



EUROPE

Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité ?

Août 2003

Graham Thornicroft, Institut de psychiatrie,
Kings College London
Michele Tansella, Département de psychiatrie,
Université de Vérone



© Organisation mondiale de la santé 2003

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. L'expression « pays ou zone » utilisée comme en-tête dans certains tableaux, désigne aussi bien des pays, des territoires, des villes que des zones. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé ne garantit pas que les informations contenues dans la présente publication sont complètes ou exactes, et ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable de dommages qui pourraient découler de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs ou rédacteurs ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou sa politique.

La version française a été réalisée par Mme Nicole Germain, M. Alain Lesage, M. Daniel Gélinas et M. Jean Lepage, respectivement de l'Hôpital Douglas, centre collaborateur OMS pour la formation en santé mentale, Université McGill ; du Centre de recherche Fernand-Seguin et de l'Hôpital L-H Lafontaine affilié à l'Université de Montréal. Elle a été soutenue par les trois établissements hospitaliers psychiatriques universitaires Robert-Giffard, Douglas et Louis-H Lafontaine. Pour plus de renseignements, contacter Pr Alain Lesage, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital L-H Lafontaine, 7401 Hochelaga, Montréal (Canada) H1N 3M5. Tél. (514) 251 4000 poste 2365 ; alesage@ssss.gouv.qc.ca

SOMMAIRE

	<i>Page</i>
Résumé.....	1
Position du problème.....	1
Constatations.....	1
Considérations concernant la politique à mener	1
Introduction.....	2
Sources utilisées pour cette étude.....	3
Historique.....	3
Intégration des services.....	4
Les éléments d'un système de soins et de services équilibrés en santé mentale.....	7
Soins primaires en santé mentale avec un appui spécialisé	7
Soins et services de santé mentale suivant les normes de pratiques courantes	7
Services de santé mentale spécialisés et différenciés	11
Conclusions.....	15
Annexe 1 Caractéristiques clés des grandes périodes de l'histoire du développement du système de soins et de services en santé mentale (4)	16
Annexe 2 Principes clés de la pratique de soins et de services équilibrés en santé mentale de proximité	17
Références.....	18

Résumé

Position du problème

Les troubles mentaux sont à l'origine d'environ 12 %–15 % de l'ensemble des incapacités dans le monde, soit plus que les maladies cardio-vasculaires et deux fois plus que le cancer. Leurs effets sur la vie quotidienne sont plus importants encore, puisqu'ils représentent plus de 30 % de toutes les années d'incapacité.

Constataions

Il n'existe aucun argument ni aucune donnée qui justifie de façon convaincante une démarche axée exclusivement sur l'hôpital. Par ailleurs, on ne dispose pas de bases factuelles scientifiques selon lesquelles les services de proximité peuvent à eux seuls offrir des soins et des services complets et satisfaisants. En fait, sur la base des avis des professionnels et des résultats des études disponibles, il est justifié de soutenir des soins et des services équilibrés.

Les soins et services équilibrés sont essentiellement des soins et des services de proximité, mais les hôpitaux jouent un important rôle complémentaire. En d'autres termes, les services de santé mentale sont fournis dans des lieux proches de la population desservie et les séjours à l'hôpital sont aussi courts que possible, sont organisés rapidement et n'ont lieu que lorsque cela est nécessaire.

Il importe de coordonner les efforts des divers services de santé mentale, qu'ils aient un caractère public, privé ou associatif, et de faire en sorte que les interfaces entre ces services fonctionnent convenablement.

Des analyses de coût-efficacité sur la désinstitutionnalisation et les équipes de santé mentale de proximité ont démontré que la qualité des soins est étroitement liée aux dépenses. Les services de santé mentale de proximité coûtent généralement autant que les services hospitaliers qu'ils remplacent.

Considérations concernant la politique à mener

Les priorités et les buts en matière de politique de santé d'un pays dépendent en grande partie de ses ressources financières.

- Les *pays à faibles ressources* doivent s'employer principalement à mettre en place et à améliorer les services de santé mentale dans des cadres de soins primaires, en utilisant les services spécialisés à titre complémentaire.
- Les *pays à ressources intermédiaires* doivent également veiller à fournir des éléments connexes tels que des cliniques de soins ambulatoires, des équipes de santé mentale de proximité, des soins aux patients hospitalisés en phase aiguë, des ressources résidentielles d'hébergement protégé offrant des soins de secteur, ou de proximité de longue durée et des centres de réadaptation par le travail adapté.
- Pour leur part, les *pays à ressources élevées* devraient en outre fournir des soins et des services plus différenciés, tels que ceux dispensés par les cliniques de soins ambulatoires spécialisés et les équipes spécialisées de santé mentale de proximité, garantir un suivi intensif au niveau local ainsi que des alternatives aux soins dispensés aux patients hospitalisés en phase aiguë, un large éventail de ressources résidentielles et d'hébergement protégé offrant des services de proximité à long terme et un large éventail de modalités de réadaptation professionnelle.

Les auteurs de ce rapport synthèse du Réseau HEN sont :

Graham Thornicroft

Professeur de psychiatrie de secteur
Section de psychiatrie de secteur (PRiSM)
Département de recherche sur les services de santé
Institut de psychiatrie, Kings College London
De Crespigny Park
Londres SE5 8AF (Royaume-Uni)
Tél. : 00 44 207 848 0735
Fax : 00 44 207 277 1462
Courriel : g.thornicroft@iop.kcl.ac.uk

Michele Tansella

Professeur de psychiatrie
Département de médecine et de santé publique
Section de psychiatrie, Université de Vérone
Vérone (Italie)
Tél. : 00 39 045 50 88 60
Fax : 00 39 045 50 08 73
Courriel : michele.tansella@univr.it

Remerciements : nous sommes heureux de souligner la contribution du professeur Sir David Goldberg ainsi que la contribution anonyme des personnes qui ont révisé ce rapport pour le Réseau HEN de l’OMS.

Introduction

Les troubles mentaux ont des répercussions importantes sur la santé publique. Quoiqu’il y ait différentes façons d’exprimer les conséquences d’un problème médical donné, la manière traditionnelle d’évaluer le fardeau sur la santé, en termes d’incidence, de prévalence et de mortalité, n’est pas adéquate lorsqu’il s’agit de problèmes chroniques ou d’incapacités. La meilleure façon d’évaluer le fardeau global des maladies mentales pourrait être l’indicateur AVCI (années de vie corrigées du facteur invalidité)¹ (1, 2). Selon cet indicateur, les troubles mentaux sont à l’origine d’environ 12 % à 15 % de l’ensemble des incapacités dans le monde en l’an 2000. Ce taux est deux fois plus élevé que celui relié aux incapacités causées par le cancer, quel que soit le type, et plus élevé également que celles causées par les maladies cardiovasculaires. En ne tenant compte que du seul facteur relié aux incapacités, et non celui relié à la mortalité, les troubles neuropsychiatriques sont responsables de plus de 30 % de toutes les années de vies perdues dans le monde suite à une invalidité.

Depuis les deux dernières décennies le débat continue entre ceux qui militent en faveur des traitements et des soins en santé mentale offerts dans les hôpitaux, et ceux qui préfèrent que ces services soient principalement ou même exclusivement de secteur ou de proximité. Une troisième solution est d’utiliser à la fois les services de proximité et les soins hospitaliers. Le *modèle de soins et de services équilibrés* met

¹ L’indicateur AVCI tient compte des années de vie perdues à cause d’une mort prématurée ainsi que des années de vie perdues suite à une invalidité.

l'accent sur la provision de services dans un milieu communautaire normalisant à proximité de la population desservie, alors que les séjours hospitaliers sont les plus courts possible, disponibles sans délai et seulement lorsqu'ils s'avèrent nécessaires. Cette interprétation équilibrée des services de proximité transcende la rhétorique opposant la valeur des soins hospitaliers à celle des services de proximité et encourage plutôt à considérer quel *mélange* d'approche est le mieux adapté à un secteur particulier à une période donnée.

Le présent rapport touche à plusieurs questions clés dans l'élaboration de politiques, incluant les suivantes :

- Quelle part des services de santé mentale devrait être de proximité (de secteur) ou dispensés dans un milieu hospitalier ?
- Quels sont les services de santé mentale qui sont considérés comme étant essentiels ?
- Quelles devraient être les priorités en termes de soins et de services de santé mentale pour les pays à faibles ressources, à ressources intermédiaires ou à ressources élevées ?
- Quels sont les arguments et les données factuelles dans le domaine ?

Le but de ce document est de fournir aux responsables politiques une synthèse de l'information factuelle découlant de la recherche et d'autres informations disponibles sur ces sujets. Il concerne les services s'adressant principalement aux adultes et ne touche pas directement aux soins et aux services de santé mentale pour les enfants, les personnes âgées ou les personnes souffrant principalement de problèmes découlant de l'abus d'alcool ou de drogues.

Sources utilisées pour cette étude

Des articles de deux sources ont été utilisés dans la préparation de ce rapport. Premièrement, MEDLINE a été consulté, de 1980 à avril 2003, utilisant la clé de recherche « *mental and community and hospital* », ce qui a donné un premier résultat de recherche de plus de 3 000 articles. Après avoir restreint la recherche aux seuls articles publiés en anglais, il est resté 141 articles. Deuxièmement, la base de donnée du *Cochrane Library* a été utilisée pour rendre compte des études systématiques liées aux sujets traités dans cet avis.

Historique

L'histoire récente des services de santé mentale peut être divisée en trois périodes, à savoir la montée de l'asile et des soins hospitaliers traditionnels, le déclin de l'asile et l'apparition des soins et des services équilibrés (4). L'annexe 1 résume les caractéristiques clés de chacune de ces périodes.

Période 1. La montée de l'asile s'est produite entre 1880 et 1950 environ et en majorité dans les pays développés (5). Elle a été marquée par la construction et l'expansion des asiles, éloignés des populations qu'ils desservaient, qui offraient principalement des services de détention et le strict minimum nécessaire à la survie des patients souffrant d'un large éventail de troubles cliniques et d'inaptitudes sociales. L'information factuelle maintenant disponible démontre que le modèle asilaire ne fournit que des traitements et des soins de très pauvre qualité (6). Néanmoins, certains pays, particulièrement ceux moins développés économiquement, fournissent presque tous leurs services de santé mentale dans un contexte de soins asilaires.

Période 2. Le déclin de l'asile a eu lieu principalement dans les pays économiquement développés après 1950 environ, lorsque les lacunes du modèle asilaire ont été démontrées (7). Les plus importantes de ces lacunes étaient probablement les impacts sur les patients, dont la perte progressive des aptitudes utiles dans la vie et l'accumulation des symptômes déficitaires ou institutionnalisation (7). D'autres préoccupations touchaient aux cas répétés d'abus envers les patients, l'isolement géographique et professionnel des établissements et du personnel, la faiblesse des procédures comptables et de la reddition de compte, les lacunes dans la gestion, le leadership et l'administration, les budgets insuffisants, le manque de formation du personnel, et l'absence de mesures de qualité et d'inspections adéquates. La résultante en a été la désinstitutionnalisation qui a essentiellement été caractérisée par trois composantes :

- la prévention des admissions inappropriées à l'hôpital psychiatrique par la mise en place de cliniques externes ;
- les congés donnés aux patients qui étaient en institutions depuis longtemps et qui ont été préparés adéquatement à la réinsertion sociale ; et
- la mise en place et le maintien d'un système de soutien local pour les patients qui ne sont pas institutionnalisés.

Période 3. Les soins et les services équilibrés intègrent un éventail de services de proximité. En déployant ces services, qui sont encore à développer dans certains endroits, il est important de continuer à fournir tous les avantages des soins hospitaliers en évitant toutefois leurs effets néfastes. Le modèle de soins et de services équilibrés cherche à fournir des services qui :

- sont près du domicile, incluant des hôpitaux modernes pour les admissions des cas aigus, et des ressources résidentielles locales de longue durée ;
- sont mobiles, incluant des services fournissant des traitements à domicile ;
- traitent autant les incapacités que les symptômes ;
- fournissent des traitements et des services spécifiquement adaptés au diagnostic et aux besoins de chaque individu ;
- respectent les conventions internationales en matière des droits de l'homme ;
- reflètent les priorités des utilisateurs de services eux-mêmes ; et
- sont coordonnés entre les différents dispensateurs de services de santé mentale et les agences sociales.

Intégration des services

Les divers éléments du modèle de soins et de services équilibrés doivent être bien intégrés. *L'approche en silos ou en vase clos*, impliquant que des programmes tels que des centres de jour ou des cliniques ambulatoires sont pour une bonne part indépendants des autres éléments et fonctionnent à l'extérieur d'un système organisé d'une manière cohérente, doit être évitée. *L'approche intégrée* est beaucoup plus efficace en ce sens que les différentes composantes des services constituent autant d'éléments interreliés au sein d'un système global et cohérent de soins et de services. (4) Les détails opérationnels, comme le niveau d'intégration des différents éléments entre eux, dépendent des principes directeurs choisis. Les services de santé mentale de proximité équilibrés sont fondés sur plusieurs principes clés : autonomie, continuité, efficacité, accessibilité, globalité, équité, imputabilité, coordination et efficience (8) (voir les définitions à l'annexe 2).

Le tableau 1 présente un schéma en vue d'aider les décideurs au sujet des services de santé mentale équilibrés. Le tableau est divisé en fonction des lignes directrices proposées dans le *Rapport sur la santé*

dans le monde sur la santé mentale publié par l'OMS (2). Il n'y a pas de critères socioéconomiques sur lesquels on s'entend (comme le produit national brut par personne) pour déterminer dans quel regroupement se situe chacun des pays.

Tableau 1. Éléments des services de santé mentale pour les pays à faibles ressources, à ressources intermédiaires et à ressources élevées

Pays à faibles ressources	Pays à ressources intermédiaires	Pays à ressources élevées
a) Soins primaires en santé mentale avec un appui spécialisé	a) Soins primaires en santé mentale avec un appui spécialisé b) Soins de santé mentale suivant les normes de pratiques courantes	a) Soins primaires en santé mentale avec un appui spécialisé b) Soins de santé mentale suivant les normes de pratiques courantes c) Services de santé mentale différenciés
Sélection et évaluation par du personnel de soins primaires	Cliniques de soins ambulatoires	Cliniques spécialisées pour des troubles spécifiques ou s'adressant particulièrement à des groupes de patients dont : <ul style="list-style-type: none"> • les troubles de l'alimentation • la comorbidité • les troubles affectifs réfractaires aux traitements • les services pour adolescents
Traitements verbaux incluant le counselling et les conseils		
Traitements pharmacologiques	Équipes de santé mentale de proximité	Équipes spécialisées de santé mentale de proximité incluant : <ul style="list-style-type: none"> • des équipes d'intervention précoce • des équipes de suivi intensif
Liaison et formation de la part de personnel spécialisé en santé mentale, si disponible	Soins aux patients hospitalisés en phase aiguë (<i>Acute inpatient care</i>)	Plusieurs alternatives aux soins des patients hospitalisés en phase aiguë : <ul style="list-style-type: none"> • des équipes de traitement/intervention de crise à domicile • centres de crise ou de répit • hôpitaux de jour de soins aigus
Soutien spécialisé limité pour : <ul style="list-style-type: none"> • la formation • la consultation pour des cas complexes • l'évaluation et le traitement des patients hospitalisés lorsque les soins primaires ne suffisent pas 	Ressources résidentielles d'hébergement protégé offrant des soins de proximité de longue durée	Large éventail différencié de ressources résidentielles et d'hébergement de longue durée incluant : <ul style="list-style-type: none"> • des ressources résidentielles de type intensif dotées d'intervenants 24 heures sur 24 • de l'hébergement protégé de moindre intensité • de l'hébergement autonome et indépendant
	Centres de jour et centres de réadaptation par le travail adapté	Large éventail de modalités de travail adapté et de réadaptation professionnelle : <ul style="list-style-type: none"> • ateliers protégés • placements adaptés et supervisés • travail de type coopératif • groupes d'entraide ou d'usagers • clubs psychosociaux/programmes d'emploi transitoire • réadaptation professionnelle • services individualisés de placement et de soutien)

Le tableau révèle que dans les pays à faibles ressources, le personnel de soins primaires devra probablement fournir la majorité, si non tous les services de santé mentale dans un milieu de soins primaires, en utilisant les services spécialisés à titre complémentaire pour la formation, la consultation, l'évaluation des patients hospitalisés, et les traitements qui ne peuvent être offerts dans un milieu de soins primaires (9). Certains pays à faibles ressources pourraient en fait se situer à l'étape pré-asilaire, (10) caractérisée apparemment par des soins de proximité mais qui traduisent en fait une négligence marquée des personnes souffrant de maladies mentales. Là où les asiles existent, les responsables politiques ont à choisir s'ils doivent opter pour une amélioration de la qualité des soins offerts (10) ou utiliser les ressources des plus grands hôpitaux pour l'implantation des services décentralisés (11). Comme le démontre le tableau 2, l'écart entre les soins offerts dans les pays à faibles ressources et ceux offerts dans les pays à ressources élevées est vaste (11, 12, 13, 14).

Tableau 2. Indicateurs de base des programmes de santé mentale en Europe et en Afrique

Indicateur	Europe	Afrique
Psychiatres pour 100 000 habitants	5,5–20,0	0,05
Lits psychiatriques pour 100 000 habitants	87	3,4
Dépenses en soins de santé mentale exprimées en % du budget total en santé	5–10 %	Moins de 1 % dans 80 % des pays

Les pays à ressources intermédiaires peuvent, dans un premier temps, mettre en place les éléments de services énumérés dans la deuxième colonne du tableau 1 et, par la suite, en fonction de la disponibilité des ressources, choisir de développer certains des services différenciés que l'on retrouve dans la troisième colonne.

Le choix des priorités de développement des services dépend des facteurs locaux, incluant les traditions et les conditions particulières d'implantation des différents services, des préférences des utilisateurs de services des intervenants et des professionnels, des forces et des faiblesses des services existants et de l'interprétation des constatations dans le milieu. Le schéma montre également que les modèles de soins propices et économiquement possibles dans les pays à ressources élevées peuvent être totalement différents dans les pays à faibles ressources.

Les informations factuelles disponibles doivent être utilisées conjointement avec d'autres types d'informations comme la connaissance du milieu et l'expérience (3). Il est évident que l'absence de données factuelles spécifiques à un service ou un traitement en particulier ne veut pas nécessairement dire que le service ou le traitement n'est pas efficace, mais simplement que celui-ci n'a pas encore été évalué à la lumière d'outils découlant d'une méthodologie scientifique rigoureuse. Les diverses agences et partenaires impliqués, incluant les patients, leurs familles et les autres dispensateurs de soins et de services, constituent une autre source importante d'information pertinente à la prise de décision sur le plan local (15).

Les éléments d'un système de soins et de services équilibrés en santé mentale

Soins primaires en santé mentale avec un appui spécialisé

Les troubles psychosociaux bien définis sont courants dans les milieux des soins primaires et généraux de tous les pays. Leur incidence est d'environ 24 % dans ces milieux. L'incapacité grave est souvent associée à de tels troubles, habituellement en proportion du nombre de symptômes présents (16). Les études menées à ce jour (17, 18) révèlent plusieurs constatations importantes.

- La majorité des personnes souffrant de maladies mentales ne sont pas traitées dans des services spécialisés et cela est essentiellement vrai dans tous les pays.
- Les troubles psychologiques peuvent altérer la perception des patients par rapport à leur état de santé physique.
- La majorité des professionnels de soins primaires sont conscients des troubles psychologiques, mais la corrélation entre la reconnaissance des troubles et leur incidence n'est que faible à modérée chez les cliniciens.
- Les troubles mentaux détectés dans les milieux de soins primaires constituent un problème majeur de santé publique et créent un fardeau substantiel pour la société.
- Les traitements en santé mentale doivent faire partie intégrante des soins primaires.
- La formation en soins primaires pour reconnaître et traiter les troubles mentaux doit constituer une priorité élevée de telle sorte que ces compétences fassent partie du noyau de base de l'expertise des intervenants en soins primaires.

Dans les pays à faibles ressources disposant d'un appui spécialisé (voir le tableau 1), la majorité des troubles mentaux devrait être diagnostiqués et traités dans un milieu de soins primaires (2, 5). Le rapport de l'OMS assure qu'il est possible d'intégrer les traitements essentiels en santé mentale aux systèmes de soins primaires dans ces pays (2).

Soins et services de santé mentale suivant les normes de pratiques courantes

Les soins et services de santé mentale suivant les normes de pratiques courantes font référence à l'éventail de services de santé mentale mis en place dans les pays qui peuvent se permettre plus qu'un simple système de soins primaires avec un appui spécialisé. Par contre, la détection et le traitement des maladies mentales, particulièrement la dépression et les troubles de l'anxiété, retombent encore principalement sur les intervenants en soins primaires. Von Korff et Goldberg (19) ont analysé 12 différents essais contrôlés et randomisés touchant à l'amélioration des soins pour les dépressions majeures dans des milieux de soins primaires, montrant que, sans intervention, ces troubles mentaux s'affaiblissent avec le temps, et que les interventions devraient se concentrer sur le modèle plus économique de gestion de cas associé à des liens fluides et accessibles entre un gestionnaire de cas, le médecin en soins primaires et le spécialiste en santé mentale. Les soins devraient être améliorés par l'ajout d'un suivi actif de la part du gestionnaire de cas (souvent une infirmière de soins primaires), par un suivi du traitement et son ajustement si la condition du patient ne s'améliore pas, et par une référence à un spécialiste si nécessaire (19, 20). L'information factuelle disponible appuie une approche multimodale – les interventions qui se concentrent strictement sur la formation et le soutien aux généralistes n'ont pas démontré qu'elles étaient efficaces (21).

Comme les services spécialisés sont rares et coûteux, ils devraient se concentrer sur :

- l'évaluation et le diagnostic des cas complexes et de ceux nécessitant un avis expert plus pointu ;
- le traitement des patients dont les symptômes sont les plus graves ;

- les soins des personnes qui sont les plus handicapées par suite de maladies mentales ; et
- la nécessité de faire des recommandations de traitement pour les troubles qui se sont avérés réfractaires au traitement initial.

Pour qu'un tel modèle soit consistant, les services doivent identifier des priorités pour les cas qui seront vus dans les services spécialisés. Les services spécialisés efficaces se concentrent sur la prestation de services aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. Ceci implique le traitement des troubles graves – qu'il s'agisse de troubles psychotiques ou non, de troubles aigus ou post-aigus – selon des normes de soins élevées découlant de bases factuelles en santé. Les spécialistes devraient également fournir des services de consultation et de soutien aux intervenants de soins primaires et aux autres services qui traitent les problèmes courants de santé mentale en portant une attention particulière aux troubles réfractaires et aux troubles chroniques rencontrés dans ces milieux. Des services suffisants doivent être fournis dans chacune des cinq catégories décrites dans la deuxième colonne du tableau 1, ce qui sous-tend qu'il faut déterminer la capacité nécessaire pour chaque catégorie en tenant compte des services offerts dans les autres catégories. Cette approche est parfois connue sous le nom de *planification de système intégral* (4).

Cliniques de soins ambulatoires

Ces cliniques peuvent être considérées comme des services cliniques, offerts dans des milieux comme les centres de soins primaires, les hôpitaux généraux ou les centres de santé mentale de proximité, où un personnel de santé mentale formé fournit évaluation et traitement incluant des interventions pharmacologiques, psychologiques ou sociales. Ces services couvrent un large éventail de variations dans leurs pratiques comme, par exemple :

- les patients peuvent-ils assurer eux-mêmes leur processus de référence, ou ont-ils besoin d'être référés par d'autres entités comme les points de services offrant des soins primaires ?
- est-ce qu'il y a des consultations sans rendez-vous ou seulement sur rendez-vous ?
- les interventions cliniques sont-elles faites par les médecins seulement ou incluent-elles également d'autres professionnels ?
- le paiement est-il direct ou indirect ?
- est-ce qu'il y a ou non des mesures pour encourager les patients à se présenter ou pour réagir suite aux rendez-vous manqués ?
- est-ce qu'il y a ou non un système pour régulariser la fréquence ou la durée des contacts cliniques ?

Étonnamment, il n'y a eu que peu de recherche sur l'efficacité de ces variations de base dans les soins ambulatoires (22). Néanmoins, un consensus clinique fort existe dans plusieurs pays selon lequel de telles installations offrent un moyen relativement efficace d'évaluer et de traiter les problèmes de santé mentale à la condition que ces installations soient accessibles aux populations locales. Étant donné que ces cliniques sont simplement des lieux qui permettent les contacts entre les patients et le personnel, le facteur clé est la nature des interventions cliniques, que la recherche ait démontré leur efficacité ou non. (10)

Équipes de santé mentale de proximité

Les équipes de santé mentale de proximité constituent la pierre angulaire des services psychiatriques de secteur ou de proximité. Le modèle le plus simple de services de proximité est générique, c'est-à-dire qu'il n'est pas spécialisé. Les équipes de santé mentale de proximité fournissent une gamme complète d'interventions à l'intérieur d'un secteur géographique donné et accordent la plus haute priorité aux adultes souffrant de troubles mentaux graves. Les données factuelles provenant du Royaume-Uni (23, 24, 25, 26, 27) révèlent les bénéfices clairs de ces équipes multidisciplinaires non spécialisées de proximité. Les équipes de santé mentale de proximité peuvent promouvoir l'engagement par rapport aux services de

santé mentale, améliorer la satisfaction des utilisateurs et accroître la réponse aux besoins, quoiqu'elles ne produisent pas une amélioration marquée des symptômes ou des habiletés sociales. Leur avantage principal réside dans la continuité des soins et la flexibilité (28). Les patients peuvent bénéficier de contacts avec le même personnel sur de longues périodes et dans des situations de crise, et de telles relations peuvent s'avérer inestimables. La possibilité qu'ont les équipes mobiles de santé mentale de proximité de voir les patients à domicile, au travail ou dans des endroits neutres, comme des cafés, signifie qu'il est plus facile de détecter de façon précoce et de traiter les rechutes, et que l'adhésion au traitement pourrait en être améliorée (29).

L'équipe de santé mentale de proximité générique est flexible, permettant ainsi d'ajuster l'intensité des interventions aux besoins des patients sans avoir à faire un transfert à une autre équipe. Certains patients qui bénéficient de rencontres fréquentes et de contacts pendant un période de temps donnée, comme pendant une rechute par exemple, pourraient nécessiter relativement peu d'attention durant d'autres périodes. Les équipes spécialisées dont le mandat est de ne fournir qu'un soutien intensif ont une marge de manœuvre plus réduite dans ce domaine (30).

Gestion de cas

La gestion de cas a été décrite (31) comme étant « la coordination, l'intégration et la prestation de soins et de services individuels dans un contexte de ressources limitées ». Il s'agit plus d'une méthode de prestation de soins et de services que d'une intervention clinique proprement dite. Il existe maintenant une documentation importante (32, 33, 34, 35, 36) montrant que la gestion de cas peut être modérément efficace à améliorer la continuité des soins, la qualité de vie et la satisfaction des patients, mais l'information factuelle diverge quant à son impact sur l'hospitalisation. La gestion de cas doit être soigneusement distinguée de la méthode plus spécialisée et soutenue de *suivi intensif de proximité* (voir ci-après). L'information factuelle actuelle (37) révèle que l'intégration du modèle de gestion de cas aux équipes de santé mentale de proximité est des plus profitables.

Soins aux patients hospitalisés en phase aiguë

Il n'y a aucune information factuelle, du moins pour les pays à ressources intermédiaires ou élevées, qu'un modèle de soins et de services équilibrés peut être fourni sans soins en milieu hospitalier pour les patients en phase aiguë. Certains services (comme les équipes de soins à domicile, les centres de crise ou les hôpitaux de jour de soins aigus) pourraient offrir une alternative réaliste à certains patients sur une base volontaire. Néanmoins, certains groupes de patients – ceux qui ont un besoin urgent d'évaluation médicale et ceux qui souffrent de troubles graves, de comorbidité incluant des problèmes psychiatriques et physiques, d'une rechute ou d'un comportement dérangeant grave, de tendances suicidaires ou violentes fortes, de troubles neuropsychiatriques aigus, ou de troubles reliés au vieillissement accompagnés de problèmes physiques concomitants – nécessitent habituellement un soutien immédiat de haute intensité dans un milieu hospitalier de soins aigus et parfois dans un contexte où le patient y est obligé.

Il y a relativement peu de données sur plusieurs des aspects des soins hospitaliers, et la plupart des études dans ce domaine sont de nature descriptive (38). Des quelques études systématiques menées, une (39) révèle qu'il n'y a pas de différence dans les résultats obtenus entre les admissions régulières et les hospitalisations brèves planifiées. D'une manière plus générale s'il existe un consensus selon lequel les soins aigus en milieu hospitalier sont nécessaires, le nombre de lits requis est largement tributaire des autres services disponibles et des caractéristiques sociales locales et culturelles, comme la tolérance par rapport aux comportements déviants (4). Les soins aigus en milieu hospitalier absorbent généralement la majorité des budgets de santé mentale (40). La diminution de l'utilisation des jours-présence, en réduisant par exemple la durée moyenne de séjour, peut dès lors représenter un objectif important d'une politique si

les ressources ainsi libérées peuvent être utilisées pour d'autres types de services de santé mentale. Compte tenu du fait que les pays à ressources intermédiaires ou élevées doivent fournir un certain part de services en milieu hospitalier, une deuxième question importante au niveau politique est de déterminer comment ces services peuvent être offerts d'une manière humaine acceptable aux patients, comme, par exemple, dans une unité d'un hôpital général (41, 42).

Ressources résidentielles d'hébergement protégé offrant des soins de secteur ou de proximité de longue durée

Les grands hôpitaux psychiatriques, où ils existent, fournissent généralement plus de soins de longue durée que de soins aigus. Du point de vue de l'élaboration de politiques, il est important de savoir si les patients de longue durée devraient continuer à être desservis dans de tels établissements ou s'ils devraient être transférés dans des ressources résidentielles d'hébergement protégé offrant des soins de secteur ou de proximité de longue durée. L'information factuelle pour les pays à ressources intermédiaires et élevées est sans équivoque. Lorsque la désinstitutionnalisation est bien planifiée et gérée, les résultats seront alors plus favorables pour la majorité des patients qui sont transférés dans de telles ressources (43, 44, 45). L'étude TAPS (*Team for the Assessment of Psychiatric Services* ou Équipe pour l'évaluation des services psychiatriques) de Londres, (6) – un suivi sur une période de cinq ans de plus de 95 % des 670 patients de longue durée (à l'exclusion de ceux souffrant de démence) ayant été transférés – a permis de dégager plusieurs résultats encourageants.

- Au terme de cinq ans, les deux tiers (2/3) des patients demeuraient encore dans leur résidence initiale.
- Le transfert des patients vers des services de proximité n'a pas augmenté le taux de décès ou le taux de suicide.
- Moins de 1 pour 100 (1 %) des patients sont devenus des sans-abri, et aucun des patients demeurant dans des résidences munies d'intervenants n'ont échappé au suivi.
- Plus du tiers (1/3) des patients ont du être réadmis pendant la période de suivi à la fin de laquelle 10 % étaient hospitalisés. (Une étude scandinave réalisée à partir de plusieurs sites donne également des taux semblables (46)).
- En général, la qualité de vie des patients s'est vue grandement améliorée par le transfert dans des services de proximité, mais les incapacités persistent à cause de la nature même des troubles psychotiques graves (6).
- Il y a généralement peu de différences de coûts entre le modèle de proximité et le modèle hospitalier, mais l'évaluation économique suggère que les soins de proximité présentent un meilleur rapport coût-bénéfice que les hospitalisations à long terme à cause de l'amélioration dans l'efficacité.

Comme dans le cas des soins aigus en milieu hospitalier, l'éventail des besoins et la capacité des ressources résidentielles d'hébergement protégé offrant des soins de secteur ou de proximité dépendent largement de la disponibilité d'autres types de services et des facteurs culturels et sociaux locaux (47).

Centres de jour et centres de réadaptation par le travail adapté

La proportion des sans-emploi chez les personnes souffrant de maladies mentales est souvent plus élevée que dans la population en générale (48, 49). Les méthodes traditionnelles visant à offrir des possibilités d'emploi, particulièrement dans le cas de troubles chroniques et d'incapacités, incluent des centres de jour et une variété de centres de réadaptation psychiatrique non standardisés (50, 51). Il y a peu de recherche scientifique sur ces types de centres de jour traditionnels, et une analyse récente de plus de 300 articles scientifiques n'a révélé aucun essai contrôlé et randomisé pertinent alors que les études non randomisées donnent des résultats conflictuels. Jusqu'à ce qu'une meilleure information factuelle soit disponible, il serait judicieux que les pays à ressources intermédiaires prennent leurs décisions à partir de

considérations pragmatiques au sujet des services en centres de jour ou en centres de réadaptation par le travail adapté, en assumant que les options de services spécialisés sont plus dispendieuses (52).

Coordination

Il est important que les interfaces entre ces différents types de services fonctionnent adéquatement pour assurer une mise en place réussie du système global de services de santé mentale. De tels liens doivent exister à tous les niveaux entre les différents organismes locaux et bénévoles et les établissements. La nécessité de communiquer ou de transférer des patients peut se produire entre n'importe laquelle de ces ressources, incluant :

- les services de santé (dont ceux dédiés à la santé physique générale et dentaire, aux soins primaires, à la médecine légale, au vieillissement, aux troubles d'apprentissage, aux incapacités mentales, à la déficience intellectuelle ou aux besoins psychothérapeutiques) ;
- les services sociaux ou les centres d'assistance sociale (fournissant des services d'aide financière, des soins ou de l'assistance à domicile, des services de répit, etc.) ;
- les agences de logement (fournissant des aménagements résidentiels munis ou non d'intervenants et des ressources résidentielles d'hébergement protégé) ;
- d'autres agences gouvernementales (dont les forces policières et le système carcéral) ; et
- des organismes non gouvernementaux (ONG) (dont les organisations religieuses, les groupes de bénévoles et les organisations privées sans but lucratif).

Une telle harmonisation des services implique l'existence d'un organisme de planification locale pour la coordination efficace des différents éléments, quoique le degré d'intégration des services n'a pas spécifiquement été évalué de façon systématique dans le cadre d'essais contrôlés randomisés (53).

Services de santé mentale spécialisés et différenciés

Une approche équilibrée des services de santé mentale de proximité nécessite un éventail de services et leur assemblage dépend largement des ressources disponibles. Dans les pays à ressources élevées, il peut être possible de mettre en place/prévoir/organiser, en plus des services mentionnés plus haut, des services différenciés spécifiquement dédiés à des buts ou des sous-groupes de patients particuliers. Lorsque ces services fonctionnent bien, ils peuvent réduire la demande d'autres services courants ; par exemple, les équipes de traitement à domicile peuvent remplacer certains services hospitaliers de soins aigus. Il est toutefois intéressant de noter que les études touchant ces nouveaux modèles de soins plus innovateurs sont beaucoup plus nombreuses et rigoureuses au niveau scientifique que les études sur n'importe quel autre type de services mentionné plus haut et, en fait, très peu d'études scientifiques de haute qualité ont été menées dans quelque domaine de santé que ce soit dans les pays à faibles ressources (54, 55).

Cliniques spécialisées de soins ambulatoires

Les installations externes spécialisées pour des pathologies psychiatriques ou des groupes de patients spécifiques sont courantes dans les pays à ressources élevées et incluent des services voués :

- aux troubles de l'alimentation ;
- aux patients souffrant de comorbidité (comme la psychose accompagnée d'abus de drogues) ;
- aux troubles psychotiques ou affectifs réfractaires aux traitements ;
- à d'autres problèmes spécifiques (comme les troubles de stress post-traumatique) ;
- aux approches psychothérapeutiques spécialisées ;
- aux personnes incarcérées souffrant de maladies mentales ;
- aux mères souffrant de maladies mentales et leurs bébés.

Les décisions locales, à savoir si de telles cliniques spécialisées doivent être mises en place, dépendent de plusieurs facteurs, comme les priorités du service en relation avec l'offre de services spécialisés décrites plus bas, les besoins identifiés en santé mentale et le financement disponible.

Équipes spécialisées de santé mentale de proximité

Les équipes spécialisées de santé mentale de proximité sont de loin celles qui, en tant que composante des soins et des services équilibrés, font le plus l'objet de recherche. Les essais contrôlés randomisés et les études systématiques les plus récents font référence à de telles équipes (33). Deux types d'équipes sont particulièrement bien développés en tant que services associés aux équipes génériques de santé mentale de proximité. Il s'agit des équipes de suivi intensif de proximité et des équipes d'intervention précoce.

Équipes de suivi intensif de proximité

Les équipes de suivi intensif de proximité procurent une forme de traitement spécialisé, mobile et proactif dans le milieu de vie des personnes plus handicapées par les troubles mentaux. Elles se caractérisent (56, 57, 58) par plusieurs particularités spécifiques :

- charge de cas réduite (une équipe d'environ 10 intervenants est responsable d'environ 100 patients) ;
- services continus (en opération 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7) ;
- les médicaments sont livrés aux patients par les membres de l'équipe à tous les jours s'il le faut ;
- les patients peuvent potentiellement évoluer vers un mode d'intervention moins intensif ;
- une approche en équipe qui coordonne étroitement la contribution de psychiatres, d'infirmières et d'autres professionnels ;
- les ressources financières des patients sont supervisées ou directement gérées par l'équipe ;
- les activités de l'équipe se déroulent au niveau local dans une proportion cible de 80 %.

Il y a maintenant une solide base factuelle prouvant que, dans les pays à ressources élevées, les équipes de suivi intensif de proximité peuvent présenter de nombreux avantages lorsqu'elles fournissent des services aux personnes souffrant de troubles psychotiques graves incapacitants:

- réduction des admissions en milieu hospitalier et de l'utilisation des jours-présence (soins aigus) ;
- amélioration aux niveaux de l'hébergement et de l'emploi ;
- amélioration de la satisfaction du patient.

Il n'a pas été démontré que le suivi intensif de proximité engendre une amélioration de l'état mental ou des comportements sociaux. En comparaison des services habituels, les équipes de suivi intensif de proximité réduisent les coûts d'hospitalisation mais pas le coût global des soins et des services (59, 60, 61). Néanmoins, la mesure dans laquelle ce type d'équipe est nécessaire ou approprié dans les pays à ressources intermédiaires ou faibles n'a pas encore été déterminée, et il existe des données factuelles (62, 63, 64) prouvant que les équipes de suivi intensif de proximité peuvent s'avérer moins avantageuses là où les services habituels offrent déjà une continuité de soins de haute qualité.

Équipes d'intervention précoce

Les dernières années ont connu un intérêt considérable pour la détection et le traitement précoces des premiers épisodes de psychose. La majorité des études menées dans ce domaine se sont concentrées sur la période de temps entre l'apparition des premiers symptômes et les premiers contacts avec l'équipe de soins. Cette période s'appelle la durée de psychose non traitée, ou DUP (pour *duration of untreated psychosis* dans la littérature anglophone). Les données factuelles montrent maintenant qu'une DUP plus longue permet de prédire d'une manière plus fiable des résultats négatifs suite à la psychose. À ce jour,

peu d'essais contrôlés ont été publiés sur les interventions dans ce champ d'expertise, et aucune étude systématique Cochrane n'a été menée. Il est donc prématuré de prétendre que l'intervention précoce spécialisée doit constituer une priorité élevée (65, 66, 67, 68, 69, 70).

Alternative aux soins auprès des patients hospitalisés en phase aiguë

Trois grands types d'alternatives aux soins hospitaliers auprès des patients en phase aiguë ont été élaborés au cours des dernières années : les hôpitaux de jour de soins aigus, les centres de crise et les équipes d'intervention de crise et de traitement à domicile.

Les *hôpitaux de jour de soins aigus* sont des installations qui offrent des programmes de traitement de jour pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves et aigus et constituent une alternative aux admissions en milieu hospitalier. Une récente étude/analyse systématique de neuf essais contrôlés randomisés démontre que les soins en hôpital de jour de soins aigus conviennent à entre un quart et un tiers (1/4–1/3) de toutes les personnes qui seraient autrement admises dans un hôpital. Les soins en hôpital de jour donnent lieu à des améliorations plus rapides et à moindre coût. On peut raisonnablement conclure que les hôpitaux de jour de soins aigus constituent une option efficace lorsque la demande d'admission à l'hôpital est élevée (71, 72).

Les *centres de crise* sont des résidences situées à l'échelon local encadrées de professionnels en santé mentale. Elles offrent l'admission à certains patients qui, autrement, nécessiteraient d'être admis à l'hôpital pour des problèmes de santé mentale aigus et graves². Le nombre relativement peu élevé d'études sur ce type de centres a démontré non seulement (38, 73, 74) qu'ils sont très satisfaisants pour leurs résidents, mais également (74) qu'ils pourraient offrir une alternative aux soins hospitaliers pour environ le quart (1/4) des patients admis à l'hôpital tout en étant moins coûteux que l'hospitalisation. Le modèle de Soteria, aux États-Unis, est un type spécial de centre de crise. Ses avantages par rapport aux traitements hospitaliers courants ont d'ailleurs été démontrés (75).

Les *équipes d'intervention de crise et de traitement à domicile* sont des équipes de santé mentale de proximité mobiles qui évaluent les patients en période de crise psychiatrique et qui fournissent ensuite des soins et traitements intensifs à domicile pour éviter ou réduire le recours aux soins aigus en milieu hospitalier. Deux études systématiques Cochrane récentes (76, 77) montrent que la plupart des recherches sur ces types d'équipes ont été menées aux États-Unis et au Royaume-Uni. La recherche conclut que les équipes de soins à domicile réduisent le nombre de jours que les personnes en état de crise psychiatrique passent à l'hôpital, particulièrement si les équipes font des visites régulières à domicile et ont la responsabilité des soins de santé et des services sociaux.

Différenciation des ressources résidentielles et d'hébergement protégé offrant des services de proximité à long terme

Les programmes de santé mentale impliquant une réduction de la dimension des grands hôpitaux psychiatriques fournissent habituellement des soins de proximité de longue durée au sein de ressources résidentielles d'hébergement protégé pour les patients ainsi transférés (43, 78, 79). De tels soins résidentiels constituent habituellement un substitut direct à l'hospitalisation à long terme et incluent des résidences d'accueil et des ressources de type résidentiel munies de personnel infirmier qualifié,

² Quoiqu'une grande variété de maisons de répit, maisons d'accueil ou de refuges ont été mis en place/créés, comme, par exemple, les résidences pour les femmes victimes de violence conjugale, le terme centre de crise fait référence aux installations en santé mentale qui offrent une alternative aux admissions non obligatoires en milieu hospitalier.

d'infirmières auxiliaires et de préposés présents 24 heures sur 24. Différents types de soins et de services résidentiels plus spécialisés sont souvent mis en place ultérieurement, et servent à fournir des niveaux gradués de soutien pour les personnes souffrant de maladies mentales et incapables de vivre de façon autonome et sans aide. Ces types de ressources résidentielles différenciés sont regroupés en trois grandes catégories :

1. *ressources résidentielles encadrées d'un personnel présent 24 heures sur 24* – foyers bien équipés en personnel, ressources résidentielles d'hébergement protégé ou résidences d'accueil (la différence provient des qualifications du personnel) ;
2. *places en ressources résidentielles équipées d'un personnel de jour* – foyers ou ressources résidentielles équipés d'un personnel travaillant à heures fixes, plusieurs jours par semaine ; et
3. *ressources dotées d'un soutien de plus faible intensité* – foyers avec soutien minimum, ressources résidentielles desservies par un personnel visiteur, incluant des appartements supervisés auxquels on rattache au moins un intervenant disponible sur appel dans une installation séparée.

Les analyses de coût-efficacité de ces différents niveaux de soins et services résidentiels (80) sont quelque peu limitées, et aucune étude systématique n'a été menée dans ce domaine. Les responsables politiques qui doivent décider des besoins pour de tels types de services devraient consulter les acteurs clés locaux (50, 81, 82, 83).

Différenciation des formes de réadaptation par le travail

Le travail représente un objectif important pour un grand nombre de personnes souffrant de maladies mentales graves. Un emploi rémunéré répond à la fois aux besoins pratiques, en améliorant l'autonomie économique, et aux besoins thérapeutiques, en rehaussant l'estime de soi et le fonctionnement général (84, 85). Quoique la réadaptation par le travail soit maintenant offerte sous différentes formes aux personnes souffrant de troubles mentaux graves depuis plus de cent ans, son rôle a diminué à cause des résultats décourageants des tentatives passées, des contre-incitations financières au travail et du pessimisme général au sujet de la réadaptation de ces patients (86). Toutefois, de nombreux événements récents ont fait que l'emploi est redevenu une priorité de réadaptation. L'avènement de nouveaux produits pharmacologiques est une source d'espoir (87) que les résultats globaux seront améliorés et que les patients pourront mieux bénéficier des efforts investis dans la réadaptation. Les groupes de défense des droits des patients et des intervenants ont accordé leur plus haute priorité à la thérapie par le travail ou l'occupation de façon à promouvoir l'autonomie et la qualité de vie des patients (88, 89).

Des données récentes en provenance des États-Unis démontrent qu'il est possible d'améliorer grandement les résultats psychosociaux et de réadaptation professionnelle en adhérant aux modèles de soutien à l'emploi. Ces modèles s'appuient sur le placement rapide dans des postes compétitifs et sur la participation de spécialistes en placement au sein des équipes de traitement en santé mentale (90). Le modèle de placement et de soutien individualisé ou IPS (pour *Individual Placement and Support*) met l'accent sur l'emploi compétitif en milieu intégré de travail accompagné d'un suivi, par opposition au modèle traditionnel par étape de la réadaptation par le travail (91). Les études sur le modèle IPS (71, 92) ont montré une augmentation du taux d'accès à des emplois compétitifs. Le modèle traditionnel est fondé sur une approche « formation et placement », offrant aux individus de la formation en ateliers supervisés pour ensuite fournir le placement dans des milieux de travail réels. Le programme IPS utilise l'approche contraire de « placement et de formation » de telle sorte que les patients accèdent premièrement à de vrais emplois pour ensuite se voir offrir un soutien direct et individualisé pour les aider à avoir du succès dans leur emploi.

Conclusions

Il n'y a aucun argument convaincant ni aucune information factuelle scientifique justifiant un modèle de soins et de services de santé mentale fondé exclusivement sur les soins hospitaliers. Par ailleurs, il n'y a pas non plus de données factuelles scientifiques prouvant que les services de proximité peuvent à eux seuls fournir une gamme complète satisfaisante de soins. En fait, sur la base des avis professionnels et des résultats des études cliniques accumulés dans plusieurs pays, il est justifié de soutenir un modèle équilibré de soins et de services qui inclut des éléments des deux modèles de soins hospitaliers et de services de proximité. Néanmoins, les collectivités locales peuvent avoir des points de vue bien arrêtés quant à la mise en place de tels services psychiatriques dans leur milieu. La qualité de vie des personnes souffrant de problèmes de santé mentale peut être affectée négativement par les attitudes et les comportements discriminatoires et stigmatisants, incluant ceux des professionnels de la santé. Il s'agit d'un secteur qui demeure à développer en termes d'interventions fondées sur des bases factuelles (93).

Des analyses de coût-efficacité sur la désinstitutionnalisation et les équipes de santé mentale de proximité ont démontré que la qualité des soins est étroitement liée aux dépenses. Les services de santé mentale de proximité coûtent généralement autant que les services hospitaliers qu'ils remplacent, et ne peuvent donc pas être considérés principalement comme mesures pour redresser ou couper les coûts. Néanmoins, la disponibilité des ressources peut constituer une contrainte importante à l'implantation d'un modèle de soins et de services équilibrés. Dans les pays à faibles ressources, il peut s'avérer peu réaliste d'investir dans un quelconque élément des services de santé mentale courant, et il pourrait être plus avantageux de se concentrer sur l'identification des soins primaires et le traitement des maladies mentales avec un appui spécialisé. Les pays qui peuvent se permettre un modèle de services plus différenciés peuvent offrir certains éléments des services de santé mentale courants, en équilibrant l'investissement aux besoins identifiés pour chacun des éléments (83), aux ressources disponibles et aux priorités établies par les acteurs clés locaux. En général, à mesure que le système de santé mentale évolue à partir d'un modèle asilaire, la proportion des budgets dépensés dans les grands asiles diminue graduellement. Quoique des nouvelles ressources financent parfois les nouveaux services indépendamment des hôpitaux, il est plus commun de voir des transferts de fonds utilisant les ressources financières et humaines des hôpitaux en place. Avec le temps, et à mesure que les ressources le permettront, les éléments courants des services de santé mentale pourront être complétés par d'autres options de services plus différenciées, dont plusieurs offrent un plus grand choix aux patients et s'appuient sur des données factuelles plus solides quant à leur coût-efficacité.

Annexe 1. Caractéristiques clés des grandes périodes de l’histoire du développement du système de soins et de services en santé mentale (4)

Période 1 : La montée de l’asile	Période 2 : Le déclin de l’asile	Période 3 : L’émergence des soins et des services équilibrés
Construction des asiles	Les asiles sont négligés	Les asiles sont remplacés par de plus petites installations
Nombre croissant de lits d’hospitalisation	Diminution du nombre de lits d’hospitalisation	La diminution des lits d’hospitalisation ralentie
Rôle restreint de la famille	Rôle accru mais pas entièrement reconnu de la famille	L’importance du rôle de la famille est de plus en plus reconnue en termes de soins, de potentiel thérapeutique, de fardeau à porter et de potentiel de pression politique
Investissements publics dans les établissements	Désinvestissement public dans les services de santé mentale	Augmentation de l’investissement privé dans le traitement et les soins, et concentration du secteur public sur la notion de coût-efficacité et de redressement des coûts
Les médecins et les infirmières sont les seuls membres du personnel professionnel	Le travail de psychologues cliniques, ergothérapeutes, travailleurs sociaux se développe	Plus d’intervenants dispensant des services de proximité Nouvelle emphase sur le travail en équipe multidisciplinaire
	Émergence de traitements efficaces Début de l’évaluation des traitements et des outils diagnostics normalisés Influence grandissante des psychothérapies individuelles et de groupe	Émergence de la psychiatrie fondée sur les données factuelles dans le domaine des traitements pharmacologiques, sociaux et psychologiques
Primauté de la contention sur le traitement	Concentration sur le contrôle pharmacologique et la réadaptation sociale Les patients les moins handicapés reçoivent leur congé des asiles	Émergence des préoccupations quant à l’équilibre entre le contrôle des patients et leur indépendance

Annexe 2. Principes clés de la pratique de soins et de services équilibrés en santé mentale de proximité.

Les neuf principes suivants sont particulièrement importants pour guider le développement des soins et des services de santé mentale de proximité. La discussion complète sur le choix et l'élaboration de ces principes peut être consultée dans l'étude de Thornicroft et Tansella (8).

Autonomie : caractéristique du patient concernant sa capacité à faire des choix ou à prendre des décisions de manière indépendante, en dépit de la présence de symptômes ou d'handicaps. La promotion de l'autonomie passe par des traitements et des services efficaces.

Continuité : capacité des ressources à offrir des interventions cohérentes sur une courte période de temps, à la fois à l'intérieur et entre les équipes (*continuité transversale*), ou constituées de séries de contact sans interruption sur une plus longue période de temps (*continuité longitudinale*).

Efficacité : garantir la capacité, les avantages démontrés et voulus des traitements et services offerts dans des situations de vie réelle.

Accessibilité : capacité des patients à recevoir les soins au lieu et au moment où ils en ont besoin.

Globalité : caractéristique d'un service ayant deux dimensions. *Globalité horizontale*, c'est-à-dire jusqu'à quel point un service répond au continuum complet de gravité des troubles mentaux et à une grande variété de caractéristiques de la clientèle. *Globalité verticale*, c'est-à-dire la disponibilité des composantes de base des soins et des services et leur utilisation par des groupes de patients jugés prioritaires.

Équité : juste distribution des ressources. Formalisation à la fois du rationnel utilisé pour fixer les priorités entre des besoins concurrents et des méthodes utilisées pour l'allocation des ressources.

Imputabilité : principe selon lequel les services de santé mentale doivent répondre aux patients, à leurs familles et au public en général, qui tous ont des attentes légitimes par rapport à la façon dont les services s'acquittent de leurs responsabilités.

Coordination : caractéristique d'un service offrant des plans de traitement cohérents pour les patients. Chaque plan doit inclure des objectifs clairs et des interventions efficaces et nécessaires, ni plus ni moins. On distingue la *coordination transversale* qui touche à la coordination des informations et des services à l'intérieur d'un épisode de soins, et la *coordination longitudinale* qui fait référence au maillage entre le personnel et les ressources sur une plus longue période de traitement.

Efficience : réduction des ressources requises (intrants) pour un niveau donné de résultats, ou maximisation des résultats avec un niveau donné de ressources requises (intrants).

Références

1. Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease. Vol. 1. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990, and projected to 2020.* Cambridge, MA, Harvard University Press, 1996.
2. *World health report 2001: mental health: new understanding, new hope.* (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en>). Geneva, World Health Organization, 2001 (accessed 13 July 2003).
3. Geddes JR, Harrison PJ. Closing the gap between research and practice. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 171:220–225.
4. Thornicroft G, Tansella M, eds. *The mental health matrix: a manual to improve services.* Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
5. Desjarlais R et al. *World mental health: problems and priorities in low income countries.* Oxford, Oxford University Press, 1995.
6. Leff J. *Care in the community: illusion or reality?* London, Wiley, 1997.
7. Wing JK, Brown G. *Institutionalism and schizophrenia.* Cambridge, Cambridge University Press, 1970.
8. Thornicroft G, Tansella M. Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine*, 1999, 29:761–767.
9. Mubbashar M. Mental health services in rural Pakistan. In: Tansella M, Thornicroft G, eds. *Common mental disorders in primary care.* London, Routledge, 1999.
10. Nathan P, Gorman J. *A guide to treatments that work*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 2002.
11. Alem A. Community-based vs. hospital-based mental health care: the case of Africa. *World Psychiatry*, 2002, 1:99–100.
12. Becker T, Vazquez-Barquero JL. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 2001, 8–14.
13. Njenga F. Challenges of balanced care in Africa. *World Psychiatry*, 2002, 1:96–98.
14. *World development report 2002: building institutions for markets.* Washington, DC, World Bank, 2002.
15. Reynolds A, Thornicroft G. *Managing mental health services.* Buckingham, Open University Press, 1999.
16. Ormel J et al. Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:1741–1748.

17. Tansella M, Thornicroft G. *Common mental disorders in primary care*. London, Routledge, 1999.
18. Ustun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, Wiley, 1995.
19. Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression: the whole process of care needs to be enhanced. *British Medical Journal*, 2001, 323:948–949.
20. Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:6–11.
21. Simon GE. Evidence review: efficacy and effectiveness of anti-depressant treatment in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 2002, 24:213–224.
22. Becker T. Out-patient psychiatric services. In: Thornicroft G, Szukler G, eds. *Textbook of community psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001. pp 277 - 282
23. Simmonds S et al. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 2001, 178:497–502.
24. Thornicroft G et al. From efficacy to effectiveness in community mental health services: PRiSM Psychosis Study 10. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 173:423–427.
25. Tyrer P et al. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *British Medical Journal*, 1998, 316:106–109.
26. Tyrer P et al. A randomised controlled study of close monitoring of vulnerable psychiatric patients. *Lancet*, 1995, 345:756–759.
27. Tyrer P et al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003.
28. Sytema S, Micciolo R, Tansella M. Continuity of care for patients with schizophrenia and related disorders: a comparative south-Verona and Groningen case-register study. *Psychological Medicine*, 1997, 27:1355–1362.
29. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:2868–2879.
30. Burns T. Generic versus specialist mental health teams. In: Thornicroft G, Szukler G, eds. *Textbook of community psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001. pp 321 - 338
31. Thornicroft G. The concept of case management for long-term mental illness. *International Review of Psychiatry*, 1991, 3:125–132.
32. Hansson L et al. The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: contact rates and use of services for patients with a functional psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 97:315–320.
33. Mueser KT et al. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 1998, 24:37–74.

34. Saarento O et al. The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: utilization of psychiatric hospital care related to amount and allocation of resources to psychiatric services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1996, 31:327–335.
35. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 2000, 51:1410–1421.
36. Ziguras SJ, Stuart GW, Jackson AC. Assessing the evidence on case management. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 181:17-21.
37. Holloway F, Carson J. Case management: an update. *International Journal of Social Psychiatry*, 2001, 47:21–31.
38. Szmukler G, Holloway F. In-patient treatment. In: Thornicroft G, Szmukler G, eds. *Textbook of community psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001. pp 321 - 338
39. Johnstone P, Zolese G. Systematic review of the effectiveness of planned short hospital stays for mental health care. *British Medical Journal*, 1999, 318:1387–1390.
40. Knapp M et al. The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study. *Psychological Medicine*, 1997, 27:681–692.
41. Quirk A, Lelliott P. What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence. *Social Science and Medicine*, 2001, 53:1565–1574.
42. Tomov T. Central and eastern European countries. In: Thornicroft G, Tansella M, eds. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge, Cambridge University Press, 2001. pp 216 - 227
43. Shepherd G, Murray A. Residential care. In: Thornicroft G, Szmukler G, eds. *Textbook of community psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001. pp 309 – 320.
44. Tansella M. Community psychiatry without mental hospitals – the Italian experience: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1986, 79:664–669.
45. Thornicroft G, Bebbington P. Deinstitutionalisation: from hospital closure to service development. *British Journal of Psychiatry*, 1989, 155:739–753.
46. Oiesvold T et al. Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 101:367–373.
47. Van Wijngaarden GK et al. People with schizophrenia in five European countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. *Schizophrenia Bulletin*, in press.
48. Warner R. *Recovery from schizophrenia*, 2nd ed. London, Routledge, 1994.
49. Warr P. *Work, unemployment and mental health*. Oxford, Oxford University Press, 1987.
50. Rosen A, Barfoot K. Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work. In: Thornicroft G, Szmukler G, eds. *Textbook of community psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001. pp 295 - 308

51. Shepherd G. *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. Chichester, Wiley, 1990.
52. Catty J, Burns T, Comas A. Day centres for severe mental illness (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003:(Issue 1).
53. Tyrer P, Turner R, Johnson AL. Integrated hospital and community psychiatric services and use of inpatient beds. *British Medical Journal*, 1989, 299:298–300.
54. Isaakidis P et al. Relation between burden of disease and randomised evidence in sub-Saharan Africa: survey of research. *British Medical Journal*, 2002, 324:702.
55. Patel V, Sumathipala A. International representation in psychiatric literature: survey of six leading journals. *British Journal of Psychiatry*, 2001, 178:406–409.
56. Deci PA et al. Dissemination of assertive community treatment programs. *Psychiatric Services*, 1995, 46:676–678.
57. Scott J, Lehman A. Case management and assertive community treatment. In: Thornicroft G, Szmukler G, eds. *Textbook of community psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001. pp 253 - 264
58. Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1998, 68:216–232.
59. Latimer EA. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1999, 44:443–454.
60. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003:(Issue 1).
61. Phillips SD et al. Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 2001, 52:771–779.
62. Burns T et al. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *Lancet*, 1999, 353:2185–2189.
63. Burns T et al. Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 2001, 52:631–636.
64. Fiander M et al. Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182:248–254.
65. Friis S et al. Methodological pitfalls in early detection studies: the NAPE Lecture 2002. Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 107:3–9.
66. Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychological Medicine*, 2003, 33:97–110.
67. Larsen TK et al. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 103:323–334.

68. McGorry PD, Killackey EJ. Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2002, 11:237–247.
69. McGorry PD et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59:921–928.
70. Warner R, McGorry PD. Early intervention in schizophrenia: points of agreement. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2002, 11:256–257.
71. Marshall M et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission ; (2) vocational rehabilitation ; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment*, 2001, 5:1–75.
72. Wiersma D et al. Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *British Journal of Psychiatry*, Suppl 27., 1995, s52–s59.
73. Davies S et al. Community beds: the future for mental health care? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1994, 29:241–243.
74. Sledge WH et al. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, part I: clinical outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153:1065–1073.
75. Mosher LR. Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1999, 187:142–149.
76. Catty J et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychological Medicine*, 2002, 32:383–401.
77. Joy C, Adams C, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illness (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003
78. Shepherd G et al. Residential care in hospital and in the community: quality of care and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 168:448–456.
79. Trieman N et al. The TAPS Project 41: homes for life? Residential stability five years after hospital discharge. Team for the Assessment of Psychiatric Services. *Community Mental Health Journal*, 1998, 34:407–417.
80. Chilvers R, Macdonald G, Hayes A. Supported housing for people with severe mental disorders (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003:(Issue 1).
81. Hafner H. Do we still need beds for psychiatric patients? An analysis of changing patterns of mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1987, 75:113–126.
82. Nordentoft M, Knudsen HC, Schulsinger F. Housing conditions and residential needs of psychiatric patients in Copenhagen. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85:385–389.
83. Thornicroft G. *Measuring mental health needs*, 2nd ed. London, Royal College of Psychiatrists, Gaskell, 2001.

84. Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, 21:645–656.
85. Wiersma D et al. Assessment of needs for care among patients with schizophrenic disorders 15 and 17 years after first onset of psychosis. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 1997, 6:21–28.
86. Polak P, Warner R. The economic life of seriously mentally ill people in the community. *Psychiatric Services*, 1996, 47:270–274.
87. Lehman AF. Quality of care in mental health: the case of schizophrenia. *Health Affairs*, 1999, 18:52–65.
88. Becker DR et al. Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services*, 1996, 47:1223–1226.
89. Thornicroft G et al. What are the research priorities of mental health service users? *Journal of Mental Health*, 2002, 11:1–5.
90. Drake RE et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:627–633.
91. Priebe S et al. Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin*, 1998, 24:469–477.
92. Lehman AF et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59:165–172.
93. Pinfold V et al. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182:342–346.

Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17.
Fax : +45 39 17 18 18.
Courriel : postmaster@who.dk
Site Web : www.euro.who.int