



Santé mentale dans le Pays de Mayenne

Travailler ensemble avec les citoyens

Sommaire

Introduction	1
1) Des collaborations locales qui s'inscrivent dans l'histoire de la santé mentale	2
1.1) Une approche globale et positive de la santé	
1.2) Une participation des citoyens à la promotion de la santé	
1.3) La personne humaine, partenaire de l'accompagnement	
1.4) La reconnaissance du handicap psychique	
1.5) Une prise de conscience de l'importance de la santé mentale	
1.6) Un droit de l'Homme – des principes d'action (plan Psychiatrie et Santé mentale)	
1.7) Des initiatives locales inscrites dans l'histoire de la santé mentale	
2) Un cadre éthique et un respect des déontologies respectives	5
2.1) Les pratiques collaboratives	
2.2) Le partage d'informations	
2.3) La santé communautaire	
2.4) Le développement social local (DSL)	
2.5) De la santé mentale communautaire au Pacte de coopération	
3) Une histoire qui enrichit les pratiques d'aujourd'hui	9
3.1) La psychiatrie en Mayenne	
3.2) Une première expérience de santé communautaire en 1995 à Mayenne	
4) Des collaborations à consolider pour mieux répondre aux besoins	11
Annexes.....	13
Charte d'Ottawa (1986)	
Charte des droits et libertés de la personne accueillie (2003)	
Charte de l'utilisateur en santé mentale (2000)	

Introduction

Dans le Pays de Mayenne, et sur des champs où la santé mentale est plus ou moins directement en jeu, les acteurs locaux ont des habitudes de collaboration de très longue date. CUBE en est l'une des actions emblématiques, régulièrement citée comme référence en santé communautaire. Bien d'autres sont mises en œuvre entre professionnels ou entre institutions et organismes, mais pas nécessairement dans un cadre formalisé.

Cette situation a pour limites d'offrir des modalités de travail faiblement lisibles de l'extérieur, nécessitant du temps pour en transmettre les fondements et les modalités, faute d'écrits de synthèse sur l'existant, et notamment sur son histoire et sur le sens que les acteurs locaux impliqués y donnent.

Au-delà des personnes qui peuvent être amenées à mettre fin à leur mission, la continuité est ainsi fragilisée dans les passages de relais.

En 2013-2014, une démarche de formation-action a ainsi visé à :

- Rendre lisibles les collaborations existantes en soulignant leur utilité, leur apport au territoire, à la population et aux personnes en particulier.
- Mettre en évidence les pratiques d'intervention, leur sens, tout en mettant à plat les éventuelles limites, en recherchant les causes et en proposant des possibilités de réajustement et d'améliorations.
- Rédiger et valider un document de référence pour les acteurs locaux.

Ce document vise à inscrire les pratiques locales d'intervention dans une histoire, en conservant la mémoire de ce qui a fait et fait toujours sens, mais aussi à en garantir l'exercice dans une certaine durée par la formalisation de l'engagement des institutions et organismes partenaires.

Le document fixe un cadre donnant des repères aux acteurs locaux pour, au final, une optimisation des pratiques avec les citoyens du territoire et/ou à leur service.

1) Des collaborations locales qui s'inscrivent dans l'histoire de la santé mentale

1.1) Une approche globale et positive de la santé

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) souligne que la santé est « *perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie* ». Il s'agit ainsi d'un « *concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques* ».

1.2) Une participation des citoyens à la promotion de la santé

La Charte d'Ottawa précise que la promotion de la santé « *passé par la participation effective et concrète de la communauté, à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé* », d'où « *la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions* ».

1.3) La personne humaine, partenaire de l'accompagnement

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a « *ouvert l'ère de la démocratie sociale avec un usager actif et dynamique, qui contracte (...) une relation de partenariat. (...) Il est acteur de son choix de mode de vie* » ⁽¹⁾.

1.4) La reconnaissance du handicap psychique

La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 traduit la volonté de sensibiliser la société civile au droit de toute personne handicapée à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale. La personne handicapée est d'abord un citoyen.

Cette loi définit le handicap dans toute sa diversité et reconnaît entre autres un handicap psychique. Ainsi, l'article 2 déclare que « *constitue un handicap, (...) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une*

⁽¹⁾ – Marie-Sophie Dessaulle, « La personne en situation de handicap : usager ou citoyen ? », *Gérontologie et société* 4/ 2005 (n° 115), p. 63-74.

altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant ».

1.5) Une prise de conscience de l'importance de la santé mentale

Selon le *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020* (OMS), la santé mentale, qui fait partie intégrante de la santé, se définit comme *« un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ».*

Plus globalement, toute politique de santé mentale vise comme idéal d'aboutir à *« un monde qui reconnaît l'importance de la santé mentale et la nécessité de la promouvoir, de la protéger et de prévenir les troubles mentaux, un monde où les personnes souffrant de ces troubles peuvent exercer pleinement l'ensemble de leurs droits fondamentaux et accéder en temps utile à des soins et à un soutien social de qualité et culturellement adaptés qui facilitent leur guérison, afin qu'elles puissent jouir du meilleur état de santé possible et participer pleinement à la société et à la vie professionnelle, sans aucune stigmatisation ni discrimination ».*

En ce qui concerne les enfants, les politiques de santé mentale vise leur développement, notamment l'acquisition par eux d'un sentiment d'identité positif, la capacité de maîtriser leurs pensées, leurs émotions, et de nouer des liens sociaux, ainsi que l'aptitude à apprendre et à acquérir une éducation pour être capable à terme de participer pleinement et activement à la société.

Au final, il apparaît *« indispensable non seulement de satisfaire les besoins des personnes souffrant de troubles mentaux caractérisés, mais aussi de protéger et de promouvoir le bien-être psychologique de tout un chacun ».*

1.6) Un droit de l'Homme – des principes d'action (plan Psychiatrie et Santé mentale)

Le *plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015* de la France s'inscrit dans le cadre du *Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être* (2008), lequel reconnaît notamment que la santé mentale est un droit de l'Homme. Le plan intervient sept ans après le vote de la loi du 11 février 2005. Il intègre pleinement les enjeux de la participation sociale et de la citoyenneté dont la loi est porteuse.

Le plan a pour objectif de donner à tous les Français une juste compréhension des enjeux d'une politique ambitieuse de santé mentale et d'offrir un cadre commun d'action à l'ensemble des acteurs engagés dans la lutte contre les troubles psychiques et la construction de réponses permettant d'envisager la vie avec et malgré ces troubles.

Il définit cinq grands principes d'action :

- Les actions privilégient l'accès au droit commun et la participation des personnes, et pensent conjointement la prévention, le soin et l'accompagnement.

- Elles sont toujours orientées dans la recherche et l'entretien de l'alliance thérapeutique, et respectent le libre choix du patient.
- Elles prennent en compte les représentations sociales des troubles psychiques, et luttent en permanence contre la stigmatisation.
- Conformes aux données de la science, elles s'appuient sur la complémentarité des approches thérapeutiques, des acteurs et des compétences.
- Conduites avec méthode, elles sont soumises à évaluation.

1.7) Des initiatives locales inscrites dans l'histoire de la santé mentale

En de nombreux territoires, et à Mayenne en particulier, les réflexions de fond et les pratiques de terrain ont amené au décloisonnement entre professions, institutions et associations, traditionnellement clivées selon qu'elles relèvent du champ sanitaire, médico-social ou social. Ces réflexions et pratiques ont également abouti à la création d'espaces où s'est construite une culture commune.

Le plan Santé mentale 2005-2008 incitait déjà au partenariat transversal dans le cadre de conseils locaux de santé mentale qui visent, à l'échelon d'un territoire et sur une base volontariste, à établir un cadre de concertation et d'élaboration de projets.

Dans le Pays de Mayenne, la création d'un conseil intercommunal de santé mentale, en 2013, marque seulement une étape dans la mesure où les acteurs locaux se connaissent généralement de longue date et ont déjà cette « chance » de pouvoir travailler entre professions, institutions et associations.

De l'avis des membres du groupe de travail, cette expérience déjà longue de travail ensemble, a permis de :

- Élargir progressivement le réseau des acteurs impliqués localement ;
- Prendre conscience des difficultés et souffrances des personnes concernées par les troubles psychiques, y compris des familiers ⁽²⁾ ;
- Apprendre à apporter une attention particulière à toute situation individuelle ;
- Améliorer les accompagnements par un partage de l'information utile ;
- Apporter des améliorations aux réponses apportées dans l'accès aux soins et à la vie sociale.

⁽²⁾ – Familiars : ce sont tous ceux, membres de la famille ou non, qui participent bénévolement à l'accompagnement d'une personne. Ce concept peut inclure les amis et voisins.

2) Un cadre éthique et un respect des déontologies respectives

2.1) Les pratiques collaboratives

Préalablement à la définition d'un cadre éthique et déontologique, nous proposons de distinguer les concepts évoquant les collaborations possibles à l'intérieur d'une structure ou entre structures.

Travail en équipe

Il concerne des salariés et/ou bénévoles au sein d'une même structure. Il est ciblé sur un objectif précis ou porte sur un objet plus global. Il peut être mobilisé pour une action ponctuelle ou s'inscrire dans une démarche permanente.

Travail en coordination

Il vise la mise en œuvre de la réponse la plus adaptée possible à une situation problématique, le plus souvent individuelle. Il peut réunir des professionnels, mais aussi les personnes directement concernées (personne elle-même, familiers).

Il peut aboutir à ce que des professionnels, de structures différentes, interviennent conjointement en réponse à des besoins de la personne – on parle alors de travail en coopération.

Travail en partenariat

Il vise la réalisation d'un projet pour lequel s'associent librement diverses structures. Le partenariat peut être technique, opérationnel, quand il s'agit de travailler ensemble sur un même projet, et/ou financier.

Les relations entre les partenaires peuvent se formaliser dans une convention, qui a un caractère juridique, et/ou dans une charte qui a dimension plus déontologique ou éthique.

Travail en réseau

Il concerne une problématique et un territoire. Il aboutit à la mise en œuvre d'une politique pour répondre au problème qui fait l'objet du réseau même. Il implique une idée de durée, de permanence. Il suppose une organisation plus ou moins formelle. Il réunit des membres concernés par l'objet du réseau ; ces membres sont incontournables, mais leur adhésion reste volontaire. L'action du réseau peut s'exercer au niveau des acteurs ou des usagers.

2.2) Le partage d'informations

La question du partage des informations est complexe car des logiques contradictoires s'opposent :

- La protection du citoyen et de sa vie privée (art. 9 du Code civil) ;
- Le respect de son autonomie, ce qui peut aller à l'encontre de sa santé et de sa sécurité ;
- La protection des familiers, des professionnels, de la société.

Il est probablement impossible de trouver « une » réponse qui puisse répondre à toutes les situations susceptibles d'être rencontrées.

Cependant, les acteurs locaux peuvent s'entendre sur un certain nombre de questionnements à avoir préalablement à des échanges qui concernent une personne :

- La personne peut-elle être informée en amont ? Peut-on l'inviter à être présente ? Peut-on lui rendre compte ?
- Peut-on évoquer une situation sans désigner nommément la personne ?
- Ce qui s'échange est-il utile à la compréhension d'une situation et/ou à la recherche d'une solution ?
- Est-on prêt à accepter, dans certains cas, que l'information puisse ne pas circuler de façon bilatérale compte tenu des cultures professionnelles différentes ?

* *

2.3) La santé communautaire

La santé communautaire est une approche locale des problèmes de santé d'une communauté impliquant sa participation active à toutes les étapes.

Elle est théoriquement mise en œuvre par un groupe associant professionnels et habitants.

Il s'agit d'une démarche ascendante qui part des demandes des habitants, des situations concrètes, des enjeux locaux. Les professionnels adoptent une posture de catalyseur au service des habitants. L'analyse croisée des demandes et des observations, participative, aboutit à des propositions. Les habitants seront complètement partie prenante de leur mise en œuvre.

La démarche est conduite à une échelle géographique circonscrite (un quartier par exemple).

Pour les habitants, elle peut nécessiter l'appropriation de savoirs et/ou de savoir-faire pour pouvoir véritablement participer et agir, avec un esprit critique et en toute autonomie, ce qui peut impliquer des actions de mobilisation, de conscientisation ou de formation.

2.4) Le développement social local (DSL)

Dans le développement social local (DSL), le diagnostic partagé est un point de départ, mais aussi un moyen pour impliquer les acteurs d'un territoire, dont les habitants. Le diagnostic ne vise pas prioritairement la connaissance. Il ne peut être en aucun cas l'affaire des seuls experts.

Le diagnostic constitue un outil pour élaborer un ou des projets répondant aux besoins identifiés, ce qui implique une réflexion préalable sur les causes et les conséquences (enjeux).

Le DSL intègre l'évaluation, non pas comme l'aboutissement de la démarche, mais comme un outil permanent de questionnement et de progrès.

Les habitants sont partie prenante de toutes les phases de la démarche.

2.5) De la santé mentale communautaire au Pacte de coopération

Dans sa conférence du 8 avril 2014 à Mayenne sur « le développement de la santé mentale communautaire », le Dr Jean-Luc Roelandt a rappelé le changement de paradigme dans les années 2000 : passer d'une politique de structures de soins à une politique des soins à l'usager centrés sur ses besoins.

Dans cette logique, la *Charte de l'usager en santé mentale*, rédigée en 2000, met l'accent sur le fait que celui-ci est **une personne à part entière**. Il convient de la considérer « *avec le respect et la sollicitude dus à la dignité de la personne humaine* ». Ainsi, c'est une personne qui a le droit au respect de son intimité, de sa vie privée, ainsi qu'à la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales la concernant.

Cependant, les professionnels doivent **travailler en coordination** afin d'échanger les informations utiles concernant l'usager et d'optimiser ainsi l'accompagnement médical et social.

La participation active de l'usager à toute décision le concernant doit toujours être sollicitée en le resituant au centre de la démarche d'accompagnement et dans un processus continu d'adhésion.

Les professionnels ont le souci, tout au long de leur accompagnement, de **mobiliser l'usager de façon positive**, autour de ses capacités, de ses connaissances, de ses savoir-faire.

Dans le strict respect de l'accord de l'usager, les familiers peuvent être associés à l'accompagnement, alors informés du contexte afin d'adopter l'attitude la plus juste et d'être soutenus dans leurs difficultés.

Des situations très complexes peuvent constituer une exception. Elles peuvent aboutir à des soins sans consentement. Il s'agit alors de protéger la personne, ses familiers et/ou la société.

* *

Dans une approche plus large et aussi plus formelle, la *Charte des droits et libertés de la personne accueillie*, publiée par arrêté du 8 septembre 2003 et annexée à la loi du 2 janvier 2002, développe un certain nombre de droits fondamentaux, qui sont des droits constitutionnels et qui seront réaffirmés dans la loi du 11 février 2005 : principe de non discrimination, droit à un accompagnement adapté personnalisé, principe du libre choix et de la participation de la personne, droit à l'information, droit à l'autonomie, respect de la dignité de la personne et de son intimité...

* *

Le *Pacte de coopération*, signé en 2012 par la ville de Mayenne, le Conseil départemental, le Centre hospitalier du Nord-Mayenne et l'Agitato (pôle Centre social), met bien en avant le souci de « **repérer les potentialités des habitants** pour que ceux-ci acquièrent la maîtrise de leur cadre de vie à travers une prise de conscience de leurs problèmes, mais également de leurs ressources, de leurs savoir-faire et savoir-être ; [à travers] la définition d'objectifs communs ; la réalisation d'actions concrètes, valorisantes pour les personnes, les groupes et l'environnement ».

Les signataires du *Pacte de coopération* mentionnent comme conditions de réussite : la réciprocité, le respect, la confiance, la confidentialité, le partage d'informations.

3) Une histoire qui enrichit les pratiques d'aujourd'hui

3.1) La psychiatrie en Mayenne

L'histoire de la psychiatrie en Mayenne permet de saisir les réalités d'aujourd'hui et de situer le contexte des problématiques actuelles. À l'origine, l'ensemble des soins relevant du service public de psychiatrie se situait exclusivement à Mayenne, de l'asile de la fin du XIX^e siècle au Centre hospitalier spécialisé (CHS) du début des années 1980. Depuis, de profondes restructurations ont eu lieu.

La baisse du nombre de lits d'hospitalisation est significative d'une transformation profonde du dispositif. Au plus fort de l'« hospitalocentrisme », quelque 800 lits étaient disponibles en Mayenne. En 1990, on en comptait encore 500. À ce jour, 235 sont autorisés, dont 120 pour le secteur nord. Le nombre conséquent de lits du secteur nord s'explique par l'histoire (implantation de l'ancien CHS ; installation à Mayenne d'un certain nombre de personnes présentant des troubles mentaux ; service P2 de 40 lits dont la transformation administrative n'a jamais été effectuée).

Parallèlement, un développement de l'activité extrahospitalière, la création de structures alternatives et des restructurations visent à faciliter l'accès aux soins et à mieux répondre aux besoins de la population :

- En 1991 et 1993, des centres médico-psychologiques (CMP) sont créés en Mayenne.
- En 1992, sont ouverts une unité de long séjour (résidence La Vallée, à Mayenne), un centre d'aide par le travail (aujourd'hui établissement et service d'aide par le travail intégré à l'Établissement public social et médico-social (EPSMS) de la Filousière.
- En 1994-1995, le secteur sud-est ouvert.
- En 1999, la création du Syndicat interhospitalier (SIH) en santé mentale permet notamment de coordonner les activités en lien avec les addictions et les thérapies du couple et de la famille. Mayenne accueille un service de thérapie familiale et un centre d'accueil et de consultation en addictologie.
- En 2000, s'ouvrent une Maison d'accueil spécialisée (MAS) à Mayenne, intégrée à l'EPSMS de la Filousière, et le Service de psychiatrie adulte lavallois (Spal) à Laval.
- En 2001, s'opère le rattachement des différents secteurs aux centres hospitaliers. Le secteur nord-est ainsi rattaché au Centre hospitalier du Nord-Mayenne (CHNM).
- Au cours des années 2000, le décloisonnement se poursuit ; l'activité extrahospitalière s'ouvre, se développe et s'intensifie ; le réseau s'élargit à des associations.

3.2) Une première expérience de santé communautaire en 1995 à Mayenne

Les acteurs locaux conviennent qu'il est important de tirer des enseignements des expériences passées, mais en aucun cas celles-ci ne doivent figer les pratiques, quitte à faire rupture avec le passé pour mieux revenir aux principes fondamentaux d'intervention.

Les partenariats et pratiques d'aujourd'hui sont inscrits dans une histoire avec des moments forts, des tâtonnements, parfois des conflits, mais ils ont forgé une culture commune du décroisement institutionnel et d'ouverture sur des logiques de réseau.

L'histoire de la santé communautaire à Mayenne remonte à 1995 avec le projet CUBE (Choisir de s'Unir pour Brossolette Ensemble). Dans le cadre de l'évolution de la politique psychiatrique (fermeture des lits) et le développement des soins extrahospitaliers, le quartier de Brossolette a accueilli des habitants issus de la psychiatrie. Les professionnels font état de difficultés d'intégration ou d'inclusion dans l'espace de la maison de quartier. Une réflexion partagée par tous les acteurs pour travailler ces questions a favorisé l'émergence d'un partenariat (Office municipal de l'action sociale et de la jeunesse, Conseil général, ville de Mayenne et centre médico-psychologique).

La « pause café » – que développe Agitato – constitue un temps fort de cette dynamique : l'accueil des habitants permet l'expression, le repérage, l'orientation vers le soin, le soutien et l'intégration d'une population somme toute fragilisée.

Une première convention partenariale est signée en 1998. Une enquête est l'occasion de questionner les habitants sur la vie de leur quartier et leurs souhaits afin de faciliter le « bien vivre ensemble » et l'intégration des différents publics présents. Globalement, les habitants « *vivent bien leur quartier* ». Cependant, quelques thèmes ou centres d'intérêt ressortent et font l'objet de commissions avec les professionnels qui assurent plutôt une fonction de médiation lors des échanges.

Les quatre partenaires, en 2004, signent une nouvelle convention partenariale, en l'occurrence pour le développement social local et la promotion de la santé à Mayenne. Cette convention est mise en œuvre dans l'ensemble des quartiers (2005).

En 2007, les professionnels décident de suspendre les commissions de quartier car émergent des propositions relevant plus de l'intérêt individuel que de celui du groupe. À partir de 2008, de nombreux changements de professionnels ont un impact sur la dynamique partenariale et la vie dans les quartiers. Les nouveaux professionnels ont besoin d'un temps d'adaptation ; ils ont parfois des difficultés à trouver leur place et à prendre part au projet. Quant aux professionnels en place et aux habitants, ils doivent s'ajuster aux changements tout en faisant vivre le projet. Chaque changement questionne ainsi, à nouveau, le positionnement de chacun.

En 2012, les quatre institutions et organismes ont confirmé leur engagement en signant leur *Pacte de coopération*...

4) Collaborations à consolider pour mieux répondre aux besoins

Diagnostic des collaborations existantes

Points forts	Points de questionnement
• Déjà longue expérience commune du travail collaboratif avec une forte sensibilisation aux enjeux et pratiques en santé communautaire. • Pratiques consolidées par la signature d'un Contrat local de santé et la mise en place d'un Conseil intercommunal en santé mentale. • Travail en coordination facilitant l'accès aux soins (médiation interinstitutionnelle) et l'approche globale de la personne (santé / social). • Efficience des accompagnements (réponse rapide et concertée, réduction des hospitalisations, gains de temps pour les professionnels). • Appui des professionnels de la santé mentale aux professionnels des services sociaux (compréhension des situations et conseils techniques) – et réciproquement. • Réactivité et disponibilité des professionnels des institutions et organismes partenaires. • Sous couvert du secret partagé, échanges d'informations utiles à la compréhension d'une situation et de ses évolutions, et à la mise en œuvre de la réponse la plus adaptée possible. • Prévention des crises par une logique d'anticipation (intervention en amont).	• Partenariat historique réunissant quatre acteurs avec une éventuelle difficulté, pour de nouveaux acteurs, à trouver leur place. • Des problématiques individuelles de plus en plus complexes, tant sur le plan social que sur le plan de la santé. • « Vide » du week-end malgré les astreintes (les urgences étant, somme toute, très relatives). • Réticence de certaines institutions ou organismes à susciter des échanges sur une situation complexe à laquelle ils sont confrontés. • Caractère relatif de ce qu'est une information confidentielle. • Difficultés techniques de l'évaluation et de la formalisation de critères (notamment pour démontrer que le travail externalisé va éviter des hospitalisations en psychiatrie). • Partenariat à développer avec les professionnels libéraux, les forces de sécurité publique, les médecins régulateurs du 15... • Nécessité d'un travail de fond (éducation populaire) pour la sensibilisation de l'ensemble des citoyens (compréhension des pratiques et de leurs enjeux). • Logique collaborative à essaimer à l'intérieur même de chaque institution ou organisme. • Nécessité d'une vigilance dans les actions collectives : partir des citoyens en évitant le risque d'une projection de ses propres représentations et réponses. • Difficultés à articuler les logiques institutionnelles (programmation à anticiper) et les logiques de terrain (immédiateté). • Territoire à préciser : ville de Mayenne / pays de Mayenne / territoire de garde ? • Sous-dotation du territoire en professionnels de santé (médecins généralistes, psychiatres...).

Opportunités	Risques
Nouveaux acteurs à intégrer dans la démarche.	- Écart grandissant entre des discours théoriques (idées, envie, volonté...) et les moyens mis à disposition. - Baisse des moyens humains, ce qui remettrait en question tout le travail collaboratif. - Renouvellement des professionnels avec le risque toujours possible d'une rupture dans la continuité (moins appropriation de l'histoire et des enjeux).

Annexes



CHARTRE d' OTTAWA

pour la PROMOTION de la SANTÉ

Texte intégral

OMS - Organisation mondiale de la santé - 1986

La première Conférence internationale pour la **promotion de la santé**, réunie à Ottawa le 21 novembre 1986, émet la présente **CHARTRE pour l'action**, visant la **Santé pour tous d'ici l'an 2000** et au-delà. Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la **Déclaration d'Alma Ata** sur les soins primaires, au document "**Les buts de la Santé pour tous**", et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION de la SANTÉ

La promotion de la santé est le **processus** qui confère aux populations les moyens d'assurer un **plus grand contrôle** sur leur propre **santé**, et **d'améliorer** celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "**santé**" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut

- d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et,
- d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour **viser le bien-être**.

CONDITIONS PRÉALABLES à la SANTÉ

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

PROMOUVOIR l'IDÉE

Une **bonne santé est une ressource majeure** pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. **Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé**. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la **promotion** des idées.

CONFÉRER les MOYENS

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et **d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités** pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

SERVIR de MÉDIATEUR

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, **la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants** : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la **médiation** entre les intérêts divergents, en faveur de la santé. Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :

ELABORER une POLITIQUE PUBLIQUE SAINTE

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des **responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard**.

Une **politique de promotion de la santé** combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : **la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels**. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

La **politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles** gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, **ainsi que la détermination des solutions**. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

CRÉER des MILIEUX FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on **ne peut séparer la santé des autres objectifs**. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une **approche socio-écologique de la santé**. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la **conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale**.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé, et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement est indispensable; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCER l'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. **Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé**, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

ACQUÉRIR des APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en **offrant des informations**, en **assurant l'éducation** pour la santé et en **perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie**. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les **organismes professionnels**, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

RÉORIENTER les SERVICES de SANTÉ

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelles. Ceci doit mener à un **changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement**.

ENTRER dans L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de **l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie**, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé;

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, **les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux**.

L'ENGAGEMENT FACE à la PROMOTION de la SANTÉ

Les participants de cette conférence s'engagent :

- à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs;
 - à contrer les pressions exercées en faveur des **produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains** ou d'une nutrition inadéquate; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, **les risques professionnels**, le logement et les peuplements;
 - à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés;
 - à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
 - à **réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même**;
 - à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.
- Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

APPEL pour une ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation Mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé.

Les participants de la Conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.

Charte des droits et libertés de la personne accueillie

Article 1^{er} : Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2 : Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3 : Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4 : Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1. la personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
2. le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
3. le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti. Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne

les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5 : Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6 : Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7 : Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8 : Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9 : Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10 : Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11 : Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12 : Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne sont garantis.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

Charte de l'usager en santé mentale

Une personne à part entière

L'usager en santé mentale est une personne qui doit être traitée avec le respect et la sollicitude dus à l'adignité de la personne humaine.

C'est une personne qui a le droit au respect de son intimité (effets personnels, courrier, soins, toilette, espace personnel, etc.), de sa vie privée, ainsi qu'à la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales la concernant.

Le secret professionnel lui est garanti par des moyens mis en œuvre à cet effet.

Tout ce que le malade a dit au psychiatre et tout ce que celui-ci a remarqué pendant son examen ou le traitement, doit être couvert par le secret, à moins qu'il apparaisse nécessaire de rompre le secret pour éviter des dommages graves au malade lui-même ou à des tiers. Dans ce cas toutefois, le malade doit être informé de la rupture du secret.

C'est une personne qui ne doit pas être infantilisée ou considérée comme handicapée physique ou mentale.

C'est une personne dont on doit respecter les croyances et qui peut faire appel au ministre du culte de son choix.

Une personne qui souffre

L'usager en santé mentale est une personne qui ne se réduit pas à une maladie, mais souffre d'une maladie.

Cette maladie n'est pas une maladie honteuse mais une maladie qui se soigne et se vit.

La prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des usagers en santé mentale doit être une préoccupation constante de tous les intervenants.

Le psychiatre doit proposer aux usagers la meilleure thérapeutique existant à sa connaissance.

Les professionnels de santé mentale doivent travailler en réseau afin d'échanger les informations utiles concernant l'usager et d'optimiser ainsi la prise en charge médicale et sociale. Sera notamment assurée une bonne coordination psychiatre-médecin généraliste (le lien psychiatre-médecin de famille est en effet l'un des maillons essentiels d'une prise en charge de qualité au plus près du lieu de vie du patient). Ce nécessaire travail en réseau doit être particulièrement vigilant au respect du secret professionnel.

Compte tenu des liens organiques entre sanitaire et social dans le domaine de la santé mentale, les projets élaborés au bénéfice des usagers ne doivent pas pâtir de divisions artificielles des champs d'intervention.

L'accessibilité aux soins doit être assurée et l'usager doit être accueilli chaleureusement dans les délais raisonnables et dans les locaux aménagés pour son bien-être.

En cas d'hospitalisation, l'usager dispose de ses effets personnels durant son séjour sauf si des raisons de sécurité s'y opposent.

Il doit lui être remis un livret d'accueil exposant les informations pratiques concernant son séjour et le lieu de son hospitalisation et l'informer de ses droits et de ses devoirs.

Les communications téléphoniques, les visites et les sorties dans l'enceinte de l'établissement feront l'objet d'un contrat qui sera discuté régulièrement entre le patient et le médecin, et devront se faire dans le respect de l'intimité des autres patients.

Une attention particulière sera accordée à l'organisation de soins de qualité lorsqu'ils sont nécessaires après une hospitalisation.

Une personne informée de façon adaptée, claire et loyale

L'usager a le droit au libre choix de son praticien et de son établissement, principe fondamental dans notre législation sanitaire de libre engagement réciproque dans une relation contractuelle, hors le cas d'urgence et celui où le médecin manquerait à ses devoirs d'humanité (article L.1111-1 du code de la santé publique et article 47 du code de déontologie médicale).

Il est informé de la fonction, de l'identité des personnes intervenant auprès de lui et de l'organisation du dispositif de soins (structures du secteur et intersectorielles, etc.).

Toute personne peut avoir accès aux informations contenues dans ses dossiers médical et administratif, selon les modalités définies par la loi.

Le secret médical ne peut s'exercer à l'égard du patient ; le médecin doit donner une information simple, loyale, intelligible et accessible sur l'état de santé, les soins proposés (notamment sur les effets dits « secondaires » du traitement appliqué) et sur les éventuelles alternatives thérapeutiques. Hors situation d'urgence, tout usager peut estimer ne pas être suffisamment informé, souhaiter un délai de réflexion ou l'obtention d'un autre avis médical.

Préalablement à la recherche biomédicale, son consentement libre, éclairé et exprès doit être recueilli dans le strict respect de la loi.

Les patients donnent leur consentement préalable s'ils sont amenés à faire l'objet d'actions de formation (initiale et continue) du personnel soignant. Il ne peut être passé outre à un refus du patient.

Les mineurs sont informés en fonction de leur âge et de leurs facultés de compréhension dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.

Avec l'accord préalable du patient si son état de santé le permet, et si possible en présence de celui-ci, les proches doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec le médecin responsable et les soignants.

L'usager a la possibilité de rencontrer une assistante sociale.

Si une hospitalisation s'avère nécessaire, les patients reçoivent aussitôt une information claire et adaptée sur les modalités de cette hospitalisation et les voies de recours. Cette information qui risque d'être mal comprise en raison de la gravité du tableau clinique initial, sera reprise ultérieurement autant que nécessaire.

L'usager reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions d'accueil et de séjour.

Une personne qui participe activement aux décisions la concernant

La participation active de l'usager à toute décision le concernant doit toujours être sollicitée en le situant au centre de la démarche de soins dans un processus continu d'adhésion.

Hors les cas d'hospitalisation sous contrainte définis par la loi, un patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement après avoir été informé des risques possibles pour son état et après avoir signé une décharge.

Aucune démarche ne doit être engagée et aucun traitement ne doit être donné contre ou sans sa volonté, à moins que, en raison de sa maladie mentale, il ne puisse porter un jugement sur ce qui est son intérêt, ou à moins que l'absence de traitement puisse avoir des conséquences graves pour lui ou pour des tiers.

Le patient ne peut être retenu dans l'établissement, hormis les cas de la législation où son état nécessite des soins sans son consentement. Il doit alors être informé de sa situation juridique et de ses droits.

Compte tenu des enjeux liant (particulièrement en santé mentale) efficacité et adhésion au traitement, même dans ce cas où son état nécessite des soins sans son consentement, sera néanmoins toujours recherché le plus haut degré d'information et de participation à tout ce qui le concerne dans ses soins ou sa vie quotidienne.

Toutefois, la construction d'une véritable alliance thérapeutique ne peut être confondue avec une simple transparence réciproque.

Dès que disparaissent les circonstances qui ont rendu nécessaire l'hospitalisation de l'usager contre sa volonté, le psychiatre doit interrompre les mesures appliquées contre cette volonté.

Le mineur ne pouvant prendre de décisions graves le concernant, il revient aux détenteurs de l'autorité parentale d'exprimer leur consentement. Toutefois, lorsque la santé d'un mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le praticien peut saisir le Procureur de la République afin de pouvoir donner les soins qui s'imposent. On sera néanmoins attentif à ce que ces mesures ne puissent en aucun cas être prolongées au-delà de ce qui est médicalement indiqué. Si l'avis du mineur peut être recueilli, le médecin doit tenir compte dans toute la mesure du possible.

Le médecin doit tenir compte de l'avis de l'incapable majeur de ses représentants légaux.

Une personne responsable qui peut s'estimer lésée

Indépendamment d'observations exprimées dans le cadre de questionnaires évaluatifs de satisfaction (remis avec le livret d'accueil à chaque patient), l'usager ou ses ayants-droit peuvent faire part directement au directeur de l'établissement de leurs avis, de leurs vœux ou de leurs doléances.

S'ils souhaitent se plaindre d'un dysfonctionnement ou s'ils estiment avoir subi un préjudice, ils peuvent saisir le directeur de l'hôpital, les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, les commissions locales de conciliation chargées de les assister et de les orienter en leur indiquant les voies de conciliation et de recours dont ils disposent (dans des délais suffisamment rapides pour ne pas les pénaliser).

Une personne dont l'environnement socio-familial et professionnel est pris en compte

Les actions menées auprès des usagers veillent à s'inscrire dans une politique visant à véhiculer une image moins dévalorisante de la maladie mentale afin de favoriser leur insertion en milieu socioprofessionnel où ils sont encore trop souvent victimes de discrimination.

Les équipes soignantes ont le souci tout au long du traitement, de mobiliser le patient de façon positive autour de ses capacités, connaissances, savoir-faire, pour les exploiter afin qu'il puisse se reconstruire en favorisant une réinsertion sociale par paliers. Chaque étape sera discutée avec le patient, pour respecter ainsi le rythme de chacun.

Dans le strict respect de l'accord du patient, la famille peut être associée au projet thérapeutique, informée de la maladie afin d'adopter l'attitude la plus juste et être soutenue dans ses difficultés.

Une personne qui sort de son isolement

Le patient doit recevoir une information sur les associations d'usagers qu'il peut contacter, et qui ont pour fonction de créer une chaîne de solidarité ; lieux d'informations, d'écoute, de rencontre, d'échange, de convivialité et de

réconfort, qui pourront l'aider à tisser des liens sociaux en bonne coordination avec les professionnels des champs sanitaire et social.

Une personne citoyenne, actrice à part entière de la politique de santé, et dont la parole influence l'évolution des dispositifs de soins et de prévention

La satisfaction de l'usager en santé mentale doit être régulièrement évaluée par des enquêtes portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour, enquêtes qui servent de base à l'amélioration de la qualité de l'information et des soins.

Dans le cadre d'un dialogue dont le développement s'avère particulièrement fécond, les usagers apportent à travers leur expérience, leur contribution à la réflexion et aux décisions des instances concernant la santé mentale, par leur participation active à chacun des niveaux de leur élaboration (...).

Dans une démarche d'amélioration constante de la qualité de l'information, de l'accueil, des soins et de la prévention, les professionnels facilitent les conditions de la mise en place de la représentation des usagers, en soutenant leurs initiatives de création d'associations qui leur permettent de sortir de leur isolement et d'exprimer leurs besoins, avis et propositions aux personnels et aux décideurs du système de santé. Dans la marche vivifiante d'une véritable démocratie sanitaire, les usagers en santé mentale apportent ainsi par leur participation active et avertie, une contribution citoyenne décisive pour une évolution positive à visage humain des dispositifs de soins et de prévention de notre pays.

Cette charte a été signée à Paris le 8 décembre 2000 (...).