'opinion publique.

En conséquence, une façon de changer l'image de la psychiatrie est de lutter contre la stigmatisation en changeant l'organisation des services psychiatriques.

Il ne faut plus ajouter la peur de la folie à un système ségrégatif. Suivant les recommandations de l'OMS, les services de soins doivent être situés dans la cité, près de la population. Prison et hôpital ne doivent plus être synonymes dans les pratiques. Les familles et les proches doivent être impliqués dans les soins, puisqu'ils sont les premiers recours pour les patients. Ceux-ci acceptent les soins dans la cité à la condition d'un suivi par les équipes de psychiatrie.

Annexe 2 : Bref historique des associations d'usagers de la psychiatrie dans la métropole lilloise

En l'an 2000, une Association dénommée **L'île m'est trop pâle** naît sous l'impulsion de la FNAP-PSY (Fédération Nationale des associations d'usagers de la psychiatrie), du secteur de psychiatrie de Lille-est de l'EPSM Lille-Métropole (Armentières), et de la commune de Fâches-Thumesnil. Cette première association permettra à une frange importante de personnes fragilisées par la maladie psychique, d'œuvrer dans la lutte visant à briser le tabou de la Folie, dans un contexte d'autonomie et d'indépendance véritable vis à vis des secteurs de soins.

En 2002, "L'île m'est trop pâle" est localisée au Centre FRONTIERE\$, les échanges des usagers aidés par un militant associatif en charge de développer le réseau de partenaires développent une dynamique associative, dans une visée d'insertion sociale et professionnelle.

En 2003, la dénomination sociale de l'association change : avènement de **Nord-Mentalités**, association d'usagers et d'anciens usagers des services de soins en santé mentale, affiliée à la FNAP-Psy. Celle-ci élit domicile sur la Ville de Tourcoing (siège social), à la Maison des Associations, symbole du "ferment associatif" marquant officiellement une indépendance d'avec le secteur soin. Les objectifs de l'association sont nombreux mais réalistes: avoir une bonne représentation des usagers.

Le concept "Club" apparaît sous l'impulsion de la FNAP-Psy par la création d'espaces conviviaux visant à briser l'isolement que crée la maladie.

Les efforts de l'association **Nord-Mentalités** continuent et ses actions ont favorisé la création et la mise en place de deux nouvelles associations **Amitié et Partage** à Mons-en-Baroeul et les **Ch'tis Bonheurs** à Ronchin.

Les trois associations forment aujourd'hui des Groupes d'Entraide Mutuelle et se voient attribuer des moyens de subventionnement et de conventionnement, dans le cadre la circulaire du 29 août 2005 relative à la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Nord-Mentalités reste l'association la plus active, elle intervient auprès de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, siège à la Commission départementale des Hospitalisations psychiatriques (CDHP), aux Commissions des Relations avec les Usagers, dans toutes sortes de commissions d'établissements, dans les Conseils d'Administration d'EPSM de la région. Elle participe activement à de nombreuses manifestations locales, régionales et nationales.

Elle renforce le dispositif des droits de la qualité et de la prise en charge des usagers dans les systèmes de soins.

L'avenir : les médiateurs de santé pairs

Dans le cadre d'un programme expérimental national, l'intégration de médiateurs de santé – pairs dans le service est prévu à partir de l'année 2011. Il s'agit d'usagers ou ex-usagers ayant une expérience de rétablissement suffisamment établie pour pouvoir intervenir auprès d'autres usagers dans le cadre des soins proposés par notre service.

Des expériences similaires ont montré leur efficacité notamment dans l'intervention précoce avec une différence significative dans les 6 premiers mois de suivi par rapport à une intervention classique. Ce programme national qui prévoit l'embauche de 30 médiateurs de santé – pairs sera évalué au niveau qualitatif et quantitatif sous l'égide de la Délégation Générale des Soins.

Annexe 3 : Présentation du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (Lille, France)



Le Centre Collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS Lille, France) est une organisation fonctionnelle rassemblant un réseau d'actions, de compétences, de programmes, en lien avec la politique de santé mentale de l'OMS.

Il répond aux exigences de recherche et de formation définies par l'OMS. Il regroupe des hôpitaux, centres de recherche et universités qui participent à la mise en place de son programme d'actions. Le Centre est désigné tous les 4 ans par l'OMS, sur la base d'un programme pluriannuel.

Il se fonde sur un réseau de personnes qualifiées pour mettre en œuvre ce programme et un Conseil Scientifique consultatif rassemblés autour de valeurs communes. Il s'appuiera prochainement sur un Groupe de Coopération Sanitaire¹¹ pour développer son action sur le territoire national.

Le CCOMS travaille en lien

- avec les services du Ministère de la Santé français : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), Direction Générale de la Santé (DGS), Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), ainsi qu'avec le Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes et l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES).
- avec la Caisse Nationale Solidarité Autonomie (CNSA), l'Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des Chances (ACSé).
- avec l'Union Européenne, l'OMS International (Genève), l'OMS EURO (Copenhague) et les autres bureaux régionaux de l'OMS ainsi que de nombreux Centres Collaborateurs OMS spécialisés dans la Santé Mentale.
- avec de nombreuses associations d'usagers, de professionnels, d'élus, humanitaires, nationales et internationales : Fédération Nationale des Usagers et Ex-usagers de la Psychiatrie (FNAPSY), Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques (UNAFAM), Comité Français pour la Réhabilitation Psycho-sociale (CFRP), Association des Maires de France (AMF), Elus, Santé Publique et Territoires (ESPT), Médecins du Monde (MDM), International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), World Psychiatric Association (WPA), World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR), Global Forum for Community Mental Health, European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI), European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP), Global Initiative on Psychiatry (GIP)...

¹¹ Le GCS pour la recherche et la formation en santé mentale regroupera les établissements publics suivants : Établissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole, ARMENTIERES, Centre Hospitalier de Montéran, SAINT-CLAUDE, Établissement Public de Santé Mentale de la Réunion, SAINT-PAUL, Centre de Santé Mentale Angevin-SAINTE GEMMES SUR LOIRE, Centre Hospitalier Edouard Toulouse - MARSEILLE, Centre Hospitalier de Colson, FORT DE France, Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, Centre Hospitalier Henri Guérin, PIERREFEU DU VAR, Centre Hospitalier Guillaume Régner, RENNES, Établissement Public de Santé Barthélémy-Durand, ETAMPES, Établissement Public de Santé ERASME -ANTONY, Centre Hospitalier Spécialisé de la Chartreuse- DIJON, Établissement public de Santé de Ville-Évrard- NEUILLY SUR MARNE, Centre Hospitalier Henri Laborit - POITIERS, Groupe Sainte-Marie (établissement public PSPH) NICE

LES VALEURS DU CCOMS

- La pleine participation des citoyens usagers ou non au développement de la qualité des services de santé mentale
- La promotion de services de psychiatrie intégrés et communautaires
- La lutte contre la stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiques et la promotion de la santé mentale
- Le développement de réseaux de recherche, de formation, d'information en santé mentale
- La valorisation, le partage et la diffusion des expériences innovantes en santé mentale
- La participation des établissements hospitaliers à une recherche indépendante, menée par des professionnels et des acteurs de terrains
- Le travail en réseau avec l'ensemble des partenaires oeuvrant dans le champ de la santé mentale, qu'ils appartiennent au domaine sanitaire et social ou à la société civile.

LES TERMES DE REFERENCE DU CCOMS

1. Promouvoir et coordonner la participation des équipes françaises de recherche et d'enseignement aux activités de recherche et de formation du programme de santé mentale de l'OMS.

2. Informer les autorités et spécialistes français des activités de l'OMS utiles au développement des programmes français de santé mentale.

3. Informer la division santé mentale de l'OMS des travaux et projets pilotes français, ayant trait à la santé publique et à la réglementation, pouvant être utiles à la conduite de ses programmes.

4. Constituer un point focal pour les experts français de santé mentale qui leur permette d'assurer un meilleur suivi de leur travail, quand ils accomplissent des missions de consultant, et faciliter leurs relations avec l'OMS.

5. Contribuer à produire en version française des documents techniques de l'OMS, notamment ceux utilisés pour le développement de programmes nationaux de santé mentale, en collaboration avec les centres collaborateurs francophones, l'OMS Afrique et l'OMS Genève.

6. Participer au plan d'action de l'OMS Europe sur les thèmes : lutte contre la stigmatisation et la discrimination et développement des services de psychiatrie intégrés dans la communauté en assurant le rôle de co-leader des Centres Collaborateurs européens de l'OMS sur le thème de la Lutte contre la Stigmatisation (avec le CCOMS d'Edimbourg, Ecosse) et de co-leader sur le thème de la Transformation des Services (avec le CCOMS de Trieste, Italie).

7. Faciliter et soutenir l'investissement des associations d'usagers, d'aidants, de familles et de proches dans la réforme des services de santé mentale, au niveau européen, selon les recommandations de l'OMS Europe.

LE PROGRAMME D'ACTIVITES DU CCOMS

Activité 1 – Lutte contre la stigmatisation et la discrimination en santé mentale

Le CCOMS est co-leader avec le CCOMS (Edimbourg, Ecosse) des CCOMS Européens pour la promotion de la santé mentale, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le domaine de la santé mentale. Plusieurs actions sont développées dans le cadre de cette activité :

1-1 Recherche action ASPEN : Anti Stigma Programme European Network.

Recherche-action coordonnée par le CCOMS (Londres, RU) visant à contribuer à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination en santé mentale au niveau européen.

1-2 Recherche-action SMPG : La Santé Mentale en Population Générale : images et réalités.

Recherche-action internationale multiculturelle, menée depuis 1997 avec deux objectifs principaux :

- décrire les représentations mentales liées à la "folie", "la maladie mentale", "la dépression" et aux différents modes d'aide et de soins, et estimer la prévalence des principaux troubles psychiques dans la population générale âgée de 18 ans et plus.
- sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale dans la population générale.

1-3 Campagne de sensibilisation nationale : « Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques ».

Coordination de la campagne réalisée et promue par la Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie (FNAPSY), l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques (UNAFAM), l'Association des Maires de France et le CCOMS (Lille, France).

1-4 Coordination nationale de la Semaine Nationale d'Information en Santé Mentale (SISM).

Objectifs : sensibilisation de la population générale aux troubles de santé mentale. Initiatives anti-stigmatisation de proximité. Développement de réseaux impliquant usagers, professionnels, familles et élus de lutte contre la stigmatisation au niveau local et régional.

Activité 2 – Développement des services de santé mentale intégrés/communautaires

Le CCOMS est basé dans un service de santé mentale intégré dans la Cité, validé par l'OMS International et l'OMS Europe comme exemple de « bonne pratique ». Il a été désigné par l'OMS Europe co-leader avec le CCOMS de Trieste (Italie) pour la transformation des services en Europe et le soutien au développement de services de santé mentale intégrés et communautaires. Ce programme se concrétise dans les actions suivantes :

2-1 Le CCOMS est une **plateforme pour des visites et des formations** pour les professionnels, les politiques, les ONG. Il accueille et coordonne des formations internationales et nationales.

2-2 Le CCOMS est un **membre fondateur et le coordinateur du Réseau International de Collaboration en Santé Mentale « Santé Mentale et Citoyenneté »**. Ce large réseau international regroupe des pratiques et innovations internationales en santé mentale communautaire/intégrée. Il est un pôle de ressources et de formations. Le CCOMS assure le secrétariat général du Réseau International de Collaboration en Santé Mentale "Santé Mentale et citoyenneté - IMHCN Mental Health and Citizenship

2-3 La recherche-action *La Santé Mentale en Population Générale : images et réalité* favorise le développement de services de santé mentale communautaire, la formation des personnels à la santé mentale, la sensibilisation de la population, l'engagement des élus locaux et de tous les partenaires.

2-4 Le programme de développement et de soutien des Conseils Locaux de Santé Mentale dans 100 sites français Appui technique au renforcement et à la création de plate-formes de concertation rassemblant des acteurs de la santé mentale sous l'égide des élus locaux, pour l'amélioration de l'accès aux soins ou à une aide psychologique ainsi que l'insertion et la citoyenneté des personnes ayant des troubles psychiques.

2-5 L'enquête sur les Hospitalisations d'Office dans 4 régions françaises : Nord Pas-de-Calais, Aquitaine, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Cette enquête **recueille** des données épidémiologiques et socio-démographiques sur les HO et **évalue** les politiques et pratiques à l'échelle nationale, afin de formuler des recommandations et des formations pour les politiques et les professionnels.

2-6 Les études « IMTAP » : Impact du retentissement de la tentative de suicide sur les proches du suicidant et **« ALGOS »** : efficacité d'un algorithme de veille (case management) au décours d'une tentative de suicide en termes de récurrence et des comportements suicidaires et de l'impact médico-économique. Etudes menées par le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille.

2-7 Chaîne de vie : réseau de prévention du suicide à Tourcoing (Nord) et développement de formations des intervenants dans la Cité à la prévention suicide.

2-8 Enquête nationale "Place de la santé mentale en médecine générale" : coordonnée conjointement par le CCOMS et le Centre Hospitalier de La Chartréuse (Dijon), cette recherche-action dans 200 sites français a pour objectif la compréhension des pratiques des médecins généralistes en lien avec les troubles mentaux et leurs attentes des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie

2-9 Diplôme Inter Universitaire « Santé mentale communautaire : Etudes et applications » en collaboration les Universités de Lille 2 et Paris 13,

AP/HM et CHU Ste Marguerite, Marseille. L'objectif principal de ce diplôme est de proposer une formation théorique et pratique à la santé mentale dans la communauté et à ses applications dans les domaines suivants : organisation des services et des soins psychiatriques, promotion et prévention de la santé mentale, lutte contre la stigmatisation et l'exclusion.

Activité 3 – Favoriser et soutenir la participation des associations d'usagers, familles et aidants dans la réforme des services de santé mentale

Le CCOMS a pour mission de soutenir la participation des associations d'usagers, familles et aidants dans la réforme des services de santé mentale au niveau européen, en partenariat avec l'OMS Europe.

3-1 Participation au projet conjoint de la Commission Européenne et de l'OMS sur l'Empowerment des Usagers et Aidants - **WHO EC Partnership on Users and Carers Empowerment** (2008-2011)

3-2 Développement du programme national « **Médiateurs de Santé – Pairs** » en partenariat avec la Fédération Nationale des Associations d'Usagers de la Psychiatrie (FNAPSY) et avec le soutien du Ministère de la Santé français et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

3-3 Soutien **au niveau national de la participation des usagers, familles et représentants politiques** à la prévention, la promotion de la santé mentale, l'organisation et le contrôle de qualité des services de santé mentale.

3-4 Le CCOMS a aidé les associations d'usagers françaises à organiser le premier congrès national des Groupes d'Entraide Mutuelle (Lille 2006). Ce **partenariat avec les GEM** se poursuit.

Activité 4 – Contribution à la production de documents OMS en version française

4-1 Coordination de la production en version française et de l'édition des 6 volumes « Politiques et Services en Santé Mentale » produit par l'OMS International.

4-2 Participation à la version française du site Internet de l'OMS Europe.

4-3 Correction et adaptation de documents OMS en version française.

Activité 5 – Assistance générale de l'OMS et promotion des missions de l'OMS

5-1 **Promouvoir et coordonner la participation des équipes françaises de recherche et d'enseignement aux activités de recherche et de formation du programme de santé mentale de l'OMS**

- Le conseil scientifique du CCOMS rassemble différentes équipes, établissements et organisations qui participent à ses actions, recherches et publications.

- Le CCOMS organise régulièrement des congrès, séminaires, workshops, journées de recherches et de formations sur les thèmes : stigmatisation et discrimination en santé mentale, rétablissement, développement de services intégrés, partenariat avec les élus locaux, usagers, familles, acteurs sanitaires et sociaux...

5-2 Informer les autorités et spécialistes français des activités de l'OMS utiles au développement des programmes français de santé mentale

- Information régulière du Bureau Santé Mentale du Ministère de la Santé.
- Participation des membres du Bureau Santé Mentale du Ministère de la Santé et d'autres Ministères aux groupes de travail et congrès organisés par le CCOMS
- Le CCOMS et les membres du Réseau International de Collaboration en Santé Mentale (IMHCN) sont consultés et participent aux commissions et rapports Ministériels.
- Le Directeur et les chargés de missions du CCOMS participent à des groupes de travail organisés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Le Directeur est membre du Conseil National des Villes (CNV)

5-3 Informer la division santé mentale de l'OMS des travaux et projets pilotes français, ayant trait à la santé publique et à la réglementation, pouvant être utiles à la conduite des programmes

- Diffusion régulière d'informations et de documents.
- Co-organisation de rencontres ou congrès internationaux (Nice Juin 2007, Lille Septembre 2008, Paris Décembre 2008, Copenhague Octobre 2009, Trieste Février 2010, Belgrade Mai 2010, Sidney Septembre 2010, Trieste Avril 2011, Nancy Mai 2011, Lille Septembre 2011, Dijon Novembre 2012 ...)
- Participation au Consortium Européen de recherche « Know and Pol » financé par la C.E. (*Programme priority 7: Citizens and governance in a knowledge based society* EC integrated project 0288848-2 KNOWandPOL). Etudie la place des connaissances dans la genèse et la régulation des politiques d'éducation et de santé mentale en Europe : convergences et spécificités sectorielles et nationales.

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Centre Collaborateur de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale (Lille, France)

Rattachement administratif : Pôle de Psychiatrie 59G21 – Etablissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole

Directeur de l'Etablissement de rattachement : Joseph HALOS, Directeur Général, EPSM Lille-Métropole

Directeur du CCOMS (Lille, France) : Dr Jean-Luc ROELANDT, Responsable du Pôle 59G21, EPSM Lille-Métropole

Centre collaborateur de l'OMS
45, rue du Maréchal Lyautey
Résidence Europe – 59370 Mons-en-Baroeul (France)
Tel : + 33 (0) 320 437 100 - Fax : + 33 (0) 320 437 115
Mèl : ccoms@epsm-lille-metropole.fr
Site web : www.epsm-lille-metropole.fr Cliquer sur le logo CCOMS

Annexe 4 : Rôle du Réseau International de bonnes pratiques en psychiatrie dans la restructuration du service de psychiatrie Lille-est (EPSM Lille-Métropole)

En septembre 2006 a été créé à Mons-en-Baroeul, une organisation non gouvernementale ayant pour but de fédérer les expériences pilotes de santé mentale communautaire abouties et celles qui sont en cours de développement. Voir notre site : www.imhcn.org

Le réseau international de collaboration en santé mentale « santé mentale et citoyenneté » s'est fixé les objectifs suivants :

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

Comment le secteur de psychiatrie de Lille-est, et par extension l'EPSM Lille-Métropole, ont-ils bénéficié du Réseau international ?

Ce que nous devons aux expériences du réseau international ce sont essentiellement des visites de formation organisées par l'hôpital pour l'ensemble des personnels du service de Lille-est dans les différents sites européens et nationaux, avec comme conséquence une implantation sur site à Lille chaque fois qu'une expérience nous paraissait intéressante pour la prise en charge de la population des villes dans notre secteur :

- La réflexion sur l'implantation de l'ensemble des structures dans la cité Trieste, 1976 – implantation à Lille en 1977
- Des placements en famille à la place des hospitalisations (une famille = un lit). Lors d'un colloque avec les expériences mondiales alternatives à Trieste en 1986 (exemple pris sur Madison USA 1998) – mis en place à Lille en 2000
- Des soins à domicile 7j/7 avec équipe mobile : vu à Birmingham en 2000 – et mis en place à Lille en 2005
- Des services totalement ouverts : Merzig, 1997 – Trieste, 1995 - mis en place à Lille en 1999
- Des infirmiers en première ligne pour l'accueil des patients, avec utilisation d'instruments adéquats : vu en Mauritanie en 2001 - mis en place à Lille en 2003 sur l'ensemble du secteur
- Des centres de crise de 72h Centre Hospitalier Universitaire de Lille, 2001
- Des réseaux opérationnels avec les médecins traitants Oviedo, 2002 – mis en place à Lille en 2003 avec un réseau de généralistes
- Des coopératives pour accéder au travail, vu à Trieste en 2003– mis en place à Lille en 2007 avec un programme expérimental avec les municipalités
- Des clubs et des volontaires à Québec 1987, à Luthon et à Monaghan 2005 – mis en place à Lille en 2005 grâce à la loi sur les Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM)
- Le projet Pair Aidant Médiateurs Santé (les « Stars » RU 2005, Québec 2008) – Lille 2010