

## L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences

Magali Coldefy (Irdes)

La prise en charge des troubles psychiques, qui concernent un individu sur quatre en Europe, est devenue une priorité des politiques de santé après l'impulsion donnée en 2005 par le plan d'action en santé mentale en Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Ce plan encourage un meilleur équilibre entre prise en charge ambulatoire et hospitalière et le développement des services de proximité. Depuis les années 1970, la plupart des pays européens sont passés d'une prise en charge dans de grandes institutions à l'intégration du patient dans son environnement à l'aide de soins et de services de proximité.

Après avoir montré comment le processus de désinstitutionnalisation des soins psychiatriques s'est opéré à des vitesses et modalités distinctes en Allemagne, Angleterre, France et Italie, sont étudiés l'offre de services, les structures et modes de prise en charge actuels dans ces quatre pays.

Ces premiers éléments de comparaison mettent en évidence, outre la difficulté de disposer de données de qualité comparables entre les pays, l'inégal achèvement des politiques de désinstitutionnalisation psychiatrique. Ils pointent également le retard de la France en matière d'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, mais aussi de développement des structures et services d'accompagnement des personnes à l'extérieur de l'hôpital.

La prise en charge des troubles psychiques constitue un important défi pour les pays européens dans la mesure où un individu sur quatre souffre de problèmes psychiques importants à un moment de son existence. Les troubles psychiatriques représentent la deuxième plus grande cause de morbidité après les

maladies cardiovasculaires. Ils concourent à 20 % de l'ensemble des années de vie corrigées de l'invalidité et sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail (OMS Europe, 2006). Malgré l'importance de cette charge pour les pays, le budget consacré à la santé mentale ne représente en moyenne que 5,8 % des dépenses totales en santé.

La prise en charge des troubles psychiques est devenue depuis 2005 une priorité des politiques de santé européennes et mondiales, avec le lancement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'un plan d'action en faveur de la santé mentale en Europe. Il est désormais reconnu qu'une approche des soins équilibrés entre prise en charge ambulatoire et

hospitalière est nécessaire et que les soins de proximité améliorent la qualité de vie de la majorité des patients (Thornicroft, Tansella, 2004).

Ainsi, la plupart des pays européens sont passés d'un modèle de prise en charge de la maladie mentale excluant les patients de leur milieu de vie pour les traiter dans les asiles du XIX<sup>e</sup> siècle à un modèle promouvant l'intégration sociale du patient dans son environnement à l'aide de soins et de services de proximité. Les mêmes facteurs ont en général présidé à la désinstitutionnalisation dans les années 1970 dans les pays concernés : développement de nouvelles techniques de traitement, notamment médicamenteux, évolution de la perception de la maladie mentale et affirmation que l'insertion des soins au plus proche du lieu de vie des patients permet des traitements plus efficaces et moins stigmatisants. L'enjeu central a été d'établir un juste équilibre entre l'orientation vers l'hôpital et le recours aux services de proximité, tout en cherchant à « déspecifier » la psychiatrie pour en faire une discipline médicale comme les autres.

Cette tendance générale ne doit cependant pas masquer les différences entre les pays concernant tant l'étendue de la réduction du nombre de lits hospitaliers et des hôpitaux psychiatriques que l'importance et la nature des services implantés dans la communauté (OCDE, 2008).

Si l'Allemagne, l'Angleterre, la France et l'Italie ont expérimenté le processus de désinstitutionnalisation des soins psychiatriques dans la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, celui-ci s'est opéré à des vitesses et des modalités diverses du fait notamment de contextes politiques

et sociaux différents. Ces quatre pays ne consacrent d'ailleurs pas le même budget à la santé mentale : 14 % des dépenses de santé en Angleterre, 11 % en France, 11 % en Allemagne et 5 % en Italie (OMS, 2008) [tableau 1]. Ainsi, après avoir présenté l'histoire du processus de désinstitutionnalisation, l'organisation politique des soins psychiatriques dans chaque pays, nous y étudierons l'offre de services, les structures et modes de prise en charge qui y ont cours.

### Un processus de désinstitutionnalisation variable selon les pays

Dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, la situation des soins psychiatriques dans les quatre pays est relativement similaire. L'hospitalisation dans de grands établissements spécialisés constitue la seule modalité de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. C'est à l'époque un indicateur de qualité des soins, il n'existe alors pas de traitement pharmacologique et le traitement dans des établissements spécialisés apparaît comme un progrès eu égard à la situation antérieure où les malades étaient mélangés aux détenus et autres indigents. Cependant, très vite, le surembournement de ces institutions a fait oublier les objectifs thérapeutiques (Shorter, 2007). Dans les différents pays émergent des structures de prise en charge alternatives, de type accueil familial thérapeutique, centres de postcure ou d'hygiène mentale. Mais il faudra attendre les années 1970 pour observer une véritable réforme des soins psychiatriques dans ces pays.

### Des calendriers de mise en œuvre différents

La politique de désinstitutionnalisation engagée depuis les années 1970 a suivi un calendrier différent dans les quatre pays. Elle a été plus précoce en France et en Angleterre, avec des prémisses sensibles dès l'entre-deux guerres, notamment en Angleterre avec le développement des premiers services ambulatoires libres (*Mental treatment Act* de 1930), et, en France, la mise en place des services de prophylaxie mentale (circulaire Rucart de 1937) : « Le devoir des médecins, des psychiatres (...) est d'aller aux populations. » (Bonnafé, 1975). C'est la naissance du travail « hors les murs » de l'enceinte asilaire. Il faudra cependant attendre la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle pour qu'une politique de désinstitutionnalisation, ou plutôt de déshospitalisation pour la France, se mette en place dans ces deux pays. Le développement des neuroleptiques dans les années 1950 va favoriser la possibilité d'un suivi à l'extérieur de l'hôpital, et faire émerger l'idée qu'il existe d'autres moyens de prise en charge que l'hospitalisation.

En Allemagne et en Italie, pour des raisons différentes, la réforme a été plus tardive. En Italie, jusqu'à la fin des années 1960, la psychiatrie est réglementée par la loi Giolitti de 1904 (équivalente à la loi française de 1838 sur la prise en charge des aliénés) et marquée par un retard général, à la fois en comparaison des autres pays européens, mais également des autres domaines médicaux au sein du pays. En Allemagne, les effets de la Seconde Guerre mondiale participent au retard du processus de réforme. Les crimes perpétrés durant cette période ont attisé polémiques et critiques au point d'empêcher une approche apaisée et la fixation d'objectifs de long terme dans le domaine de la santé mentale (Demailly, 2011). Le tournant vers des soins psychiatriques de proximité date du milieu des années 1970, période de réformes tant politiques que sociales.

En France, au contraire, la Seconde Guerre mondiale va jouer un rôle d'accélérateur dans la réforme des soins psychiatriques. La surmortalité des malades hospitalisés en psychiatrie pendant ce conflit (Lafont, 1987 ;

T1

#### Données de cadrage

	Allemagne	Angleterre	France	Italie
Population en 2010*	81 757 000	61 792 000	62 787 000	60 483 000
Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants*   par suicide	10,0	6,5	15,2	5,4
liée à la consommation d'alcool	51,4	49,7	66,0	40,1
Pourcentage du PIB réservé à la santé*	11,6 %	9,6 %	11,9 %	9,5 %
Pourcentage des dépenses de santé affectées à la santé mentale**	11 %	14 %	11 %	5 %

Sources : \* OCDE 2010 ; \*\* OMS 2010.

Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/Qes180\\_EvolutionDispositifsSoinsPsychiatriques.xls](http://www.irdes.fr/Donnees/Qes180_EvolutionDispositifsSoinsPsychiatriques.xls)

## REPÈRES

Cet article est issu d'une communication au colloque annuel de la World Psychiatric Association en 2009 qui avait pour thème : "Mental health in Europe : Problems, perspectives and solutions. An overview of mental health care in four major European countries". Il reprend en partie des éléments de discussion présentés par Giovanni de Girolamo (Health Care Research Agency, Emilia-Romagna Region, Bologna, Italy), Gyles Glover (Wolfston Research Institute, University of Durham, England), Hans Joachim Salize (Central Institute of Mental Health Mannheim, Germany) et Magali Coldefy (Irdes, France).

von Bultzingsloewen, 2007) a été un révélateur des dysfonctionnements de l'institution asilaire (conditions de vie déplorables des patients, stigmatisation et exclusion sociale) et a contribué à la prise de conscience de la nécessité d'un changement radical dans l'offre de soins (Coldefy, 2011). La circulaire de 1960 qui instaure la politique de sectorisation psychiatrique est le fruit d'une collaboration forte entre décideurs et une minorité de psychiatres. Ce texte apparaît alors révolutionnaire eu égard à la faible sensibilisation aux pratiques désaliénistes de la majorité des psychiatres français (George et Tourne, 1994). La politique de sectorisation psychiatrique prône une organisation de l'offre hospitalière publique en réseau, sur la base d'une sectorisation géographique originale, le « secteur psychiatrique ». L'unité de base de la délivrance des soins en psychiatrie publique, le secteur, à travers son équipe pluriprofessionnelle, dispense et coordonne, pour une aire géo-démographique de proximité, l'ensemble des soins et services nécessaires à la couverture globale des besoins de santé mentale : prévention, soin, postcure et réadaptation.

En Allemagne, il faudra attendre les années 1970 et le rapport de la Commission sur la qualité des soins en santé mentale pour qu'une telle réforme soit entreprise (Salize *et al.*, 2007). Cette Commission dénonce les conditions « misérables et inhumaines » existant dans de nombreux hôpitaux psychiatriques et souligne les pénuries en personnels caractérisant l'offre de soins, la

quasi absence de services psychiatriques implantés à l'hôpital général et dans la communauté, ainsi que la séparation entre le système de santé mentale et le système de santé général (Deutscher Bundestag, 1975). La Commission recommande un changement d'approche fondamental et notamment la restructuration de la plupart des hôpitaux psychiatriques (Demailly, 2011).

En Angleterre, la création d'un système national de santé en 1948 (NHS) et un climat politique et social favorable vont amener à la fermeture progressive des anciens hôpitaux psychiatriques. Contrairement à la France où la mise en place de la politique de secteur par la circulaire de 1960 faisait état d'une collaboration forte entre décideurs et psychiatres, les réformes en Angleterre ont surtout été des réactions à des tendances émergentes ou des conséquences d'initiatives politiques plus larges dans le domaine socio-sanitaire (Glover, 2007). Ainsi, dans les années 1950, partant du constat que le nombre de patients au long cours – patients schizophrènes ou souffrant de maladies chroniques – tendait à diminuer (Tooth, Brooke, 1961), le gouvernement s'est peu à peu dirigé vers une fermeture des grands établissements avec, dans un premier temps, le *Hospital Plan for England and Wales* en 1962 qui prévoit la fermeture de la moitié des lits de psychiatrie en 1975. Dans un second temps, un texte gouvernemental de 1971 propose l'abolition complète du système des hôpitaux psychiatriques pour lui préférer l'implantation de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux (Killaspy, 2006).

En Italie, le mouvement est plus tardif. Jusqu'en 1968 et la loi Mariotti, l'admission en psychiatrie ne pouvait se faire librement et les placements d'office étaient inscrits au casier judiciaire de l'individu. Ce lien avec la justice et les conditions inhumaines de traitement des patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques italiens ont été dénoncés par de nombreux auteurs (de Girolamo, 1989). Chapiro (2008) évoque ainsi une « psychiatrie carcérale » dans laquelle les objectifs de gardiennage et de répression ont prévalu aux objectifs sanitaire et humanitaire (Maj, 1985). La loi Mariotti de 1968 a

permis un début de développement des soins ambulatoires avec l'ouverture de centres d'hygiène mentale (Chapiro, 2008). Face au retard de la situation italienne et l'absence d'évolution, un mouvement militant s'est développé *Psichiatria Democratica*, avec à sa tête Franco Basaglia, dénonçant l'atteinte générale aux droits de l'homme dans les établissements psychiatriques italiens et réclamant une profonde et radicale transformation de la psychiatrie qui aboutira à la loi 180 de 1978, interdisant toute nouvelle admission dans les hôpitaux psychiatriques.

### De la réduction des lits à la fermeture d'hôpitaux psychiatriques selon les pays

En Angleterre, comme en Italie, le processus de désinstitutionnalisation se traduit par une fermeture des hôpitaux psychiatriques à la différence de la France et de l'Allemagne qui connaissent une simple réduction et restructuration des services. C'est en effet en Italie que le processus, bien que plus tardif, a été le plus radical. Votée en 1978, la loi 180, à travers l'interdiction de toute nouvelle admission dans un établissement psychiatrique, modifie l'architecture des soins de santé mentale et connaît un retentissement international. La complète refonte de la psychiatrie italienne engendre la fermeture progressive de tous les hôpitaux psychiatriques (Chapiro, 2008). Parallèlement, l'Italie a développé de nombreuses structures d'hébergement non hospitalières, 17 000 lits étaient ainsi dénombrés en 2006. Le nombre total de lits de soins aigus et résidentiels a baissé de 68 % depuis la réforme de 1978 (de Girolamo *et al.*, 2007). En Angleterre, depuis deux décennies, 112 hôpitaux psychiatriques sur 126 ont été fermés. Le nombre total de lits est passé de 140 000 à 25 000. Comme en Italie, des structures d'hébergement non hospitalières, plus ou moins médicalisées, ont été développées et proposent 41 330 places (dont 21 280 avec un fort encadrement soignant) (Glover, 2007) [Tableaux 2 et 3].

En France, la politique de secteur ne s'est pas prononcée contre l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie mais pour son « dépassement » (George et Tourne, 1994), les hospitalisations et

T2

## Offre de lits psychiatriques à l'hôpital public ou privé en Allemagne, Angleterre, France et Italie

	Allemagne	Angleterre	France	Italie
Nombre total de lits de psychiatrie adulte	54 088	54 340 <sup>1</sup>	55 141	10 083
Densité pour 100 000 habitants	66	88	88	17
Pourcentage de lits de psychiatrie	à l'hôpital général	40 %	-	33 %
	du secteur privé lucratif et PSPH	8 %	53 %	35 %

<sup>1</sup> + 10 600 lits de long séjour.

Sources : d'après Salize et al., 2007 (Allemagne) / Boyle, 2011 (Angleterre) / de Girolamo, 2007 (Italie) / SAE 2010 (France).

Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/Qes180\\_EvolutionDispositifsSoinsPsychiatriques.xls](http://www.irdes.fr/Donnees/Qes180_EvolutionDispositifsSoinsPsychiatriques.xls)

leurs alternatives faisant partie d'un système de prise en charge unifié. Jugés nécessaires, les services hospitaliers ne sont pas supprimés. Il s'agit de déplacer le centre de gravité de la prise en charge psychiatrique de l'hôpital vers le secteur (Duchêne, 1957). En France, l'hospitalisation à temps plein connaît alors une réduction drastique : la proportion de patients suivis uniquement en hospitalisation à temps plein est aujourd'hui de 11 %, et ceux suivis en ambulatoire de 68 %. En parallèle, le nombre de lits en hospitalisation à temps plein s'est réduit de moitié, passant de 120 000 à 55 000 (Coldefy, 2011). Des structures de prise en charge à temps complet en dehors de l'hôpital ont été développées, mais beaucoup moins qu'en Angleterre et en Italie (moins de 7 000 lits dans des structures sanitaires alternatives). S'y ajoutent cependant 6 151 places autorisées en foyer d'accueil médicalisé et maison d'accueil spécialisée pour personnes en situation de handicap psychique.

En Allemagne, comme en France, la désinstitutionnalisation passe davantage par la restructuration que par la suppression des hôpitaux. Peu d'hôpitaux psychiatriques ont été fermés, la plupart ont fortement décliné en taille et se sont davantage orientés vers des soins aigus régionalisés, parallèlement au développement des services psychiatriques à l'hôpital général. L'Allemagne compte 54 000 lits en 2007, contre 117 000 pour la seule Allemagne de l'Ouest en 1970. Une proportion importante de lits des établissements psychiatriques a été transformée en structures d'hébergement protégé pour personnes avec des troubles psychiques, soit l'équivalent de

nos structures médico-sociales. Au total, ce sont 63 000 places qui sont proposées dans ces structures d'hébergement protégé (dont 36 000 avec une permanence de personnel).

## Une intégration inégale de la psychiatrie à l'hôpital général

L'approche thérapeutique et intégrative des personnes souffrant de troubles psychiques dans ces pays s'est donc principalement traduite par l'intégration des services psychiatriques dans les hôpitaux généraux et le développement de soins dans la communauté. En 1959, l'Angleterre, à travers le *Mental Health Act*, abolit la distinction entre hôpitaux psy-

chiatriques et généraux<sup>1</sup> et encourage le développement des soins dans la communauté. Le plan Hôpital du National Health Service (NHS) de 1962 présente les soins psychiatriques hospitaliers comme une « composante des services des hôpitaux généraux » (Minister of Health, 1962) et un rapport de 1965, *Better Services for the Mentally Ill*, décrit les structures appropriées pour une offre de services complète en santé mentale basée dans la collectivité (Secretary of State for Health and Social Security, 1975). La période de récession économique qui suit freine toutefois ce mouvement et il faut attendre la fin des années 1980 – et l'apparition des sans-abris dans les rues des grandes villes, dont beaucoup souffrent de troubles psychiques sévères – pour donner un nouvel élan à la politique de santé mentale.

En Allemagne, le développement de la psychiatrie à l'hôpital général s'est fait dans le milieu des années 1970. Sur les 54 000 lits de psychiatrie que comptait l'Allemagne en 2007, 40 % sont implantés dans des hôpitaux généraux. Une des spécificités de l'Allemagne

<sup>1</sup> En France, en 1970, l'hôpital psychiatrique devient centre hospitalier spécialisé et la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière supprime la notion de centre hospitalier spécialisé.

T3

## Offre de soins en ambulatoire en Allemagne, Angleterre, France et Italie

	Allemagne	Angleterre	France	Italie
Nombre de centres de santé mentale communautaires	523	762	2 018 CMP <sup>c</sup>	707
Autres services ambulatoires	586 <sup>a</sup>	689 <sup>b</sup>	94 équipes MPP <sup>d</sup>	1 107
Nombre de places en hôpital de jour ou de nuit	8 539	-	18 922	942
Nombre de lits psychosomatiques	3 183	-	-	-
Nombre de centres de jour, CATTP	-	-	1 138	481
Places en services de réhabilitation	39 663	-	-	-
Places en centres de crise	-	-	370	98
Nombre de places d'hébergement extra-hospitalier	63 427	41 330	11 619 <sup>e</sup>	17 343

<sup>a</sup> services psychiatriques sociaux.<sup>b</sup> 335 *crisis resolution teams*, 220 *assertive outreach teams*, 50 *early intervention teams*, 52 *rehabilitation teams* et 32 *homeless mental health teams*.<sup>c</sup> centres médico-psychologiques. <sup>d</sup> équipes mobiles psychiatrie précarité.<sup>e</sup> 2 793 places en accueil familial thérapeutique, 1 056 places en appartement thérapeutique, 1 619 places en centre de postcure, 6 150 places en foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil spécialisées.

Sources : d'après Salize et al., 2007 (Allemagne) / Glover, 2007 (Angleterre) / de Girolamo, 2007 (Italie) / SAE 2010 (France).

Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/Qes180\\_EvolutionDispositifsSoinsPsychiatriques.xls](http://www.irdes.fr/Donnees/Qes180_EvolutionDispositifsSoinsPsychiatriques.xls)

est de disposer d'un nombre important de lits pour des traitements psychosomatiques, 3 000 sont implantés à l'hôpital et 15 000 dans des centres de réhabilitation. Initialement conçus pour des patients souffrant de troubles somatiques avec une forte composante psychosomatique ou une comorbidité psychologique, ces lits sont davantage dédiés aujourd'hui aux patients souffrant de troubles psychiques modérés, de type anxio-dépressif (Berger, 2005 ; Salize *et al.*, 2007).

En Italie, la réforme de 1978 instaure l'établissement de services psychiatriques dans des petites unités à l'hôpital général pour des soins aigus, avec un maximum de 15 lits chacun. Les critères pour les hospitalisations sans consentement sont restreints et la réforme promeut l'implantation de nouveaux services communautaires offrant des soins psychiatriques sur une aire géographiquement définie. En 2000, l'Italie compte 10 083 lits de psychiatrie, dont plus de la moitié est implantée dans des établissements privés à but lucratif.

En France, c'est dans les années 1980 que se développe l'intégration des services psychiatriques à l'hôpital général et une activité consultative « de liaison » auprès des services de médecine de l'hôpital. L'objectif est de lutter contre la stigmatisation des maladies mentales et des personnes en souffrance psychique, mais aussi des professionnels et des structures de prise en charge (Coldefy, 2011). Néanmoins en 2010, les deux tiers des lits de psychiatrie se situent toujours dans des établissements spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales.

---

**Des structures différentes  
pour des objectifs communs  
d'amélioration de la prise en charge  
des patients hors de l'hôpital**

---

Le processus de désinstitutionnalisation des quatre pays observés se poursuit à travers des actions visant à améliorer la prise en charge des patients en dehors de l'hôpital. Dans les années 1990, une série d'initiatives est prise dans ce sens en

Angleterre, favorisée par le changement de gouvernement de 1997 et de fortes augmentations du financement des services de santé : en 1995, une actualisation de la loi de santé mentale prévoit la surveillance du suivi des patients en dehors de l'hôpital. En 1998, le National Service Framework for Mental Health (NSF-MH) établit des normes et objectifs détaillés pour les services de santé mentale des adultes de 18 à 65 ans. La responsabilité de leur mise en œuvre est confiée à des Local Implementation Teams (LITs) associant les élus locaux, les offreurs de soins publics et privés, les représentants des usagers et des proches. L'Angleterre comptait 174 LITs en 2003, couvrant une population médiane de 230 000 habitants chacune. En 2000, le NHS Plan poursuit et renforce le programme du National Service Framework, en favorisant le recrutement et la formation de main-d'œuvre en santé mentale. Les équipes généralistes de santé mentale communautaire (Community Mental Health Teams, CMHTs) – au nombre de 762 en 2008 et en diminution depuis 2005 – sont composées d'un ou plusieurs médecins, d'infirmiers, de travailleurs sociaux, de psychologues, de « thérapeutes occupationnels » etc. Les patients leur sont directement adressés par les médecins généralistes. Une grande partie de leur travail consiste en consultations individuelles, occasionnellement à domicile. En plus des CMHTs, trois types d'équipes forment la composante du service local de santé mentale : des équipes de résolution de crise ou de soins intensifs à domicile (Crisis Resolution Service) chargées d'éviter les hospitalisations (270 en 2008 disponibles 24h/24, 7 jours sur 7) ; des Assertive Outreach Teams, équipes spécialisées dans la prise en charge de patients difficiles, peu observants ou désocialisés (248 en 2008), ainsi que des équipes de dépistage et d'intervention précoce des troubles psychotiques (151 en 2008). Des équipes spécialisées dans la réhabilitation (52 en 2008) ou la prise en charge des sans-abri (32 équipes en 2008) se sont également développées (Glover, 2007). Dans ce contexte émerge l'approche « par programme de soins », qui prescrit un cadre pour la pratique clinique visant à proposer des stan-

dards de qualité afin de minimiser les risques en direction des personnes souffrant de troubles psychiques et vivant dans la communauté (Jones, 2002). Parmi les principaux standards de qualité des soins, l'un concerne les soins primaires et l'accès aux services spécialisés : identification et évaluation des besoins par un professionnel de soins primaires, orientation vers des traitements efficaces, incluant l'adressage vers un spécialiste, la permanence des soins ; l'autre relève d'une prise en charge des troubles sévères basée sur un programme de soins coordonné avec l'usager, ses proches, son référent soignant et le médecin généraliste. Ce programme inclut la prévention des crises, la réduction des risques et la préparation de la sortie lors d'une hospitalisation, ainsi qu'une évaluation annuelle de l'accompagnement et des besoins des aidants (Boyle, 2011).

En Allemagne, le processus de désinstitutionnalisation a été ralenti en 1990 par la restructuration du système de santé mentale de l'Allemagne de l'Est. Des réformes y avaient cependant été entreprises dès les années 1960, avec l'ouverture d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux et le développement parcimonieux de soins de proximité. Toutefois, le système de soins reste dominé par les hôpitaux psychiatriques et, surtout, la faiblesse économique de l'Allemagne de l'Est se traduit par un manque de ressources dans les services de santé mentale (Salize *et al.*, 2007). De fait, une division Est-Ouest persiste dans l'offre de services de proximité. De nombreux établissements hospitaliers (hôpitaux généraux et psychiatriques) supervisent ainsi des services de psychiatrie ambulatoire (Institutsambulanz), en particulier pour les patients souffrant de troubles graves, et ceux pour lesquels des soins pluriprofessionnels sont nécessaires. On comptait, en 2002, 304 services ambulatoires. Cette offre a été complétée par la création de 219 services similaires (Ermächtigungambulanz), dont l'objet est de traiter les patients ayant des problèmes spécifiques, adressés par des psychiatres exerçant en cabinet. Des soins à domicile sont également proposés. Les équipes comprennent, en plus des psychiatres, du personnel infirmier, des travailleurs sociaux et d'autres groupes professionnels (par exemple, les ergothé-

rapeutes). Elles dispensent notamment des activités de prévention et font des visites à domicile (Salize *et al.*, 2007).

Seconde modalité de prise en charge en ambulatoire en Allemagne, les services sociaux psychiatriques (*Sozial-psychiatrische Dienste*) sont destinés aux personnes atteintes de maladie mentale chronique. Complémentaires aux services hospitaliers et ambulatoires, ils incluent aussi les soins de réhabilitation de long terme. Dans la plupart des Länder, ils sont dirigés par des psychiatres et intègrent des travailleurs sociaux et/ou des infirmiers psychiatriques. Ils fournissent un large éventail de soins incluant des activités de prévention et des soins de jour. En 2000, 586 services sociaux psychiatriques étaient dénombrés en Allemagne (Arbeitsgruppe Psychiatrie 2003) [Salize *et al.*, 2007]. Malgré ces avancées, l'accès à la réhabilitation et l'intégration sociale des individus sont considérés comme insuffisants (Busse et Riesberg, 2004).

En Italie, la planification de la santé mentale a été rendue difficile et aucun plan n'a pu être adopté avant 1994 (Burti, 1997) compte tenu des problèmes économiques et de l'instabilité politique. En outre, la loi 180 est essentiellement une loi indicative et non prescriptive, à laquelle n'est rattaché aucun budget spécifique ni indice de besoin en termes d'offre de services ou encore de formation professionnelle (de Girolamo *et al.*, 2007). La situation nationale est très inégale (de Girolamo, 1989 ; Piccinelli *et al.*, 2002 ; Tognoni et Saraceno, 1989). Pour réduire les inégalités, le ministre de la Santé a lancé des plans pluriannuels (1994-1996 puis 1998-2000), qui recommandent l'élaboration dans chaque unité locale de santé d'un réseau de services, d'une meilleure formation des professionnels, ainsi que la fixation de standards de qualité et la création des départements de santé mentale, organismes administratifs regroupant plusieurs unités locales de santé et responsables des services en santé mentale d'une zone géographique regroupant environ 150 000 habitants (Burti, 1997). Un réseau national de 211 départements de santé mentale délivre maintenant des soins ambulatoires et hospitaliers, mais aussi des structures

résidentielles dans des zones géographiquement définies, correspondant généralement aux unités locales de santé des soins somatiques. 707 centres de santé mentale communautaire, équivalents aux centres médico-psychologiques (CMP) français, fournissent l'essentiel des soins ambulatoires et non résidentiels, principalement par le biais d'un réseau de plus de mille cliniques ambulatoires. Ils proposent des consultations individuelles et des visites, organisent des activités de jour et de soins à domicile. Pour les patients les plus sévères, ils établissent des contacts avec d'autres agences sociales et de santé et peuvent intervenir en urgence. Dans la plupart des régions, les centres fonctionnent douze heures par jour, cinq à six jours par semaine. La plupart intègrent une équipe multidisciplinaire, composée de psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières et éducateurs (de Girolamo *et al.*, 2007).

En France, des structures alternatives établies au plus proche du lieu de vie des patients se sont développées ainsi que des structures et services sociaux et médico-sociaux. Comme en Italie, le centre médico-psychologique (CMP) constitue le pivot de l'offre de soins en ambulatoire. Le CMP est une unité d'accueil et de coordination des soins organisant toutes les actions extrahospitalières des équipes soignantes en les articulant avec les unités d'hospitalisation, en termes de prévention, de diagnostic, et de soins et interventions à domicile ou en institutions substitutives au domicile (comme les structures médico-sociales, établissements pénitentiaires, etc.). 2 000 CMP sont recensés en 2010 (Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)). Certains CMP sont également habilités à répondre à l'urgence psychiatrique (Coldefy *et al.*, 2009). À côté de ces structures pivots, toute une gamme de modalités de services ambulatoires et à temps partiel a été développée afin de permettre au patient de vivre avec sa maladie. La France compte en 2010 près de 19 000 places d'hospitalisation partielle et 1 000 centres d'activité thérapeutique à temps partiel et ateliers thérapeutiques. Plus récemment, des équipes spécialisées dans certaines prises en charge se sont développées. Il s'agit notamment de 100 équipes

mobiles psychiatrie-précarité, mais également d'équipes spécialisées dans la prise en charge psychiatrique du sujet vieillissant ou des adolescents.

### Un développement insuffisant des alternatives à l'hôpital et d'importantes disparités régionales dans les quatre pays

En France, si une politique spécifique a été mise en œuvre, privilégiant un meilleur équilibre entre soins fournis au sein des hôpitaux et de la communauté, le développement des alternatives à la prise en charge hospitalière à temps plein reste insuffisant. Bien que des structures alternatives établies au plus proche du lieu de vie des patients se soient développées ainsi que des structures et services sociaux et médico-sociaux, d'importantes disparités demeurent en matière d'offre et d'organisation des soins entre les territoires et la prise en charge est souvent restée très hospitalo-centrée.

Ces disparités concernent tant les équipements, les ressources humaines que l'achèvement de la politique de sectorisation – avec des écarts de 1 à 13 pour les lits et places en psychiatrie adulte. Par ailleurs, la psychiatrie française a fait face à de puissants cloisonnements, entre professionnels (médecins généralistes, psychologues et psychiatres), entre modes d'exercice (libéral et hospitalier) et entre le système de soins et les services sociaux (Coldefy, 2011). Le dernier Plan Psychiatrie santé mentale (2011-2015) a fixé comme objectif prioritaire la « prévention et la réduction des ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques » demandant au secteur de psychiatrie « d'évoluer d'une approche totale vers une approche globale » au service du territoire.

Ces disparités dans l'offre de soins s'observent, à des degrés divers et selon des modalités spécifiques, dans chacun des pays étudiés. Le cas de l'Italie est spécifique en ce qu'il présente des variations régionales très importantes du fait notamment de la décentralisation, y compris financière : si le développement des services de proximité a été

significatif dans plusieurs régions italiennes, permettant un accès croissant aux services de santé mentale pour de nombreux patients, certaines régions du pays, notamment le Sud, ont été beaucoup moins bien dotées. Girolamo *et al.* (2002) observent une relation inverse entre l'équipement en structures d'hébergement et celui en soins ambulatoires de proximité, suggérant un investissement différent des régions, avec notamment pour certaines, un moindre développement des soins de proximité et davantage un transfert des patients dans des structures d'hébergement au long cours ou dans des établissements privés. Plus généralement, malgré l'établissement de lignes directrices à l'échelle nationale, la mise en place de services de soins ambulatoires de proximité en Italie s'est faite lentement et de façon variable. Une meilleure intégration et une collaboration plus étroite entre ces différents services apparaît de plus en plus nécessaire dans le secteur de la santé mentale, et différentes initiatives sont prises dans ce sens (développement notamment des « Pactes communautaires pour la santé mentale » [Lo Scalzo *et al.*, 2009]).

En Allemagne, où l'organisation se rapproche le plus du système français, une grande variabilité régionale s'observe dans l'équipement en lits psychiatriques au niveau national : le taux varie ainsi de 5,3 lits pour 10 000 habitants dans le Land de Saarland à 10,6 dans celui de Brême. Comme dans beaucoup d'autres pays, l'écart entre zones urbaines et rurales est très important, tant pour le nombre de lits que pour l'offre de services de santé mentale en général (Salize *et al.*, 2007). Le système de santé étant organisé au niveau de chaque Land, il existe une grande variété des secteurs producteurs de soins et des disparités régionales. Les taux de lits hospitaliers sont fixés par les Länder, tandis que les autorités locales organisent et guident la gamme des services de santé mentale généralement indépendants dans la communauté, incluant les services professionnels et les hébergements protégés. Cette division est un des points-clés des soins allemands : le large écart entre les soins ambulatoires et hospitaliers, qui sont clairement distincts les uns des autres, financés séparément et gérés par différentes équipes (Salize

*et al.*, 2007). Cette situation a d'ailleurs des conséquences sur les données disponibles, puisqu'il n'existe pas de données nationales officielles mais une somme de données hétérogènes issues de sources diverses.

En Angleterre aussi, la variation régionale est importante dans la répartition des lits du NHS, entre les différentes Strategic Health Authorities (SHA) : de 0,8 lit pour 100 000 habitants dans la SHA du Sud-Est à 8 pour celui de Londres, avec une moyenne de 1,6 pour l'Angleterre (Boyle, 2011). Le gouvernement a investi un budget important dans les soins de proximité depuis deux décennies. Globalement, les hôpitaux présentent un faible taux d'admission, de l'ordre de 300 admissions par an pour 100 000 habitants comparé à l'Allemagne (1 240), la France (1 000) et même l'Italie (800) [Roelandt, 2010]. Cette situation s'explique entre autres par le travail des équipes mobiles de proximité qui interviennent en bonne association avec les services sociaux, permettant ainsi de maintenir le patient dans le milieu familial. L'hospitalisation y est exceptionnelle, ce qui n'est pas le cas pour les trois autres pays (même en Italie, pour de très courtes durées) [Roelandt, 2010].

\* \* \*

Cette première analyse de l'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie constitue une clé de lecture des différences actuelles d'organisation des soins. Les contextes politiques et sociaux, les calendriers de mise en œuvre, les orientations thérapeutiques ainsi que l'achèvement du processus de désinstitutionnalisation diffèrent selon les pays. Au regard de ses voisins européens, la situation française présente un certain retard en matière d'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, mais aussi et surtout en matière de développement des structures d'hébergement et services d'accompagnement de la personne souffrant de troubles psychiques dans sa vie quotidienne. La prise en charge de la maladie mentale en France a longtemps été gérée essentiellement par le secteur de psychiatrie, avec une vision souvent « totalisante » de ses missions.

L'articulation avec le secteur social et l'approche globale de la prise en charge avec les autres acteurs du champ sanitaire et social (médecine de ville, établissements de santé privés, services d'accompagnement social et médico-social) y restent insuffisamment développées. L'implication des usagers et de leurs proches dans le projet thérapeutique, à travers notamment les concepts de rétablissement et d'*empowerment* ou de responsabilisation, comme dans l'exemple anglais, demeure embryonnaire en France. Pensée en termes sanitaires, la prise en charge française de la santé mentale ne tient pas assez compte des différentes dimensions de la vie quotidienne (hébergement, accès à l'emploi, à la formation, notamment) alors qu'elles participent fortement à la qualité de vie et au maintien ou à l'intégration sociale des personnes confrontées à un trouble psychique (Greacen, Jouet, 2012).

Des différences culturelles mais aussi le mode de financement de la santé et de ses différentes composantes (ambulatoire, hospitalier, sanitaire, social) semblent jouer un rôle important dans l'organisation des soins et le développement des soins ambulatoires de proximité ainsi que des structures et services d'accompagnement social et médico-social.

Par ailleurs, dans les quatre pays étudiés, l'offre publique côtoie une offre privée à but lucratif ou non, dont la proportion est variable : plutôt faible en Allemagne et en France (8 et 35 %), l'offre privée est majoritaire en Angleterre comme en Italie puisqu'elle représente près de la moitié du total des lits psychiatriques (de Girolamo, 2007 ; Boyle, 2011). Dans ces deux pays, ce transfert d'une partie importante des patients dans les établissements privés est discuté, notamment en termes de qualité de la continuité du suivi des soins avec les équipes psychiatriques d'origine. La place du secteur privé dans la prise en charge des soins psychiatriques est peu documentée et mériterait de plus amples développements. Plus généralement, cette synthèse nécessite d'être poursuivie et enrichie par des travaux sur la qualité des services offerts à la population dans chacun de ces pays et sur l'amélioration de la qualité de vie des patients souffrant de troubles psychiques. ◆

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Berger M. (2005). « Die Versorgung psychisch Kranker in Deutschland – Unter besonderer Berücksichtigung des Faches Psychiatrie und Psychotherapie ». In : Berger M., Fritze J., Roth-Sackenheim C., Voderholzer U. (eds), *Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland – Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN*. Springer, Heidelberg, pp. 61-69.
- Bonnafé (1975), in Fourquet (François), Murard (Lion), (dir.), *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Editions Recherches.
- Boyle S. (2011). *Health Systems in transition, United Kingdom*, European Observatory on health systems and policies, 2011.
- Bueltzingsloewen von (2007). *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Aubier.
- Burti L. (1997). « La réforme italienne, 18 ans après : historique, implantation et conséquences », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, n° 2, p. 71-87.
- Busse R., Riesberg A. (2004). "Health care systems in transition: Germany, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies".
- Chapireau F. (2008). *Trente ans après : la révolution psychiatrique italienne en perspective, L'évolution psychiatrique*, 73, pp. 517-528.
- Coldefy M. (2011). « L'évolution de la psychiatrie en France : novatrice, mais contrastée et inachevée », *La Santé de l'Homme*, Inpes, n°413, 05/06.
- Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J. (2009). « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation », *Questions d'économie de la Santé*, n°145, août 2009.
- Coldefy M., Lepage J. (2007). « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 », Drees, *Document de travail*, Série Etudes, n° 70, nov.
- Demaillay L. (dir.) (2011). « Les politiques de psychiatrie et santé mentale en Europe », *Revue Sociologie Santé*, n° 34, octobre.
- Deutscher Bundestag (1975). « Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland -- zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung ». *Drucksache 7/4200*.
- Duchêne H. (1957). « Tâche d'hygiène mentale dans la psychiatrie de secteur ».
- George et Tourne (1994). *Le secteur psychiatrique*, Puf, (Collection Que Sais-Je, n° 2 911).
- de Girolamo G. (1989), Italian psychiatry and reform law : a review of the international literature, *International Journal of Social Psychiatry*, 35, 21-37.
- de Girolamo G., Bassi M., Neri G., Ruggeri M., Santone G., Picardi A. (2007). "The current state of mental health care in Italy : problems, perspective and lessons to learn", *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257 :83-91.
- de Girolamo G. et al. (2002). "Residential care in Italy : a national survey of non-hospital facilities", *British Journal of Psychiatry*, 181, 220-225.
- Glover G. (2007). "Adult mental health care in England, European archives of psychiatry and clinical neurosciences", 257, 71-82.
- Glover G. (2007). « Adult mental health care in England », *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257 :71-82.
- Greacen T., Jouet E. (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Erès.
- Jones R. (2002). *The mental health act manual*, 8<sup>th</sup> edition, Sweet and Maxwell ltd.
- Killaspy H. (2006). "From the asylum to community care : learning from experience", *British Medical Bulletin*, 79 and 80: 245-258.
- Lafont (1987). *L'extermination douce. La mort de 40 000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France, sous le régime de Vichy*, 255 p.
- Lo Scalzo A., Donatini A., Orzella L., Cicchetti A., Profili S., Maresso A., *Health Systems in transition, Italy*, European Observatory on health systems and policies, 2009.
- Maj M. (1985). "Brief history of Italian psychiatric legislation from 1904 to the 1978 reform Act", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. 316, 15-25.
- OCDE (2008). « La santé mentale dans les pays de l'OCDE », *Synthèses*, décembre.
- OMS (2008). *Policies and practices for mental health in Europe*, OMS.
- OMS Europe (2006), « Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions », Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS.
- Piccinelli M. et al. (2002). "Focus on psychiatry in Italy", *British journal of Psychiatry*, 181, 538-544.
- Roelandt J-L. (2010). « De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution », *L'Information Psychiatrique*, vol 86, n°9, nov.
- Salize HJ., Rössler W., Becker T. (2007). « Mental health care in Germany », *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257 :92-103.
- Shorter E., (2007). "The historical development of mental health services in Europe", in Knapp et al. eds *Mental health policy and practice across Europe*, pp.15-33.
- Thornicroft G., Tansella M. (2004). "Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence", *British Journal of Psychiatry*, 185: 283-90.
- Tognoni G., Saraceno B. (1989). "Regional analysis of implementation", *International Journal of Social psychiatry*, 35, 38-45.
- Tooth GC, Brooke EM (1961). "Trends in the mental hospital population and their effect on future planning", *Lancet*, 710.